

3 2004

Gazeta
Lekarska
ISSN 0967-2146
Pismo Izby Lekarskiej



***Medycyna w Polsce
to zbyt kosztowne hobby
– twierdzą emigrujący z Polski lekarze***



Pogoda na saksy

Państwowy system specjalizacji stanął w korku, jakiego nie pamięta polska medycyna. Nawet w czasach niesławnych nakazów pracy po wojnie możliwości porządnego nauczania się zawodu były większe niż obecnie – wspominają lekarze emeryci. Z przerażeniem patrzą, jak państwo, które najpierw łoży na kształcenie studentów w akademiach medycznych, później odcina im drogę do specjalizacji. Czterech lekarzy dobija się o jedno miejsce, aby rozpocząć specjalizację. Praca w dobrym szpitalu to dla większości marzenie ściętej głowy. Kto zapłaci za ich kształcenie? Czy szkolenie z węższych dziedzin medycyny poprowadzą izby lekarskie? Czy minister poprze ten flagowy postulat samorządu? Obrady Naczelnej Rady Lekarskiej poświęcone tym zagadnieniom relacjonuje na naszych łamach Grażyna Ciechomska.

Tymczasem biura pośrednictwa pracy dla lekarzy zdecydowanych wyjechać z Polski przeżywają prawdziwe oblężenie. Prasa lekarska kipi od ogłoszeń firm łowiących specjalistów. Wszyscy zapewniają, że zarobki polskich lekarzy nie będą odbiegać od uposażeń ich kolegów za granicą. Wykształcenie lekarza w Szwecji kosztuje sześciokrotnie drożej niż sfinansowanie półrocznego programu adaptacyjnego dla polskich lekarzy z nauczaniem ich języka włącznie.

Naturalnym prawem każdego człowieka jest poszukiwanie lepszego życia i nikogo nie wolno zatrzymywać – komentuje szef Lubelskiej Izby Lekarskiej Andrzej Ciolko. Europa wyciąga ręce po zdolnych i odważnych lekarzy. Dla nich to niewątpliwie szansa, a dla społeczeństwa nieszczęście – dodaje.

Młodzi nie chcą czekać na plan Hausnera. Obawiają się, że jeśli zostanie odrzucony, zapewne dojdzie do ostatecznego krachu finansów państwa. Już teraz każdy cień podejrzenia, że reforma finansów jest zagrożona, pociąga za sobą spadek wartości złotych. Co warta jest więc nasza skromna pensja i znikome oszczędności – pytają młodzi lekarze?

O dużych zarobkach, ale też o dużych kosztach utrzymania opowiadają ci, którzy już wyjechali. W kraju powtarza się legendy o ich sukcesach zawodowych i finansowych. Są i tacy, którzy powiadają, że medycynę kochają i marzyli o niej od dzieciństwa, ale w takich warunkach jest ona dla nich zbyt kosztownym hobby. Dlaczego więc wyjeżdżają? Co i kto ich tutaj najbardziej denerwuje? Czy po wyjeździe znajdą się o krok bliżej do zawodowego rajy? Tym razem poświęcamy temu więcej miejsca na naszych łamach.

Zapraszamy do lektury i czekamy na listy, telefony i e-maile!

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Lekarze, do pióra! 4-5, 16, 21, 23

Okiem Prezesa 5

Prezes NRL proponuje 6-7

Porozumienie bez porozumienia 8-9

Polscy lekarze
ofiarom trzęsienia ziemi w Iranie 13

Nie jestem tu za karę 14-16

Minister poprze? 18-19

Śladem naszych publikacji 22

O krok bliżej do rajy 26-29

Notatki rzecznika NRL 30-31

Na marginesie
Kodeksu Etyki Lekarskiej 34

Lekarz pyta
– prawnik odpowiada 36-37

Lekarski sport 38

Kalendarz
– kursy, szkolenia, zjazdy 40-41

Książki nadesłane 42

Konkursy, ogłoszenia różne 43-55

Biuletyn NRL

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl

Lekarze, do pióra!

Uważny Czytelnik dostrzeże zapewne, że w tym numerze, na tej i następnych stronach (16, 21, 23), zamieszczamy większą niż zwykle porcję listów – korespondencji lekarzy z różnych stron kraju. To jest to, co cenimy najbardziej: odzew Czytelników na to, co się ostatnio wydarzyło w świecie lekarskim, a także reakcja – również krytyczna – na nasze publikacje.

Zachęcamy do lektury tych listów. Są wśród nich wyznania dramatyczne, jest opis przeżyć niezwykłych, są pełne emocji głosy w sprawie naprawy Rzeczypospolitej, opinie warte chwili zadumy i refleksji.

Są te i następne strony miejscem do rozmowy lekarzy z lekarzami o wspólnych, często bolesnych sprawach. Można mieć nadzieję, że wyrażone tu opinie dotrą do adresatów i zdziałają coś pozytywnego, chociażby na zasadzie: kropla drąży skałę.

Powtarzamy jeszcze raz: cenimy szczególnie ten kontakt czytelnicy – redakcja. To odzew świadczący o tym, że redagując „Gazetę” nie rzucamy słów na wiatr, nie trafiają one w pustkę. Dziękujemy! Czekamy na następne listy i opinie.

Przypominamy
wszystkie nasze adresy:
pocztowy:
Redakcja „Gazety Lekarskiej”
ul. Sobieskiego 110
00-764 Warszawa
fax:
(0-22) 851-71-39
e-mail:
listy@gazetalekarska.pl

Weźmy się za nasze sprawy

Bardzo się cieszę, że pojawiły się w „GL” artykuły o sytuacji lekarzy. Na etacie zarabiam na rękę 1100 zł. Wiem, że lekarze rodzinni zarabiają więcej, ale to wybrańcy. Ubieram się w lumpeksach, mieszkanie kupili mi rodzice, jako specjalista II stopnia nigdy jeszcze nie kupiłam samodzielnie jakiegokolwiek mebla czy sprzętu AGD. Dorabiam tu i ówdzie, ale to tylko niewielkie sumy: na buty, na płaszcz. Żal mi rodziców, są coraz starsi i w obawie o moją przyszłość, gdy ich zabraknie.

Miałam najlepsze wyniki na maturze. Moi koledzy z klasy nie wierzą w to, co mówię. Zresztą, ta prawda w środowisku nie należy do popularnych. Należy harować i kupić sobie samochód.

Zwracam się do Was z pytaniem: jaka organizacja byłaby najbardziej właściwą do podjęcia zadań zmierzających w kierunku wywalczenia „Karty Lekarza”? Emocjonujemy się polityką, ale przecież to nie my powinniśmy opracowywać systemy społeczne. Nie mamy do tego kwalifikacji. Naszą rolą jest leczyć i dbać o godność naszego zawodu.

Nie wolno nam narażać zdrowia pacjentów pracując bez odpoczynku, przyjmując 60 osób w poradni. W ten sposób pokazujemy pacjentom, że taki sposób pracy jest możliwy. Czy rzeczywiście jest? Murarze mają wyliczoną stawkę godzinną. Kiedy my taką będziemy mieli?

Naszym obowiązkiem względem pacjentów jest przede wszystkim zadbać o to, by mógł przy nim stanąć lekarz, który będzie miał siłę się nad nim pochylić.

Założenie, że poprawa systemu świadczeń medycznych ułatwi nam życie, nie ma według mnie podstaw. Bez zabezpieczeń branżowych najpierw zarobi szpital, potem dyrekcja i administracja. Nasze pensje nie muszą się podnieść. Tak

więc zostawmy pracę menedżerskie menedżerom, polityczne politykom, a my weźmy się za nasze sprawy i walczmy, bo jeśli się nie zmobilizujemy, to rzeczywiście trzeba będzie wyjechać.

Nazwisko i adres
znane redakcji

Oddziały ratunkowe

(...)

Pracując w Szpitalu przy Zakł. HCP w Poznaniu i później na Oddziale Chirurgicznym Szpitala we Wrześni miałem możliwość obserwować pracę oddziałów ratunkowych. Stwierdzam, że zdają egzamin i dowodzą sensu ich istnienia. Szczególnie ten we Wrześni.

Mając 40-letnie doświadczenie pracy na chirurgii – ostatnio na stanowisku ordynatora – mam postawę do takiej oceny.

dr med. Jerzy Redelbach
specjalista chirurg, Poznań

Gdzie można wprowadzić opłaty w służbie zdrowia?

Ewentualne dopłaty można wprowadzić w ramach świadczeń ponadstandardowych (poza koszykiem świadczeń gwarantowanych w ramach POZ, ale także w stomatologii). Ponadto dodatkowo opłacane mogłyby być porady specjalistyczne – nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca można skutecznie leczyć w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ale jeśli pacjent uzna, że chce być jeszcze lepiej leczony, to świadomy konsekwencji finansowych – dodatkowej opłaty za wizytę u specjalisty (część byłaby refundowana w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a część przez samego pacjenta) wspólnie ze swoim lekarzem

pierwszego kontaktu taką decyzję może podjąć.

Co do leczenia szpitalnego wydaje się, że dobrym pomysłem, tyle że nie doprowadzonym do końca, było wprowadzenie podziału referencyjnego szpitali.

Podstawowy poziom referencyjny szpitali gwarantowałby podstawową opiekę szpitalną (również konieczność przygotowania koszyka usług gwarantowanych) bezpłatnie. Wyższy poziom referencyjny (np. szpitale wojewódzkie czy kliniczne ze względu na poziom leczenia, stosowane procedury i sprzęt wyższej jakości) wiązałby się z dodatkowymi opłatami.

Wówczas pacjent sam mógłby zdecydować świadom wszelkich tego konsekwencji czy operację kamicy pęcherzyka żółciowego wykona metodą tradycyjną w szpitalu powiatowym – bezpłatnie, czy też laparoskopowo w szpitalu wojewódzkim – ale za dodatkową opłatą.

Na koniec pozostaje jeszcze sprawa ewentualnej możliwości dodatkowego ubezpieczenia się w firmach ubezpieczeniowych od określonych usług ponadstandardowych. Myślę tu np. o sytuacji, w której jestem dyrektorem dużego przedsiębiorstwa, mam odpowiedzialną i stresową pracę i prowadzę nie do końca uregulowany tryb życia, mam świadomość zagrożeń zdrowotnych z tym związanych (np. zawału serca), więc ubezpieczam się dodatkowo, by w razie zawału móc być leczonym najnowszymi metodami i lekami w szpitalu klinicznym, w dużym komfortie.

Tu powraca problem ewentualnego powrotu do „prywatnych kas chorych” (taki pomysł już był) czy też prywatnych Funduszy Zdrowia, albo możliwości zawierania z firmami ubezpieczeniowymi dodatkowych polis na ponadstandardowe leczenie.

Przedstawiony system jest bardzo uproszczony, być może zawiera błędy prawne i z pewnością wymaga dokładnego opracowania. Ale jakkolwiek system opieki zdrowotnej w Polsce, który będzie przygotowany, musi być w formie zrozumiałej nie tylko dla urzędników, ale dla całego środowiska medycznego, jak i przede wszystkim pacjentów!



Nie wyobrażam więc sobie, by jakiegokolwiek zmiany w systemie ochrony zdrowia były wprowadzone bez bardzo szerokiej konsultacji. Bo dziś mamy efekty takiego postępowania! Przy okrągłym stole, przy ciężkiej pracy dla dobra zdrowotnego całego naszego społeczeństwa musi więc znaleźć się miejsce dla:

- przedstawicieli obywateli (rzecznik praw obywatelskich, rzecznik praw pacjenta),
- przedstawicieli środowisk medycznych (Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawiciele POZ, specjalistki ambulatoryjnej, szpitali, rehabilitacji, stomatologii, farmacji),
- przedstawicieli samorządów,
- przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej,
- przedstawicieli Głównego Inspektoratu Sanitarnego,
- przedstawicieli Związków Zawodowych,
- prawników (specjalizujących się w prawie medycznym) celem uniknięcia „bubli prawnych”.

Decyzji o takim składzie „okrągłego stołu” myślę, że nie trzeba uzasadniać.

Tyle moich skromnych refleksji wokół żywo toczącej się debaty o kształcie służby zdrowia w Polsce na prognozę 2004 r.

Jarosław Wagner
Wielkopolec

Perpetuum mobile

Stało się. Były dwie sprawy, nad którymi od średniowiecza pracowały najtęższe umysły Europy. W tajnych laboratoriach zamków, wśród pohukiwania sów i bezgłośnych lotów nietoperzy najpierw szukano kamienia filozoficznego, później urządzenia perpetuum mobile. Lata mijały. Jedni twierdzili, że oba wynaleziono, tylko wynalazcy zabrali je ze sobą tam, skąd się nie wraca, inni zaś, to niedowiarki wierzący w prawdę doświad-

czalną, uważali oba zjawiska za niemożliwe.

Panie, Panowie, to jest możliwe! Ostatnio Rząd RP to udowodnił i wprowadził. Chwała mu za to: Łał (to okrzyk zachwytu z polskiej telewizji dla młodzieży.) A więc, Łał, Panowie i Pannie. Udała się reforma zdrowia, pieniądze pójdą za pacjentem.

Na razie rząd przeprowadził restrukturyzację i zlikwidował wszystko to, co dawało dochód i miejsca pracy. Rozbudował biurokrację do niebotycznych rozmiarów. Pobudował biura, pałace, być może w następnej kolejności pośle pieniądze za pacjentem. Zresztą, nie jest źle, tylko kamień filozoficzny nie nadąga. Widocznie niechcący też został w części zrestrukturyzowany. I właśnie tutaj w polską rzeczywistość światli politycy wpuszcili perpetuum mobile.

Ochrona zdrowia bez pieniędzy, które miały przyjść, bez pensji, bez leków i sprzętu. Się kręci. Faceci w białych fartuchach coś tam przeszczepią, coś przyszyją. A politycy zwalniają, reorganizują, pałace budują, jeżdżą na Bahamy i podpatrują działalność szamanów w Ameryce. Bo taniej leczy się przez nakładanie rąk niż przez niepotrzebnie wymyśloną europejską medycynę. Tam się chuchnie i pacjent zdrowy idzie do pracy. A tutaj mówią o pieniądzach.

Zresztą, po co te niepotrzebne pretensje. Kamień filozoficzny, chociaż już częściowo zrestrukturyzowany, daje pieniądze. Służba zdrowia się kręci jako żywy przykład perpetuum mobile. Obydwa urządzenia nigdy się nie zatrzymają. Taką mają zaletę te dwie podpory Rządu RP. W dodatku premier powiedział, że urzędnicy nie będą odpowiadać za swoje decyzje przynoszące szkody tym, których dotyczą.

Czas wyjechać na Bahamy, albo do Brukseli. W Brukseli nie ma tych obu występujących u nas zjawisk, ale też nie ma zarobków poniżej najniższego wynagrodzenia ustalonego przez Sejm Rzeczypospolitej. Wyjechać albo autorów tego bałaganu wysłać na leczenie? Alternatywny wybór proponuje

Wojciech Motyl

Okiem Prezesa



Katastrofa w sektorze ochrony zdrowia narasta. Świadomość przewidywanych już wcześniej problemów pogłębia się. Po obliczeniach pierwszych tygodni roku widać już dziś wyraźnie obniżenie realnych przychodów większości szpitali dochodzące niekiedy do 40%. Nasila się niezadowolenie z arbitralnego, niesprawiedliwego podziału środków NFZ pomiędzy regiony. Widać absurdalność finansowania stomatologii.

Powstają liczne ośrodki próbujące zmierzyć się z zadaniem pokazania dróg wiodących do wyjścia z panującego obecnie chaosu. Grupa osób współpracujących z prof. Zbigniewem Religą jest już na ukończeniu dokumentu „Naprawa systemu ochrony zdrowia”. Od ponad dwóch miesięcy dostępny jest pomysł „Racjonalnego systemu opieki zdrowotnej” sygnowany przez Porozumienie Środowisk Medycznych (skupione wokół przewodniczącego OZZL dr. Krzysztofa Bukieła). Samorząd lekarski od wielu miesięcy (poprzez uchwały Krajowego Zjazdu Lekarzy, NRL i licznych okręgowych rad lekarskich) wskazuje kierunki, które powinny stać się fundamentami rozwiązań organizacyjnych tworzących system normalny, bezpieczny dla pacjentów i gwarantujący godne warunki pracy świadczeniodawcom.

Na tym tle blado i niepokojąco wyglądają posunięcia władz państwowych odpowiedzialnych zgodnie z Konstytucją za przygotowanie odpowiednich regulacji prawnych. Nieokreśloność zespołu parlamentarnego kierowanego przez marszałka Sejmu Marka Borowskiego i brak formalnego powołania go np. w postaci komisji nadzwyczajnej, a także brak jasno sformułowanych zadań dla powołanego przez ministra zdrowia zespołu kierowanego przez prof. Cezarego Włodarczyka, nie wróży niczego dobrego. Żadna z konstytucyjnie odpowiedzialnych osób (minister zdrowia, premier) nie wypowiedziała się nawet jak, według rządu, przynajmniej w zarysie powinien wyglądać system ochrony zdrowia po 1 stycznia 2005 r. Nie dodaje ducha wicepremier Jerzy Hausner, który na spotkaniu z przewodniczącymi okręgowych rad lekarskich w Krakowie mówił, że nie ma partnerów do rozmowy na ten temat ani w Ministerstwie Zdrowia, ani w NFZ! W tej sytuacji coraz bardziej prawdopodobny staje się scenariusz przeprowadzenia tylko jednej obecnej już w parlamencie ustawy, zmieniającej szpitale w spółki prawa handlowego. Bez istotnych zmian w obszarze finansowania i zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych grozi to jeszcze większą zapaścią tych placówek z masowymi bankructwami i likwidacjami włącznie.

Na tę zatrważającą i niefrasobliwą beczynność nakłada się pogłębiająca chaos praktyka działania najpotężniejszego decydenta w obszarze służby zdrowia: NFZ. Minister zdrowia podpisuje umowę z Porozumieniem Zielonogórskim – NFZ nie podpisuje wynikających z niej aneksów do umów ze świadczeniodawcami. Na sygnały o niemożności zrealizowania kontraktów szpitalnych i w specjalistycznej ambulatoryjnej Fundusz nawet nie reaguje. W najbardziej krytycznych momentach (których nie brakuje) prezes NFZ Krzysztof Panas jest nieosiągalny (mówią, że bardzo lubi polować). Coraz powszechniejsze są głosy o konieczności (obok zmian systemowych) dokonania zmiany na tym stanowisku i zasadniczej zmiany w stylu działania tej instytucji mającej przed sobą już tylko niecały miesiąc. Wydaje się jednak, że w tych rękach prawie trzydzieści miliardów złotych przeznaczonych na opiekę zdrowotną nie będzie bezpieczne.

Pisząc często o trudnych problemach staram się, aby moje felietony nie były zbyt przygnębiające; dziś nie wyszło mi to najlepiej, ale ... bądźmy dobrej myśli!

Konstanty Radziwiłł

Prezes NRL proponuje

Zespół parlamentarny ds. nowelizacji ustawy o NFZ w spowolnionym tempie przygotowuje się do pracy. Dotychczasowe dwa robocze spotkania grupy: 23 i 29 stycznia br., wyłoniły zaledwie stały skład 20-osobowego zespołu, pod przewodnictwem marszałka Sejmu **Marka Borowskiego** (SLD).

W jego skład weszli posłowie: **Barbara Błońska-Fajfrowska** (UP), **Alfred Budner** (Samoobrona), **Jakub Derech-Krzyci** (SLD), **Andrzej Jagiello** (PLD), **Mieczysław Kasprzak** (PSL), **Ewa Kopacz** (PO), **Ewa Kralkowska** (UP), **Urszula Krupa** (LPR), **Alicja Lis** (Samoobrona), **Elżbieta Radziszewska** (PO), **Władysław Szkop** (SLD), **Józef Szczepańczyk** (PSL), **Witold Tomczak** (LPR), **Andrzej Wojtyła** (SKL) oraz senatorowie: **Marek Balicki** (SLD), **Olga Krzyżanowska** (BLOK SENAT 2001), **Mirosław Lubiński** (SLD), **Zbigniew Religa** (BLOK SENAT 2001) i **Krystyna H. Sienkiewicz** (SLD-UP).

Przygotowując projekt znowelizowanej ustawy członkowie parlamentarnego zespołu będą starali się odpowiedzieć na 10 pytań, które pod nazwą „Zmiany w systemie ubezpieczeń zdrowotnych (główne problemy)” zostały rozesłane do wszystkich klubów parlamentarnych.

Nieoficjalnie o zawartości dokumentu dowiedziało się również liczne grono ekspertów w ochronie zdrowia, żywo zainteresowanych jak najszybszą poprawą obecnej sytuacji w tym resorcie, do których należy m.in. prezes Konstanty Radziwiłł.

Prezes NRL odpowiedział w pierwszym (z 28.01.br.) z dwóch listów skierowanych do marszałka Sejmu (załączył Stanowisko nr 1 z 20.09.03 r. Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie sytuacji w ochronie zdrowia oraz Stanowisko NRL nr 50/04/IV z 23.01.04 r. w sprawie prac nad nowymi rozwiązaniami systemowymi w ochronie zdrowia w Polsce), że:

„środowisko lekarskie opowiada się zdecydowanie za:

a) oparciem finansowania opieki zdrowotnej na:

– środkach z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego realizowanego przez wielu konkurujących ze sobą ubezpieczycieli,

– środkach pochodzących bezpośrednio z budżetu państwa (procedury wysoko specjalistyczne, ratownictwo medyczne, leczenie nie ubezpieczonych, leczenie polskich obywateli w krajach UE),

– częściowej odpłatności pacjentów za udzielane im świadczenia z jednoczesnym zbudowaniem systemu dobrowolnych ubezpieczeń uzupełniających i dodatkowych oraz osłon dla najuboższych,

b) zwiększeniem nakładów na ochronę zdrowia ze środków publicznych do poziomu 6% produktu krajowego brutto,

c) określeniem zakresu i warunków świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,

d) wprowadzeniem jednolitych zasad kontraktowania i systemu ustalania cen świadczeń zdrowotnych w oparciu o negocjacje przedstawicieli płatników i świadczeniodawców (w tym samorządy medycznych zawodów zaufania publicznego),

e) odejściem od konkursu ofert i zawieraniem umów na świadczenia zdrowotne z wszystkimi uprawnionymi podmiotami na podstawie powszechnie obowiązujących zasad, wcześniej ustalonych w negocjacjach bez limitowania liczby świadczeń,

f) określeniem przejrzystych zasad rejestracji, refundacji i ustalania cen leków i wyrobów medycznych z jednoczesnym prowadzeniem aktywnej polityki informacyjnej wśród lekarzy zwłaszcza w otwartej opiece zdrowotnej.”

Drugi list Prezesa NRL (z 30.01.br.) zawiera propozycje rozwiązań problemów, zawartych w „Zmianach w systemie ubezpieczeń zdrowotnych”:

1 Czy system finansowania ochrony zdrowia ma mieć charakter budżetowy czy ubezpieczeniowy?

System finansowania ochrony zdrowia powinien mieć charakter mieszany.

A) Budżet państwa powinien finansować ratownictwo medyczne, drogie procedury wysokospecjalistyczne, leczenie nie ubezpieczonych, leczenie polskich ubezpieczonych w krajach UE w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

B) Powszechne ubezpieczenie zdrowotne (PUZ) powinno finansować świadczenia zdrowotne dla ubezpieczonych zgodnie z ustawowo określonymi zakresem i warunkami ich udzielania. Składka na PUZ powinna być odliczana w całości od podatku dochodowego.

2 Model scentralizowany czy zdecentralizowany system ochrony zdrowia (wady i zalety, w tym koszty obsługi obu systemów)?

System instytucji PUZ powinien być oparty początkowo na kilku – kilkunastu publicznych instytucjach ubezpieczeniowych. Docelowo powinno się przewidzieć możliwości wprowadzenia niepublicznych instytucji realizujących PUZ. Konkurencja na tym rynku musi być ograniczona m.in. mechanizmem wyrównania między instytucjami opartym o wskaźniki np. płci, wieku, miejsca zamieszkania.

3 Rządowy czy samorządowy sposób realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia?

Rząd powinien odpowiadać bezpośrednio za zorganizowanie państwowego systemu ratownictwa medycznego, nadzór nad instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego, zamawianie drogich procedur wysokospecjalistycznych oraz regulacje prawne dotyczące pozostałych obszarów. Rząd odpowiada także za funkcjonowanie szpitali klinicznych, resortowych, instytutów resortowych oraz przygotowuje narodowe programy zdrowia. Samorządy powinny odpowiadać za zakłady opieki zdrowotnej, których są organami założycielskimi oraz w ograniczonym zakresie za zorganizowanie opieki zdrowotnej na podległym terenie: gminy – podstawowa opieka zdrowotna, powiaty – szpitale powiatowe, województwa – szpitale wojewódzkie.

4 Jaka część składki na ubezpieczenia zdrowotne powinna być przeznaczona na pokrycie administracyjnych kosztów obsługi systemu ochrony zdrowia?

Instytucje PUZ mogą konkurować między sobą m. in. wysokością środków przeznaczanych na administrację. Wydaje się jednak, że wydatki te mogłyby się wahać w granicach 2-3% zbieranej składki.

5 Jak i czy jest możliwe ustalenie (przepisy pozytywne) koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, udzielanych w ramach składki na ubezpieczenie zdrowotne?

Zgodnie z Konstytucją ustawa musi określić: zakres i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych. Można tego dokonać poprzez:

1) ustalenie pozytywnej listy świadczeń finansowanych bezpośrednio z budżetu państwa (procedury wysokospecjalistyczne, leczenie obywateli kierowanych za granicę) należnym wszystkim obywatelom,

2) ustalenie negatywnej listy obszarów świadczeń nie finansowanych przez PUZ: stomatologia (z wyjątkami), uzdrowiska (z wyjątkami), rehabilitacja i fizykoterapia (z wyjątkami), chirurgia kosmetyczna (z wyjątkami),

3) ustalenie maksymalnych okresów oczekiwania na świadczenia planowane finansowane z PUZ,

4) ustalenie minimalnych warunków pobytu w szpitalach (np. sala wieloosobowa, dieta bez wyboru, lekarz bez wyboru itp.) finansowanych z PUZ.

6 Wprowadzenie zasad współpłacenia przez pacjentów za określone świadczenia zdrowotne.

Należy wprowadzić współpłacenie pacjentów za udzielane im świadczenia przy zachowaniu zasady: im poważniejsza (przewlekła) choroba, a świadczenie droższe, tym mniejszy stopień współpłacenia (aż do zera). Należy także wprowadzić odpłatność za koszty związane z udzielaniem świadczeń, a nie będące procedurami medycznymi (koszty hotelowe, żywienia, transportu). Ze współpłacenia powinno pochodzić średnio 20-25% przychodów systemu. Po określeniu standardów udzielania świadczeń należnych w ramach PUZ należy umożliwić pobieranie opłat za świadczenia ponadstandardowe (najlepiej w wysokości różnicy między kosztem świadczenia ponad- i standardowego).

7 Dopuszczenie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego z jednoczesnym określeniem zakresu przysługujących z tego tytułu świadczeń zdrowotnych.

Dla pokrycia ryzyka dopłat pobieranych od pacjentów należy promować powstanie ubezpieczycieli (najlepiej w postaci towarzystw ubezpieczeń wzajemnych) prowadzących ubez-

pieczenia uzupełniające (od dopłat do świadczeń „koszykowych”) i dodatkowych (od dopłat do świadczeń ponadstandardowych).

8 Jak zabezpieczyć równość dostępu dla wszystkich obywateli do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (w znaczeniu rzeczowym, a nie formalnym)?

Osoby ubezpieczone żyjące poniżej określonego poziomu biedy muszą być otoczone systemem osłon pokrywających dopłaty do świadczeń „koszykowych”. Środki te powinny pochodzić z ośrodków pomocy społecznej.

9 W jakiej formie zagwarantować obywatelom (ubezpieczonym) możliwość kontroli wydatkowania środków pochodzących ze składki?

Obywatele powinni mieć swobodę wyboru ubezpieczycieli zarówno w obszarze PUZ, jak i doubezpieczeń. Publiczne instytucje PUZ powinny mieć rady nadzorcze wybierane przez ubezpieczonych w wyborach bezpośrednich.

10 Uszczelnienia systemu – składka.

Jednolite zasady kontraktowania (w tym także katalogi i ceny) powinny być ustalane w negocjacjach między zbiorowymi przedstawicielami świadczeniodawców i płatników. Umowy na świadczenia w ramach PUZ powinny być zawierane na podstawie wcześniej uzgodnionych ramowych zasad i z każdym chętnym świadczeniodawcą (bez konkursu ofert i limitowania świadczeń).

Do dzisiaj propozycje te pozostały bez odpowiedzi.

Iwona A. Raszke-Rostkowska

Porozumienie bez porozumienia

Nowy 2004 r. zaczął się dla ochrony zdrowia nie najlepiej. Lekarze rodzinni rozpoczęli go od protestu przeciwko warunkom kontraktów proponowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Na kilka dni w niektórych województwach zamknęli przychodnie i gabinety lekarskie.

W tej sytuacji Leszek Sikorski, szef resortu zdrowia podpisał z lekarzami z Porozumienia Zielonogórskiego umowę, która zobowiązywała NFZ do przeznaczenia dodatkowych środków finansowych na nocną opiekę lekarską i transport sanitarny.

Ponownie lekarze zagrozili protestem 8 lutego 2004 r. Zarzucili funduszowi nierespektowanie porozumienia. Na Podkarpaciu, gdzie nie rozpoczęto podpisywania kontraktów zamierzali na kilka godzin zamknąć gabinety.

W przypadku niepowodzenia akcji planowali rozszerzyć ją na cały kraj.

Sytuację załagodził minister zdrowia. Ale Porozumienie Zielonogórskie protestu nie odwołało. Na razie tylko go zawiesiło. Czy sytuacja poprawi się? Dlaczego konflikt odżył? Oto kilka wypowiedzi lekarzy i przedstawicieli NFZ:

MAREK TWARDOWSKI lekarz z Porozumienia Zielonogórskiego

Protest będzie odwołany, jeżeli zostaną zrealizowane wszystkie zapisy porozumienia. Społeczeństwu wmawia się, że prawdziwa medycyna rodzinna polega na tym, że cały rok wszyscy opiekują się pacjentami na okrągło. Jest to totalnym kłamstwem. My uważamy, że w powszedni dzień do 18 godziny mamy ogrom pracy. Natomiast w sobotę wszyscy normalni lekarze na świecie muszą się uczyć, a w niedzielę odpocząć.

Dodatkowe pieniądze przyznane przez ministra być może wystarczą na transport i opiekę całodobową. Ale my o to nie ubiegamy się, bo nie uważamy, żebyśmy mieli pracować cały rok na okrągło i robić za firmę transportowo-spedycyjną. W formie dyżurowej nocą i późnym wieczorem powinna leczyć inna grupa lekarzy. Gdybyśmy przyjęli obowiązki całodobowej opieki przez 365 dni i tak nie byłibyśmy w stanie wywiązać się z nich. A cała armia ludzi z pogotowia została by zwolniona z pracy. O tym nikt głośno nie mówił.

Czy przewiduję całoroczne przepychanki między nami, a NFZ? Tak. Jak będzie ten rząd, jak będzie ten fundusz, jak będą ci rządzący tym funduszem, to tak będzie. Uważam, że będzie raz lepiej, raz gorzej. Jak ich docisnęliśmy to ustępują. Jak odetchną to kásają.

JOANNA MIERZWIŃSKA rzecznik prasowy Dolnośląskiego Oddziału NFZ

Na Dolnym Śląsku ogłosiliśmy konkurs uzupełniający zgodnie z porozumieniem poznańskim mimo że mieliśmy zabezpieczoną opiekę specjalistyczną i stomatologiczną na poziomie 97 proc. Kto chciał to złożył swoją ofertę do 6 lutego. Trzy dni później nastąpiło otwarcie ofert. Teraz mamy część niejawną. Procedura konkursowa zakończy się 20 lutego. Wówczas wy-

wiesimy listy świadczeniodawców, z którymi podpiszemy umowy.

U nas nie było sygnałów, że my w jakimś punkcie nie chcemy realizować porozumień ogólnopolskich. A teraz trzeba uszanować procedury konkursowe i poczekać do rozstrzygnięcia, bo są w przepisach pewne terminy nas obowiązujące. Nie możemy ich skrócić. Sądzę, że na Dolnym Śląsku nie ma powodu do niezadowolenia.

Tutaj nie było mowy o pobieraniu opłat od pacjentów, a jedynie o zamknięciu na parę godzin swoich gabinetów. Tak jak w całej Polsce lekarze na Dolnym Śląsku na znak solidarności stanęli za swoimi kolegami z Podkarpacia, bo tam była najtrudniejsza sytuacja.

Cieszę się, że atmosfera się uspokoiła. Nie jest dobre straszenie następnym strajkiem i ponowne załatwianie pewnych spraw kosztem pacjentów. Naprawdę jest wola, żeby się porozumieć i spełnić postulaty lekarzy. Niestety, z przykrością muszę stwierdzić, że były postulaty finansowe wykraczające poza porozumienie.

MARIUSZ MAŁECKI lekarz z Porozumienia Podkarpackiego (Porozumienie Zielonogórskie)

Dyrekcja naszego oddziału NFZ uzależniała przekazanie środków finansowych od złożenia podpisanych umów bez aneksów, które wynikają z treści porozumień. Zaczęło to być zarzewiem coraz większego konfliktu. Stwierdziłszy złą wolę dyrekcji, a nawet snuliśmy domysły o jakimś sterowanym odgórnie procesie. Groźba protestu spowodowała zmianę postawy dyrektora funduszu. Ale jeszcze 9 lutego były próby łamania postanowień i kolejne manipulacje. Sytuację zaogniła wypowiedź dyrektora Latawca o opiece alternatywnej.

Niezrozumiały dla nas upór udało się przełamać dopiero po mediacjach z ministrem Leszkiem Sikorskim, wiceprezesem NFZ Andrzejem Majewskim i wojewodą.

Uchwała Narodowego Funduszu Zdrowia

NFZ w uchwale z 6 lutego 2004 r. wprowadził korektę do planu finansowego.

Fundusz przeznaczył na kontraktowanie nocnej i świątecznej opieki lekarskiej oraz transport sanitarny 300,3 mln zł.

Podział środków w mln zł na oddziały NFZ przedstawia się następująco:

dolnośląski – 22,7; kujawsko-pomorski – 16,5; lubelski – 17,7; lubuski – 8,7; łódzki – 20,4; małopolski – 25,1; mazowiecki – 40,1; opolski – 7,7; podkarpacki – 16,7; podlaski – 9,5; pomorski – 17,2; śląski – 36,7; świętokrzyski – 10,3; warmińsko-mazurski – 11,4; wielkopolski 26,5; zachodniopomorski – 13,5.

My żadnych awantur nie szukamy. I liczymy, że podobne postawy będzie prezentować dyrekcja oddziału. Nie wyobrażam sobie wzniecania jakiś kolejnych konfliktów.

Chcę stwierdzić, że dobrym duchem w konflikcie był minister Sikorski i wiceprezes Majewski. Parę tygodni temu z centrali szły pod naszym adresem nawet inwektywy. Natomiast w tym lokalnym konflikcie, który właśnie został zażegnany, nie widzieliśmy złej woli centrali i ministerstwa. Było robione wszystko, żeby spór załatwić po myśli świadczeniodawców, a co za tym idzie ubezpieczonych.

PIOTR LATAWIEC

lekarz, dyrektor

Podkarpackiego Oddziału NFZ

Lecą na mnie gromy, bo ja się postawiłem. Nazwałem rzeczy po imieniu. Lekarze z Porozumienia Zielonogórskiego przycisnęli ministra zdrowia do ściany i uzyskali od niego w formie dokumentu zapewnienie, że dostaną większe pieniądze. I w kraju *per saldo* dostali, a na pewno w moim oddziale znacznie mniejszą liczbę obowiązków do wykonania.

Teraz szuka się pieniędzy. Minister podpisywał dokument, nie wiedząc jak to finansowo zaszkodzi. Jestem mocno zdziwiony tym, że on w ogóle coś takiego mógł zrobić.

To jest początek defragmentacji systemu. I to grozi poważnymi konsekwencjami. Twierdzę, że tych pieniędzy faktycznie nie ma. I to odbędzie się czymś kosztem. Mnie interesuje pacjent i jak mu zapewnić leczenie. To, z którego lekarze rodzinni z Porozumienia zwolnili się. Ponieważ ja mówię to głośno, a prawda nie jest wygodna, więc należałoby mnie usunąć. Wtedy jeszcze można coś więcej wywalczyć.

Jak minister dał pieniądze? Mówi tak: „Na razie to wy dajcie od siebie. Zdejmijcie np. z programów profilaktycznych”. I mnie zdjęto 2,4 mln zł, co ja oprotestowałem. I będę bił się o te pieniądze. Łatwo jest postawić zadanie, natomiast trudniej dać na to pieniądze. To dopiero początek poważnych problemów, które będą w najbliższych tygodniach i miesiącach.

opr. gr

Wypowiedzi z 12 lutego 2004 r.

Alendronian w otocze

w leczeniu osteoporozy starszych osób

Zapobieganie zapaleniu przełyku

Dr n. med. **Lucyna Papierska**, Klinika Endokrynologii CMKP

Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. **Stefan Zgliczyński**

Słowa kluczowe: alendronian, zapalenie przełyku, refluks żołądkowo-przełykowy

Osteoporoza jest chorobą zagrażającą kobietom i mężczyznom po menopauzie i andropauzie. Leki o najlepiej udowodnionej skuteczności antyzłamaniowej, czyli aminobisfosfoniany wykazują, niestety, drażniące działanie na górny odcinek przewodu pokarmowego. U starszych osób występują częściej niż w młodości zaburzenia polykania. Jednocześnie, na skutek wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej, do którego dochodzi u chorych po przebytych złamaniach trzonów kręgowych, zwiększa się ryzyko refluksu żołądkowo-przełykowego. Ryzyko zmian zapalnych śluzówki przełyku na skutek leczenia aminobisfosfonianami jest więc większe w wieku podeszłym. Celem artykułu jest omówienie mechanizmów powstawania zmian w przełyku podczas leczenia alendronianem i metod im zapobiegania.

W latach dziewięćdziesiątych alendronian stał się lekiem pierwszego rzutu w leczeniu osteoporozy. Był pierwszym bisfosfonianem, dla którego udało się wykazać ponad wszelką wątpliwość, że zmniejsza ryzyko zarówno złamań trzonów kręgowych jak i szyjki kości udowej. **Już w pierwszych badaniach alendronianu zwrócono uwagę na możliwość rozwoju dolegliwości ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego.** W związku z tym do najczęściej cytowanego badania nad antyzłamaniowym działaniem alendronianu, badania Fractures Intervention Trial (FIT) nie kwalifikowano pacjentów z czynną chorobą wrzodową. Jednak 54% włączonych do badania kobiet po menopauzie miało w wywiadzie przebyte choroby żołądka lub dwunastnicy. W tak dobranej grupie częstość wystąpienia epizodów owrzodzeń i krwawień z żołądka i dwunastnicy była w grupie leczonej nieznamienicie niższa, niż w grupie placebo (odpowiednio 1,6% i 1,9%). Wyniki badań porównujących działanie dużych dawek alendronianu i risedronianu, zażywanych codziennie przez 4 tygodnie ze stosowaną przez tydzień aspiryną i placebo w roku 2000 przedstawił Lanza. Badaniem gastrokopowym nie stwierdził on różnic między grupami za-

żywającymi dwa oceniane bisfosfoniany i placebo. Znaczącą liczbę powikłań ze strony przewodu pokarmowego powodował natomiast zażywany przez 7 dni kwas acetylosalicylowy. W innym badaniu Lanza udowodnił, że alendronian stosowany codziennie, w dawce 10 lub 40 mg nie opóźnia gojenia się owrzodzeń żołądka wywołanych aspiryną. **Ten gorący orędownik bezpieczeństwa stosowania alendronianu przyznaje, że jedynym fragmentem górnego odcinka przewodu pokarmowego, który alendronian uszkadza w sposób specyficzny jest przełyk.** Analizując wyniki dużych badań klinicznych nad alendronianem Lanza zwraca uwagę na to, że powikłania ze strony przełyku występują rzadziej, jeżeli lek jest zażywany w sposób prawidłowy to jest, jeżeli pacjent zachowuje pozycję siedzącą lub stojącą przez 30 minut po połknięciu tabletki. Pionier badań nad alendronianem, Libermann ocenił częstość występowania zapalenia przełyku podczas przewlekłego leczenia alendronianem na 1,5%. Retrospektywna ocena działań niepożądanych alendronianu dokonana przez deGroena na podstawie historii leczenia 475 tysięcy pacjentów wykazała, że dolegliwości ze strony przełyku zgłosiło 199 z nich, co stanowiło 0,04% badanej populacji. **Jednak, u co czwartego z tych pacjentów dolegliwości są klasyfikowane jako „poważne”, nie ustępują po odstawieniu leku, wymagają długotrwałego leczenia blokerami pompy protonowej, a czasem hospitalizacji. W ciężkich przypadkach mogą też prowadzić do zwężenia przełyku. Należy podkreślić, że 199 przypadków działań niepożądanych ze strony przełyku stanowiło aż 16% wszystkich zgłoszonych działań ubocznych alendronianu, których odnotowano łącznie 1213.**

Najczęściej występującym objawem zapalenia przełyku są zaburzenia polykania (dysfagia), rzadziej ból za mostkiem nasilający się przy łykaniu. Towarzysząca zgaga jest zwykle wynikiem współistniejącego refluksu żołądkowo-przełykowego. Susan

Abraham zwraca uwagę na to, że objawy takie pojawiają się również u pacjentów stosujących się ściśle do schematu zażywania leku. W swoim materiale pacjentów leczonych w klinice gastroenterologii z powodu ciężkiego, nadżerkowego zapalenia przełyku stwierdziła, że u 10% zmiany spowodowane były stosowaniem alendronianu. W większości przypadków lokalizują się one w dolnej części przełyku. U 2/3 pacjentów w biopsji śluzówki z miejsc zmienionych zapalnie stwierdzano ciała obce przypominające celulozę z mikroskopijnych fragmentów zgniecionych tabletek, a u co trzeciego komórki olbrzymie, wielojądrzaste, typu dookoła ciała obcego.

Jakie są przyczyny powstawania podrażnień, a czasem zapalenia lub owrzodzenia przełyku u pacjentów stosujących alendronian i jak można im zapobiegać?

W zmianach tych prawdopodobnie uczestniczy kilka mechanizmów. **Pierwszy wynika z powtarzającego się kontaktu drobin tabletki z błoną śluzową przełyku, głównie jej dolnej części.** Łagodne podrażnienie przełyku wywołał Peter u psów, u których tabletki alendronianu pozostawała przez godzinę w bezpośrednim kontakcie z błoną śluzową przełyku. **Jest to tak zwane tabletkowe zapalenie przełyku,** wynikające z kontaktu z drażniącym ciałem obcym. Za tym mechanizmem, leżącym u podstawy zmian w przełyku u chorych leczonych alendronianem, przemawia obecność drobin krystalicznej celulozy i komórek typu „dokoła ciała obcego” znajdowanych w badaniach mikroskopowych wycinków błony śluzowej przełyku. Podobny rodzaj zmian, ale dotyczących jamy ustnej opisano u pacjenta, który zamiast połykać tabletkę w całości, ssął ją. **Próbą zapobiegania takim podrażnieniom obejmują wszystkie zmiany prowadzące do ułatwienia polykania tabletek.** W związku z tym producenci tabletek do minimum redukują średnicę tabletek, nadając im niekiedy obły kształt. Preparat oryginalny jest od trzech lat powle-

dokończenie na str. 12

Alendronian w otocze

w leczeniu osteoporozy starszych osób

Zapobieganie zapaleniu przełyku

Dr n. med. **Lucyna Papierska**, Klinika Endokrynologii CMKP

Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. **Stefan Zgliczyński**

Słowa kluczowe: alendronian, zapalenie przełyku, refluks żołądkowo-przełykowy

dokończenie ze str. 10

kany cieniątką warstwą wosku, która ułatwia połykanie, a nie zmienia biodostępności leku. **Nowy polski alendronian, „Ostolek” ma otoczkę, która ułatwia połykanie i uniemożliwia kontakt przełyku z substancją czynną.** Tabletki do łykania raz w tygodniu, również mogą zmniejszać ryzyko podrażnień, co wynika z tego, że do kontaktu leku ze śluzówką przełyku dochodzi znacznie rzadziej.

Drugim mechanizmem, który może prowadzić do bardziej poważnych uszkodzeń przełyku jest działanie rozpuszczonej już tabletki w środowisku kwaśnym. Keratocyty przełyku uszkodza bowiem głównie kwas alendronowy, a nie obecny w tabletkach alendronian sodu. W kwaśnym soku żołądkowym o pH poniżej 2,0, sól dysocjuje, przylącując następnie proton, czyli przechodząc w kwas. W tym mechanizmie najistotniejszą rolę gra zarzucenie kwaśnej treści żołądkowej do przełyku, które może być następstwem nieprzestrzegania sposobu przyjmowania tabletek albo przepukliny rozworu przełykowego. Dlatego też niemożliwość utrzymania pozycji pionowej po zażyciu tabletki lub przepuklina rozworu przełykowego stanowią przeciwwskazania do leczenia alendronianem. Według Lanzy dopuszczalne jest jednak leczenie pacjentów z przepukliną rozworu przełykowego, jeżeli podanie alendronianu poprzedzimy, a potem połączymy z leczeniem blokerem pompy protonowej (np. Omeprazolem, Pantoprazolem lub Lanzoprazolem).

Powstaniu zapalenia i owrzodzeń przełyku w tym mechanizmie nie zapobiega tabletką powlekana, ponieważ otoczkę rozpada się w żołądku w ciągu kilkunastu sekund. Jest to zjawisko z jednej strony korzystne, ponieważ nie zmniejsza biodostępności leku, jednakże z drugiej strony otoczkę nie zabezpiecza przed zapaleniem przełyku, które powstaje w mechanizmie refluksu i obniżenia pH. W przypadku tabletki powlekanej, stosowanie się do zakazu przyjęcia pozycji leżącej po zażyciu leku, jest więc równie ważne, jak w przypadku starszych postaci leku. Znacze-

nie ma także, podwyższające pH, leczenie blokerami pompy protonowej.

Trzeci z rodzajów uszkodzenia przełyku opisał Peter w roku 1998. Zauważył on, że istniejąca choroba przełyku (zapalenie, owrzodzenie) ulega zaostreniu po kontakcie z rozpuszczonym alendronianem nawet w środowisku obojętnym czy zasadowym. Znaczenie ma tu powtarzalność ekspozycji uszkodzonej śluzówki na lek. Kontakt z alendronianem co 24 godziny pogłębia istniejące uszkodzenie mechaniczne śluzówki i nasila zmiany zapalne. Przed rozpoczęciem leczenia alendronianem należy więc zebrać od pacjenta dokładne wywiady chorobowe. Jeżeli istnieje podejrzenie zmian w górnym odcinku przewodu pokarmowego, podanie bisfosfonianu powinno być poprzedzone leczeniem blokerem pompy protonowej. W razie wątpliwości wskazane jest wykonanie gastroskopii. Należy jednak pamiętać, że również wprowadzenie gastrofibroskopu może spowodować drobne otarcie nabłonka przełyku. Te i podobne drobne uszkodzenia goją się w przeciągu dwóch-trzech dni, jeżeli kontakt z alendronianem nie powtarza się. **Powleczenie tabletki otoczką zapobiega bezpośredniemu kontaktowi substancji czynnej podczas połykania z istniejącym już mikrouszkodzeniem.** Dobrym pomysłem na minimalizowanie uszkodzeń przełyku powstałych w tym mechanizmie jest stworzenie postaci alendronianu do stosowania raz w tygodniu. Wykazano, że podczas tygodniowej przerwy między tabletkami nawet drobne owrzodzenie jest w stanie całkowicie się zagoić.

Podsumowując: Stwierdzono, że zapalenie i owrzodzenie przełyku może być następstwem leczenia osteoporozy alendronianem. To rzadkie powikłanie dotyczy 0,04% leczonych chorych i stanowi 16% wszystkich zgłaszanych działań niepożądanych leku. Ze względu na możliwość poważnych powikłań, takich jak na przykład perforacja lub trwałe zwężenie przełyku problem ten nie może pozostać przemilczany. **Ponieważ zmiany w przełyku rozwijają się w różnych mechanizmach,**

różne są też sposoby im zapobiegania. W przypadku zmian zależnych od kwaśnego pH za leczenie zapobiegawcze można uznać podawanie blokerów pompy protonowej. Pacjentom z dużym refluksiem żołądkowo-przełykowym aminobisfosfonianów raczej nie należy zalecać. Uszkodzenie śluzówki w pH zasadowym, zależne od powtarzającego się kontaktu rozpuszczonego alendronianu z jej głębszymi warstwami, po mikrouszkodzeniu, będzie mniej prawdopodobne w wypadku postaci leku do stosowania raz w tygodniu. **Ryzyko zapalenia przełyku typu reakcji na ciało obce można znacznie zmniejszyć poprzez zastosowanie tabletek w otocze, ułatwiającej połykanie i zmniejszającej ryzyko kontaktu masy tabletkowej z błoną śluzową przełyku.**

Opisane modyfikacje postaci leku nie wpływają ujemnie na jego własności farmakokinetyczne i farmakodynamiczne. Tabletki w otocze uwalniają substancję czynną równie szybko jak te niepowlekane. Tabletki stosowane raz w tygodniu równie silnie hamują obrót kostny i dają taki sam przyrost gęstości mineralnej kości, jak stosowane codziennie. **Tak więc wprowadzenie tabletki w otocze oraz zmian w schemacie dawkowania leku (tabletki raz w tygodniu) sprawia, że leczenie alendronianem staje się coraz wygodniejsze i bezpieczniejsze.**

Piśmiennictwo:

1. F. Lanza: Bisphosphonate mucosal injury – the end of the story? *Digestive and Liver Disease* 35 (2003) 67-70
2. S. Abraham i wsp.: Alendronate-Associated Esophageal Injury: Pathologic and Endoscopic Features *Mod Pathol* 1999; 12(12): 1152-1157
3. P. DeGroen i wsp.: Alendronate caused esophagitis, but rarely *N Engl J Med* 1996; 335: 1016-21
4. U. Liberman: Esophagitis and alendronate *N Engl J Med* 1996; 334: 1069-70
5. D. Bauer i wsp.: Upper gastrointestinal tract safety profile of alendronate: The Fracture Intervention Trial. *Arch Intern Med* 2000; 160: 517-25
6. C. Peter i wsp.: Esophageal irritation due to alendronate sodium tablets: possible mechanisms *Dig Dis Sci* 1998; 43: 1998-2002

Polscy lekarze ofiarom trzęsienia ziemi w Iranie

Polska Misja Medyczna uczestniczyła na przełomie roku w akcji ratowniczej po trzęsieniu ziemi w irańskim mieście Bam.

W akcji ratowniczej wziął udział zespół 3 lekarzy PMM, wchodzących w skład personelu polskiego szpitala polowego: Elżbieta Lipska, Jarosław Gucwa i Zbigniew Dryja (do wyjazdu przygotowany był cały zespół szpitala polowego). Ze względu na ograniczone możliwości transportu, do Iranu zabrano wyłącznie ambulatorium medyczne szpitala polowego, leki (antybiotyki, środki odkażające, płyny infuzyjne, leki gastroenterologiczne, kardiologiczne, pulmonologiczne oraz stosowane w stanach zagrożenia życia), środki opatrunkowe i materiały jednorazowego użytku.

Grupa ratownicza ruszyła do akcji w 33 godziny po trzęsieniu ziemi. Na-

tychmiast po dotarciu na miejsce nawiązano kontakt z miejscową służbą zdrowia i służbami ratowniczymi oraz uruchomiono ambulatorium medyczne.

W ambulatorium udzielono pomocy ok. 50 rannym oraz ratownikom uczestniczącym w akcji. Podjęto także decyzję o zorganizowaniu 2 mobilnych zespołów medycznych, złożonych z lekarzy PMM i ratowników medycznych PSP, które wyposażono w podstawowy zestaw leków i środków opatrunkowych oraz sprzęt do ratowania życia. Mobilne zespoły medyczne udzielały pomocy ofiarom trzęsienia ziemi koczującym w namiotach

rozbitych na gruzach domów.

Pomocy udzielono ok. 100 poszkodowanym w trzęsieniu ziemi. Polegała ona głównie na: zaopatrywaniu ran i drobnych urazów; leczeniu infekcji górnych dróg oddechowych, zapaleń spojówek; leczeniu objawowym (ból głowy, skutki zapylenia etc.). Zespół medyczny



PMM był również w stałej gotowości dla grupy poszukiwawczo-ratowniczej, na wypadek znalezienia w gruzowisku żywych osób.

Ambulatorium medyczne zakończyło działalność 1 stycznia 2004 r. Pozostałe po akcji płyny infuzyjne i leki przekazano miejscowemu szpitalowi. 2 stycznia, po 6-dniowej akcji grupa ratownicza wróciła do kraju.

Polska Misja Medyczna przekazała również leki kardiologiczne, przeciwbólowe i opatrunkowe do transportu z pomocą humanitarną dla ofiar trzęsienia ziemi. Wartość przekazanych leków szacuje się na pół miliona zł.

*Elżbieta Lipska
fot. Krzysztof Gruca*



Komunikat

NRL przypomina lekarzom i lekarzom stomatologom o **obowiązku wypisywania pełnych nazw leków na receptach**. Według tekstu rozporządzenia ministra zdrowia z 10.05.2003 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. nr 85, poz. 785 z późniejszymi zmianami) wystawienie recepty polega na czytelnym naniesieniu na awersie recepty treści obejmującej m.in. dane dotyczące przepisanych leków, tj. międzynarodowej lub handlowej nazwy leku albo nazwy handlowej wyrobu medycznego.

Prawodawca **nie przewidział stosowania skrótów** nazw handlowych na recepte, o czym niejednokrotnie zapominają lekarze i lekarze stomatolodzy.

*Iwona A. Raszke-Rostkowska
rzecznik prasowy NRL*

IV plener lekarzy malarzy

NRL przewiduje zorganizowanie kolejnego pleneru dla kolegów lekarzy malarzy. Planowany termin: **5-13 czerwca br.** (miejsce jeszcze nie ustalone).

Ze względu na szczupłość funduszy prawdopodobnie konieczny będzie finansowy udział własny uczestników. Zgłoszenia prosimy kierować listownie na ręce kol. **Aleksandra Kotlickiego do OIL w Warszawie, ul. Grójecka 65 A, 02-094 Warszawa.**

Z powodów organizacyjnych liczba miejsc jest ograniczona – o uczestnictwie będzie decydować data zgłoszenia.

Konta e-mail

Naczelna Izba Lekarska oferuje bezpłatnie członkom samorządu lekarskiego i pracownikom izb lekarskich konta e-mail na swoim serwerze pocztowym. Konta pocztowe o adresie **imie.nazwisko@hipokrates.org** mają standardowo 50 MB pojemności, są chronione przed wirusami i niechcianymi reklamami, mają podwyższone parametry bezpieczeństwa transmisji danych.

Zainteresowanych prosimy o kontakt telefoniczny z **Działem Informatyki NIL**

lub e-mail na adres **informatyka@hipokrates.org** z podaniem kontaktu zwrotnego.



Nie jestem tu za karę

Z mgr **Małgorzatą Kalińską**, dyrektorką dwóch szpitali rozmawia Jerzy Wunderlich

• Mało miała pani kłopotów z jednym szpitalem? Po co pani drugi?

– To było trochę tak, jak w tym porzekadle: Nie miała baba kłopotu... Prawda jest taka, że to była propozycja niemal nie do odrzucenia. W Warszawie funkcjonują dwa akademickie, kliniczne, szpitale dziecięce, popularnie zwane przez warszawiaków „Litewska” i „Działdowska”. Pierwszy z nich to Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Prof. Mieczysława Michałowicza przy ul. Litewskiej, drugi – Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Profesora Władysława Szejnacha przy ul. Działdowskiej.

Dwa lata temu szpital przy Działdowskiej popadł w ogromne kłopoty finansowe. Był to pierwszy i najważniejszy powód decyzji o połączeniu tych dwóch szpitali w jeden organizm, przy zachowaniu ich tradycji, dorobku medycznego i naukowo-dydaktycznego. Władze akademickie (organem założycielskim obydwu szpitali jest rektor Akademii Medycznej w Warszawie) uznały, że nie ma powodu, by dwa szpitale dziecięce konkurowały ze sobą, wyniszczały się wzajemnie, dublowały się w niektórych obszarach usług medycznych.

Przykładowo, zarówno w jednym, jak i w drugim szpitalu funkcjonowały oddziały chirurgii i kardiochirurgii, onkologii i hematologii – kosztowne w utrzymaniu, trudne do finansowania dziedziny medycyny.

Niemniej jednak głównym powodem restrukturyzacji szpitala na Działdowskiej był brak płynności finansowej tej placówki.

Należy podkreślić, że kłopoty finansowe szpitala przy Działdowskiej nie zostały spowodowane złym zarządzaniem, brakiem pacjentów czy niewłaściwym leczeniem.

To był dobry szpital, z dobrą opinią u rodziców i jego małych pacjentów. Tak naprawdę doprowadzony na skraj przepaści przez urzędników kasy chorych, którzy prowadząc niewłaściwą politykę kontraktową z jednej strony mniej usług niż szpital mógł wykonać (limity), z drugiej – zmuszając szpital do nadwykonania, za które nie otrzymywał pieniędzy.

Szpitaly najczęściej popadają w długie nie z tego powodu, że są źle zarządzane, ale dlatego, że źle zarządzany jest system ochrony zdrowia.

• A więc nie było tak, że ktoś lekko-myślnie narobił długów?

– Nie. Jak wcześniej mówiłam, to był szpital, który popadł w kłopoty finansowe nie ze swojej winy. Władze uczelni podejmując w kwietniu 2002 r. decyzję o połączeniu tych dwóch placówek (Litewska nie była zadłużona) miały nadzieję, że poprzez ich restrukturyzację uda się osiągnąć lepsze wyniki finansowe, efektywniej wykorzystaną kadrę medyczną, drogi sprzęt medyczny. I to się udało.

Działalność usługową w roku 2002 szpital przy Działdowskiej zakończył z niewielkim wynikiem dodatnim. Znaczną część zobowiązań tego szpitala udało się spłacić.

Bilans za rok 2003 dopiero sporządzamy, niestety, najprawdopodobniej będzie to wynik ujemny. Powodem tej sytuacji jest odmowa zapłaty przez Narodowy Fundusz Zdrowia wykonanych w listopadzie i w grudniu 2003 r. ponad-

limitowych usług zdrowotnych na kwotę ca 1,5 mln zł.

Jeżeli będziemy mieli wynik ujemny, to tylko z powodu niezapłaconych przez kasę chorych należności za usługi ponadlimitowe. A przecież te szpitale wykonują usługi trzeciego poziomu referencyjnego – my nie mamy już gdzie odesłać pacjenta.

• Nie bała się pani podejmując tego trudnego zadania?

– Oczywiście, bałam się. Nikt nie lubi przegrywać, a pozytywny efekt naszych poczynań nie był przecież zagwarantowany. Jeden szpital to cała masa problemów, a co dopiero dwa. Z tym, że jeszcze raz podkreślam: to były i to są dwa dobre szpitale.

• Miesiąc temu nie miała pani jeszcze kontraktu podpisanego z NFZ. Jaka jest dzisiaj sytuacja finansowa obu szpitali, którymi pani zarządza?

– Jestem właśnie po kolejnych rozmowach z Funduszem. Niestety, nie mogę podpisać tego kontraktu na proponowanych warunkach. W dniu dzisiejszym to jest dramat. W naszym przypadku to jest niedofinansowanie ok. 7 mln zł. Mamy to dokładnie policzone.

Za to samo, co robiliśmy w ubiegłym roku, proponuje się nam 30% mniej pieniędzy. Pomimo publicznych zapewnień NFZ, że finansowanie szpitali jest zagwarantowane na poziomie roku ubiegłego, to jest nieprawda.

Nikt nie zmusi mnie do kupienia fikcyjnych punktów, które nie będą możliwe do zrealizowania przez szpital.

Przerazający jest fakt, że moje rozmowy dotyczące warunków kontraktowania usług z przedstawicielami Oddziału Warszawskiego NFZ kończą się niczym. Moi rozmówcy, którzy nawet są pełni dobrej woli, kiedy przychodzi do konkretów, nie są w stanie podjąć żąd-

nej decyzji. Wszystkie decyzje zastrzeżone na poziomie Centrali, a Centrala milczy. I tak naprawdę nie wiadomo, kto te decyzje miałby podjąć.

• Ale czy jak się pani uprze, to ktoś wam dołoży te 7 mln?

– Brak tych 7 mln nie wynika z tego, że ja się zaparłam, ale z tego, że katalogi usług medycznych zawierają błędy merytoryczne, a wycena punktu sufitowa. Nie obejmują wszystkich kosztów, co powoduje w efekcie ten niedobór, o którym mówimy.

Broniąc się przed dyktatem NFZ, broniąc szpitali przed zapaścią finansową, na razie leczymy bezumownie, bo nie chcemy narażać dzieci, naszych pacjentów. Nie chcemy mieszać pacjentów do tych przepychanek. Co nie znaczy, że na bieżąco nie analizujemy z prawnikami możliwości wyjścia z impasu.

Stoimy na stanowisku, że do czasu usunięcia wszystkich błędów finansowanie powinno przebiegać na poziomie 1/12 ubiegłego roku. To nie jest nasza wina, że system finansowania szpitali został praktycznie rozwalony.

Jeżeli NFZ nie jest, jak dotąd, przygotowany do wypełniania tych zadań, których się podjął, to niech przynajmniej zabezpieczy warunki finansowe na poziomie roku ubiegłego, po to, aby pacjenci mogli być leczeni, a szpitale mogły przeżyć ten rok.

• Czy to znaczy, że wszystkie wysiłki kierowane będą na to, byle przetrwać? Czy jest nadzieja na normalną, spokojną, satysfakcjonującą pracę lekarzy i personelu szpitali?

– W tym roku już takiej szansy nie ma i nie będzie. To będzie bardzo trudny rok i wszystkie wysiłki skierowane będą na to, aby nie zadłużać jednostki, przetrwać, nie upaść. Mam nadzieję, że w tym roku zostanie opracowany jakiś sensowny, realny model, który pozwoli wreszcie na normalny system funkcjonowania i finansowania ochrony zdrowia.

• Czy jest coś, na czym można jeszcze zaoszczędzić, coś zreorganizować?

– Mówienie o racjonalizacji kosztów, o oszczędzaniu w sytuacji, gdy na wszystko brakuje, a zarządzanie polega praktycznie na szukaniu możliwości przetrwania, a nie budowaniu

stabilności jednostki czy strategii rozwoju – powoduje nieprawdziwy obraz sytuacji. Może bowiem powstać złudzenie, że tą drogą da się ratować źle działający system. Oczywiście, oszczędzam wszędzie, gdzie się tylko da, po to, by załatać, zapchać kolejną dziurę w budżecie, sfinansować najpilniejsze potrzeby. Ale jest pewien pułap, poniżej którego nie da się już nic zaoszczędzić.

• Nie jest pani lekarzem, a kimś, kogo nazywamy dziś menedżerem. Jak układa się pani współpraca z kadrą medyczną, z fachowym personelem medycznym?

– Dyrektor szpitala zawsze obraca się w jakimś trójkącie bermudzkim – między tym, co konieczne, a tym, co możliwe. I to bez względu na to, czy jest lekarzem, czy nie. Kto powinien być dyrektorem szpitala? Na ten temat zdania są podzielone. Ja uważam, że zarządzaniem powinien zajmować się specjalista od zarządzania – ekonomista, prawnik. Zwłaszcza teraz, w tej zmieniającej się i trudnej rzeczywistości. Szpital to jest przedsiębiorstwo.

Wiem, że to stwierdzenie zwłaszcza w środowisku medycznym jest niepopularne, ale uważam i jestem przekonana, że szpital to jest taka specyficzna „firma”, która **świadczy szczególny rodzaj usług** – a mianowicie leczy i ratuje życie pacjentów, musi więc być sprawnie i profesjonalnie zarządzana również od strony organizacyjnej i finansowej.

Przykładowo, jako dyrektor szpitala zobligowana jestem do przestrzegania ustawy o finansach publicznych, jest to miejsce pracy dla ponad 1200 zatrudnionych pracowników różnych specjalności, którzy mają prawo oczekiwać od dyrektora szpitala rozwiązywania ich bieżących problemów organizacyjnych i merytorycznych, a także nie rzadko prywatnych.

Czuję się i jestem odpowiedzialna za utrzymanie tej placówki, za jej los.

Codziennie zarządzanie nie jest możliwe bez ścisłej współpracy z zastępcami do spraw medycznych i rady ordynatorów, którzy rzecz jasna muszą być i

są doświadczonymi lekarzami. To jest bardzo ścisła współpraca. I chociaż iskrzy czasami między nami, bo jak jest za mało pieniędzy na wszystko, to gorę nad racjami niekiedy biorą emocje, to ja jestem bardzo zadowolona ze współpracy zarówno ze swoimi szefami, jak i z najbliższymi współpracownikami.

Nigdy w czasie tych pięciu lat, które przepracowałam na Litewskiej i półtora roku na Działdowskiej, nie było takiej sytuacji, abyśmy wspólnie z pielęgniarkami, lekarzami, administracją nie dogadali się mimo problemów, z którymi się borykamy.

Są to, przypomnę, szpitale kliniczne. Nasze związki z Akademią Medyczną są bardzo ścisłe. Na bazie tych szpitali prowadzona jest również działalność dydaktyczna. Co stwarza dodatkowe problemy, ale też to nas wyróżnia. Nasza „akademickość” nas nobilituje, jest naszą gwarancją, naszym znakiem jakości.

• Czy możliwe jest skłonienie personelu medycznego – lekarzy, pielęgniarek – do myślenia ekonomicznego, do współodpowiedzialności za wydawanie pieniędzy, za racjonalną organizację pracy? Czy też króluje pogląd: niech się martwią inni, nasza pani dyrektor czy główna księgowa, a my mamy tylko dobrze leczyć?

– Realia, w których pracujemy, zmuszają wszystkich do myślenia ekonomicznego. Ta ekonomiczna świadomość lekarzy, tak naprawdę całego „białego” personelu szczególnie w ostatnich dwóch, trzech latach wzrosła, ale też ostatnie dwa, trzy lata zmuszają do działania – jak nigdy dotąd – z ołówkiem w ręku, do liczenia każdej złotówki.

Tak naprawdę przez cały czas uczymy się wzajemnie od siebie, ja również każdego dnia muszę uczyć się od personelu medycznego może nie tyle wiedzy medycznej, co „znajomości medycyny”, ich słownika, języka, specyfiki

dokończenie na str. 16



Nie jestem tu za karę

dokończenie ze str. 15

medycyny, tak abyśmy mogli wzajemnie porozumiewać się i wzajemnie się rozumieć. Tak więc lekarze uczą się praw ekonomii, a ja rozumiem ich potrzeb.

W szpitalu od paru lat funkcjonuje system informatyczny pozwalający na dostarczenie szefom klinik pełnej informacji o sytuacji finansowej szpitala, rachunku kosztów, co ułatwia nam w konsekwencji podejmowanie zarówno do-
rażnych, jak i strategicznych decyzji.

Naturalnie byłabym nieuczciwa, gdybym powiedziała, że wszystko to przebiega bezkonfliktowo, ale też nie jest tak, żebyśmy nie znaleźli w potrzebie wspólnego języka.

• Podjęła się pani bardzo trudnego zadania. Czy nie ma pani chwil wątplenia, takich: po co mi to było?

– Tak, wiem co to wątplenie. Może dlatego, że nigdy się tak trudno nie pracowało, jak obecnie. Dyrektor szpitala to też, niestety, taki chłopiec do bicia.

Wszystkie emocje kierują się ku niemu. Odpowiada za wszystko. Proszę sobie to wyobrazić:

- ponad tysiąc pracowników, od których się wiele wymaga, a w zamian płaci niewiele;
- ponad 70 tys. małych pacjentów rocznie. Pacjenci bardzo różni. Ale są też rodzice tych pacjentów szczególnie zestresowani, bo przecież to są szpitale dziecięce;
- płatnik, decydent ciągle reformowany, reorganizowany, potrząsany, często niekompetentny, zmuszający nas do produkcji ogromnej liczby papierów, sprawozdań, których sens trudno uzasadnić;
- związki zawodowe przychodzące także ze słusznymi postulatami. Tyle tylko, że spełnienie nawet tych uzasadnionych roszczeń grozi bankructwem szpitala. Bo ktoś tam na górze coś obiecał, coś uchwalił, ale nie dał na to pieniędzy, wystawił czek bez pokrycia. Nasi decydenci zachowują się tak, jakby nie wiedzieli, że słowo, zwłaszcza słowo przyrzeczenia, kosztuje itd. itd.

Tę listę problemów, z którymi stykam się każdego dnia, mogę wydłużyć. Ale byłaby to nieprawda, gdybym powiedziała panu, jaka ja jestem nieszcześliwa, bo ktoś za karę mnie tu posadził... Ja lubię swój zawód, ciągle jeszcze lubię robić to, co robię. Jestem do tego zawodu przygotowana i w moim głębokim przekonaniu potrafię to robić dobrze. Ale chwile zwątpienia... Któż ich nie ma. Może tylko ten, kto nie przejmując się tym, co robi.

Rozmawiał: Jerzy Wunderlich
fot. Marek Stankiewicz

Małgorzata Kalińska

Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Poznaniu. Podyplomowe studia: ekonomika zarządzania – Uniwersytet Warszawski. 15-letnia praktyka zawodowa w handlu zagranicznym, 10-letnia praktyka w służbie zdrowia na stanowiskach zastępcy dyrektora ds. ekonomicznych, 5-letnia na stanowisku dyrektora. Mężatka, córka Agata, absolwentka Wydziału Prawa UW. Zainteresowania: nowoczesne metody zarządzania i finansowania placówek służby zdrowia.

Lekarze do pióra

Staż – czy Unia Europejska jest alternatywą?

Obecna sytuacja w polskiej służbie zdrowia nie nastraja optymistycznie. Szczególnie dla młodych lekarzy po stażu podyplomowym nasuwa się pytanie: Co dalej? Walczyć o nie-liczne miejsca na rezydenturze, specjalizację na wolontariacie, pracę bez specjalizacji – w pogotowiu czy poradni, a może wyjazd za granicę?

Nasz wybór padł na Centrum Neurologiczno-Rehabilitacyjne (NRZ) (www.nrz-greifswald.de), w Greifswaldzie, malowniczym mieście leżącym u wybrzeży Morza Bałtyckiego, w Meklemburgii Pomorza Przednim, oddalonym od Szczecina o 1,5 godz. jazdy, a wkrótce podróż tam przyspieszy powstająca

autostrada A 20. Poza tym klinika ta jest bardzo zainteresowana współpracą z polskimi lekarzami. Po załatwieniu licznych formalności mogliśmy z początkiem 2003 r. rozpocząć tam pracę na stanowisku lekarza asystenta. Na początku wcale nie było łatwo! Najprostsze czynności (pobieranie krwi, zakładanie wenflonów) sprawiały ogromne trudności. Nie mówiąc o problemach z językiem – język codzienny i fachowe słownictwo okazały się nie-
lada wyzwaniem. I tutaj klinika zaoferowała nam pomoc w postaci lekcji języka niemieckiego. Do tego otrzymałyśmy wsparcie i bezcenne rady od kolegów z pracy, a przyjazna atmosfera ułatwiła codzienne zmagania. Ale się udało! Co więcej, już wkrótce zebrane doświadczenia pozwoliły na podjęcie całodobowych dyżurów, w tym dyżurów na intensywnej terapii. Szybko udało nam się również nawiązać nowe przyjaźnie.

Nasza klinika dysponuje 112 łózkami (70 dla pacjentów z cho-

robami neurologicznymi i 42 dla pacjentów z poprzecznym uszkodzeniem rdzenia kręgowego). Celem kliniki jest wczesna i intensywna rehabilitacja chorych, a dzięki oddziałowi intensywnej terapii przyjmowani są również pacjenci, którzy wymagają zastosowania wysokospecjalistycznych technik wspomagającego oddechu.

Obszar terapeutyczny opiera się na technikach fizjo- i ergoterapii, jak również na szerokim zastosowaniu metod fizykalnych. Ponadto są do dyspozycji oferty pedagogiki leczniczej, logopedii, muzykoterapii, psychologii, poradnictwa socjalnego.

Jako zaplecze diagnostyczne posiadamy medyczno-techniczny dział z pracownią RTG, EMG, ENG, EEG, zewnątrz i śródczaszkową doppler- i duplexonografią, posturografią, neurologiczno-urologiczną diagnostyką funkcyjną, endoskopią, USG. Tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny przeprowadzane są bezpro-

blemowo na terenie uniwersytetu Greifswald albo we współpracujących praktykach prywatnych.

W celu dokształcania zawodowego odbywają się w klinice regularnie seminaria poruszające problematykę międzydiscyplinarną, jak również współfinansowane są wysoko-
specjalistyczne kursy niezbędne do specjalizacji. Lekarze naczelni dysponują uprawnieniami do prowadzenia specjalizacji (2 lata neurologia, 2 lata medycyna ogólna, 1 rok chirurgia, 1 rok neurologiczna intensywna terapia, 9 miesięcy geriatria, 6 miesięcy choroby wewnętrzne, 1 rok rehabilitacja medyczna).

Więc co dalej? Dla nas alternatywą stały się Niemcy - z dobrymi warunkami pracy, perspektywą specjalizacji, niezłym wynagrodzeniem... chociaż rodzina i przyjaciele zostali daleko stąd.

A.J.&A.O.
nazwiska i adresy
znane redakcji

W tej chwili państwowy system specjalizacji jest całkowicie niedrożny. Wielu młodych ludzi oczekuje na możliwość jej otwarcia. Czterech kandydatów przypada na jedno miejsce akredytacyjne. Dlatego ja też jestem za tym, żeby szkolenie z zakresu węższych dziedzin medycyny prowadziły okręgowe izby lekarskie – deklaruje Bogdan Barut, członek NRL.

Minister poprze?

Grażyna Ciechomska

Na styczniowym posiedzeniu NRL toczyła się dyskusja nad projektem rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rodzajów umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz warunków i trybu uzyskiwania świadectw potwierdzających posiadanie takich umiejętności.

Lekarze oceniali i udoskonalali wersję, której głównym autorem jest Ładysław Nekanda-Trepka. Wcześniejszy projekt ministerialny nie uzyskał akceptacji samorządu. „Projekt budził tak ogromne emocje, że zaproponowaliśmy ministrowi nowy. Tamten jest nie do przyjęcia przez nas” – uzasadniał skonstruowanie własnego projektu samorządowego Konstanty Radziwiłł, prezes NRL.



Min Leszek Sikorski

Zapisy rozporządzenia zostały omówione z konsultantami z głównych dziedzin medycyny. Swoją opinię kilkakrotnie wyraziła Komisja Kształcenia Medycznego NRL. Zawiodły natomiast okręgowe izby lekarskie, które nie skomentowały przepisów.

Wersja samorządowa kontrastuje z wariantem ministerialnym. „W odróżnieniu od tamtego projektu ten zawiera w par. 3 definicję tych umiejętności” – mówi Jerzy Kruszewski, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL.

„Inną różnicą jest to, że wiele kompetencji w zakresie tego typu szkolenia przekazujemy okręgowym izbom lekarskim, podczas gdy w zapisie ministerialnym głównym ogniwem były towarzystwa lekarskie. Kolejną zmianą jest inna koncepcja listy tych umiejętności. Uwzględniliśmy takie ich cechy, które mają je w sposób wyraźny różnicować ze specjalizacją. Z pierwotnej propozycji usunięto część umiejętności z homeopatii i akupunktury. Poprawkę wprowadzono po konsultacji z niektórymi konsultantami i przedstawicielami towarzystw. Proponowane przez mini-

stra rozwiązania były niezgodne z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz uchwałą NRL” – komentuje projekt Jerzy Kruszewski.

W katalogu węższych umiejętności uwzględniono postulaty lekarzy wojskowych. I tak powstał załącznik umiejętności przydatnych dla wojskowej służby zdrowia.

Kolejnym wnioskiem samorządu jest propozycja odpłatności za ten typ szkolenia. Ale w zależności od jego trybu opłatę mógłby uiszczać pracodawca albo szkolący się lekarz.

Prezentując projekt rozporządzenia Jerzy Kruszewski powiedział: „**Przygotowany przez samorząd lekarski tekst w sposób maksymalny stara się uchwycić cały proces szkolenia. Staraliśmy się uprecyzyjnić i zawrzeć różnego rodzaju sytuacje, które mogą zdarzyć się w toku uzyskiwania tych umiejętności**”.

Emocje towarzyszyły wnioskowi prezesa NRL o przeniesieniu z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) do okręgowych izb lekarskich akredytacji ośrodków szkolących. Wnioskodawca tak uzasadniał pomysł:

„**W projekcie jako akredytant wskazane jest CMKP. Ja jestem za tym, żeby ośrodkiem akredytacyjnym stały się okręgowe izby lekarskie. Pora, żebyśmy zaczęli domagać się tego, co jest przynajmniej częścią kształcenia. W przyszłości być może również specjalizacji. Oczywiście nie we wszystkich izbach okręgowych będą wszelkie możliwości realizowania szkolenia w węższych umiejętnościach. Moja propozycja jest konsekwencją tego o czym dyskutujemy od dawna. Domagamy się tego, aby doksztalcenie lekarzy zostało przekazane do izb lekarskich**”.

Z pomysłem prezesa NRL ostro polemizował Ładysław Nekanda-Trepka:

„Izby okręgowe mają w tej chwili główne zadanie w postaci kształcenia ustawicznego, do którego nie są jeszcze przygotowane. W ogóle nie podjęły tego zadania. A my nakładamy na nie tak poważne zadanie, jak akredytacja wyszkolenia w węższych umiejętnościach. Uważam, że to jest jeszcze krok za wcześnie. Najpierw trzeba uporządkować do końca staż. A dopiero potem wziąć się za tak odpowiedzialne zadanie jak akredytacja umiejętności”.

Polemizujący podkreślił fakt, że CMKP jest jednostką budżetową ministra zdrowia mającą ogromne doświadczenie w kształceniu. Posiada środki finansowe i prawnie jest przygotowana do zadań, jakie narzuca nowe rozporządzenie.

Ładysław Nekanda-Trepka nie zgodził się z rozproszeniem akredytacji, gdyż uważa, że ta powinna być jednolita. W następujący sposób uzasadniał swoje wątpliwości:

„Instytucje szkolące nie mogą być oceniane w różny sposób. Nie będzie jednakowych kryteriów ocen, jeśli np. akredytacja będzie prowadzona przez izby: gorzowską i warszawską. Jedna izba będzie dawała tę akredytację, inna nie”.

Wzburzony lekarz podkreślał: „To jest akredytacja, a nie organizacyjne ustalenie kto i gdzie ma szkolić”.



Ładysław Nekanda-Trepka

foto: Marek Staniewicz

Za przejęciem szkolenia z węższych dziedzin medycyny opowiedział się Mariusz Janikowski, członek NRL: „Myślę, że to dobry pomysł. Duże izby związane z ośrodkami akademickimi na pewno sobie poradzą. Przynajmniej w tych ośrodkach możemy mieć możliwość kształcenia lekarzy.”

Natomiast Konstanty Radziwiłł dodał: „**Okręgowe izby doskonale zdają sobie sprawę z wartości instytucji na swoim terenie. Wiedzą, które mają odpowiednią bazę do organizowania szkoleń. Nie ma ryzyka, że w małej izbie pozbawionej bazy powstanie pomysł kształcenia. A gdyby nawet taki powstał, to zawsze można skorzystać z opinii ekspertów z izby sąsiedniej. To nie okręgowa rada ma się udać do ośrodków akredytowanych, tylko musi tam wysłać specjalistów.**”

Prezes dodał: „Mała izba będzie różnić się tym, że liczba akredytowanych w niej kursów będzie mała albo nawet zerowa, a w dużej będzie duża liczba szkoleń.”

Nie do końca poparł propozycję Włodzimierz Majewski, członek NRL: „Naszym celem jest to, aby wydany certyfikat uznany był w całej Europie, a być może w całym świecie. Program zatem musi być jeden. Nieporozumieniem jest rozbicie akredytacji na poszczególne izby. Mogłbym uznać argumentację autora propozycji, jeżeli akredytację prowadziłyby NRL”.

Ustosunkowując się do racji swoich zwolenników i oponentów Konstanty Radziwiłł mówił tak: „Centrum jest tym miejscem, gdzie powstaje jednolity program. Oczywiście z naszym udziałem. Natomiast akredytacja odbywa się w izbie. Myślę, że to naprawdę jest dobry poligon do tego, żeby wypróbować nasze siły przed ewentualnym poważnym domaganiem się przejmowania w przyszłości kształcenia z zakresu specjalizacji.

Zwracam uwagę, że są kraje, w których specjalizacje czyli właśnie całe kształcenie jest właściwie w rękach izb. Jestem za tym, żeby na tym stosunkowo mniej znaczącym niż specjalizowanie się polu przetrzeć ślady.”

Prezes swoimi argumentami przekonał członków NRL. Rada opowiedziała się za projektem przygotowanym przez Ładysława Nekandę-Trepkę i poprawkami przenoszącymi akredytację podmiotów szkolących z CMKP do okręgowych izb lekarskich. Projekt rozporządzenia zaakceptowany przez NRL został przesłany do ministra zdrowia. Jest też opublikowany w tym numerze „GL” na żółtych stronach (Biuletyn NRL).

Mały szpital pełną gębą

Marek Wójtowicz



Z moich ponad dziesięcioletnich obserwacji, potwierdzonych podobnymi danymi Państwowego Zakładu Higieny („Sytuacja Zdrowotna Ludności”, PZH, Warszawa 2003) wynika, że stutysięczna populacja potrzebuje rocznie ok. 12 tys. hospitalizacji, 150 tys. porad specjalistycznych i 400 tys. porad lekarza rodzinnego. Jest to nieładnie mówiąc tzw. popyt, czyli gotowość zakupu usług zdrowotnych.

foto. Marek Stankiewicz

Gotowości leczenia się mieszkańców wychodzi naprzeciw tzw. podaż (też paskudne słowo), czyli szpital lub szpitale, przychodnie i gabinety lekarskie zlokalizowane np. w powiecie, gotowe wyleczyć wszystkich zainteresowanych.

Idą, niestety, takie czasy, że tradycyjny, wiekami tworzony język medyczny trzeba uzupełnić o takie obce słowa jak: podaż, popyt, próg rentowności, amortyzacja sprzętu, koszty, przychody itd. itp. Oczywiście, nie należy przesadzać z tą nowo-mową, bo nam zanikną fajne kawały: „Przychodzi baba do lekarza”, a pojawiają się małośmieszne, typu: „Przychodzi popyt do podaży, więc podaż się pyta: co się stało? A baba płacze, że nie chce być popytem, tylko babą. Doktor kiwa smętnie głową i mówi: rozumiem cię, babo. Ja też uczyłem się na doktora, a zostałem podażą”. Używajmy zatem terminów: podaż i popyt, bo tak robi cały świat, ale... z dystansem. I pamiętajmy, że to nie pacjenci kupują dla siebie usługi, ale robi to za nich, niestety, NFZ.

Podane na wstępie liczby generowanych przez mieszkańców potrzeb szpitalnych i ambulatoryjnych pomnożone przez bardzo mizerne, enefzetowe ceny ich zakupu dają określoną kwotę do zarobienia na danym terenie na utrzymanie placówki medycznej, płace personelu, leki itp. itd. Ale co równie ważne, wiąże się to z koniecznością utrzymania odpowiedniej liczby łóżek, gabinetów, aptek i karettek pogotowia, żeby dać pacjentowi to, czego oczekuje.

Jeżeli oferujemy za dużą podaż, np. szpitale lub oddziałów, to będą w nich kosztowne pustostany, a jak za małą, to pacjenci staną w wielomiesięcznych kolejkach i będą pisać skargi.

Na potrzeby naszego lubartowskiego szpitala w stutysięcznym powiecie obliczyłem sobie parę lat temu: ile i o jakim profilu, powinno być szpitalnych łóżek, żeby obłożenie osiągnęło przyzwoite 80% przy ambitnym, średnim czasie hospitalizacji 7 dni.

Z wieloletniej statystyki wynikało, że najwięcej jest hospitalizacji internistycznych, bo aż 43%. Na drugim miejscu znalazły się hospitalizacje chirurgiczne, których było 36%, potem kolejno: ginekologiczno-położnicze – 12%, pediatryczne – 7% i na końcu „OIOM-owe”, czyli w aktualnej nowomowie „OIT-owe” – 2%.

Następnie odrzuciłem 25% hospitalizacji uznając ze smutkiem, że jedna czwarta pacjentów wymagać będzie leczenia na poziomie wyższym, tj. wojewódzkim i klinicznym.

Pozostało 9 tys. hospitalizacji do „zagospodarowania” na lubartowskim, powiatowym szczeblu szpitalnym, które podzieliłem wg podanych wyżej procentowych proporcji internistyczno-chirurgiczno-pozostałych, następnie pomnożyłem przez średni, siedmiodniowy czas pobytu i jeszcze raz podzieliłem przez 80% dni w roku.

Pisałem już w „GL”, że łóżko też „człowiek” i musi co jakiś czas odpocząć od pacjenta w ramach walki z zakażeniami szpitalnymi. Z zastosowanych działań matematycznych wyszło, że szpital powiatowy bez ambicji wojewódzko-klinicznych funkcjonujący w populacji stutysięcznej powinien dysponować 211 łózkami. No ale powiat powiatowi nierówny i dla każdego trzeba obliczenia przeprowadzić oddzielnie.

W Polsce, dla przykładu, mamy aż 54 powiaty, w których zamieszkuje poni-

żej 50 tys. mieszkańców i aż 115 powiatów z liczbą mieszkańców pomiędzy 50 i 75 tys. W tej pierwszej grupie należy oczekiwać potrzeb szpitalnych na poziomie ok. 6 tys. hospitalizacji rocznie, a w tej drugiej ok. 9750. Przetwarzając te liczby wg podanego wyżej wzoru okaże się, że dla populacji 50-tysięcznej konieczne jest zapewnienie 133 łóżek, w tym ok. 105 na szczeblu powiatu, a dla populacji 75-tysięcznej 216 łóżek, w tym ok. 160 na szczeblu powiatowym.

Powstaje pytanie, czy taki mały szpital jest jeszcze szpitalem pełną gębą? Na szczęście tę suchą statystykę łózkową uzupełniamy o różnorakie lokalne odstępstwa od reguły.

Niemal w każdym szpitalu, także powiatowym są oddziały o dużym wzięciu i renomie kładące na łopatki krewnych z wyższego poziomu. Takie rodziniki należy, szczególnie w małym szpitalu, pielęgnować, dmuchać na niego i chuchać, niech się rozwijają, niech przysparzają sławy i prestiżu firmie.

Takim rodzinikiem nie musi być wcale cały, kompletny oddział szpitalny z ordynatorem i oddziałową. Takim rodzinikiem lub rodziną może być jeden jedyny, głodny sukcesów specjalista, który niekoniecznie jako ordynator, ale po prostu jako wzięty profesjonalista w rzadkiej dziedzinie będzie w stanie na kilku łózkach najmniejszej sali, najmniejszego szpitala, w najmniejszym powiecie zaoferować usługi z wyższego, klinicznego poziomu przysparzając firmie dodatkowych dutek z NFZ.

Niestety, to ten typ rodziników często przekształca się w figę. Już za miesiąc o innym sposobie naprawy szpitala, czyli o dywersyfikacji.

Lekarze do pióra

Do publicznej wiadomości

Włączając się do dyskusji o kształcie przyszłej, kolejnej reformy systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju proponuję rozpocząć reformowanie od podania do publicznej wiadomości dokładnej rocznej kwoty wpływów ze składek na ochronę zdrowia i określenia prognozowanej kwoty na rok następny.

Tę roczną kwotę publicznie rozliczyć podając kwoty wydatków (i jakie wydatki te stanowią odsetki całości) na ZUS, NFZ, Ministerstwo Zdrowia, podatków i opłat, które wracają do budżetu gmin i państwa oraz w podobny sposób określić wysokość wydatków na leki i place personelu medycznego.

Nie proponuję do tych wydatków doliczyć utrzymania tzw. infrastruktury, tj. remontów czy budowy nowych obiektów, bo budynki jak i ziemia, na której one stoją stanowią własność skarbu państwa lub własność komunalną i ci właściciele są zobowiązani do tego typu remontów.

Znając kwoty wydatków można publicznie podyskutować nad wygospodarowaniem ewentualnych oszczędności oraz nad kosztami świadczeń medycznych. Świadczenia te muszą być serwowane na zasadach rynkowych, a na świadczeniobiorców-pacjentów winny być nałożone ograniczenia albo współpłacenia, albo bony-kartki (odrzucony RUM?) Sytuacja, w której pacjent z gripą zasięga porady kilku lekarzy, w kilku placówkach bez opłat, musi być zlikwidowana. Dziwią mnie zakłęcia dyskutantów z tytułami naukowymi w rodzaju: „...jak zapewnić przy takich samych pieniądzech lepszą jakość leczenia...” dając 1 EURO na głowę na miesiąc. To jest tak samo wykonalne jak ukreślenie bicia z piasku i wbicie trzech bretnali w ziarno maku. (...)

Zabrałem głos w tej sprawie, bo wydaje mi się, że do tych

eksperyckich opinii potrzebny jest zdroworozsądkowy głos lekarzy praktyków, którzy będą pracować w nowym systemie, a tym samym decydować o jego wydolności.

dr n. med.

Władysław Steckiewicz
Płock

Jeszcze o wspomnieniach

Od dłuższego czasu obserwuję ponawiające się apele lekarzy o nadsyłanie wspomnień. Inicjatywa doskonała, a drukowane wspomnienia wspaniałe i wzruszające. Nie wiem jednak czy „Gazecie” wiadomo, że nasz rocznik Wydziału Lekarskiego, tj. 1950-1955 r. już w 1995 r. (a więc przed dziewięcioma laty) wydał metodą chałupniczą odbitą na ksero broszurę pt. „Akademia Medyczna – 40 lat później”, w której zawarliśmy różne wspomnienia, aktualne adresy oraz miejsca pracy. Broszurka ta posłużyła w roku 2000 za kanwę do wydania książkowego. Stało się to staniem Ewalda Michalskiego.

Na marginesie pragnę poinformować, że od 1995 r. nasz wydział spotyka się zawsze przynajmniej raz w roku na spotkaniach wigilijno-noworocznych w Kole Medyka (obecnie Klub) przy ul. Oczki. Dziesiąte takie spotkanie odbyło się 24 stycznia 2004 r.

Przy okazji chcę również sprostować informację podaną przez ś.p. dr. Tadeusza Koconę w 10 wydaniu „Pulsu” z października 2003 r. Moje nazwisko brzmi Leśniewska, a nie Leszczyńska, a w skład Komitetu Organizacyjnego, poza Włodzimierzem Stiebllichem i Eugeniuszem Sołowskiem (który aktualnie pełni funkcję tylko reprezentacyjną), wchodzi lub wchodziło wiele innych osób głęboko zaangażowanych zarówno w organizację spotkań, jak i zjazdów, które odbywają się co 5 lat. (...)

Aniela

Leśniewska-Zmysłowska
Warszawa, 11.01.2004 r.

„Wąska grupa wysokiej klasy specjalistów”

Po opublikowanym w styczniowym numerze „GL” wywiadzie z prezydentem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego prof. Markiem Ziętkiem („Wąska grupa wysokiej klasy specjalistów”, „GL” nr 1/2004) otrzymaliśmy list otwarty kierowników katedr i zakładów naukowo-dydaktycznych Instytutu Stomatologii UJ oraz ordynatorów Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej w Krakowie i odpowiedź prof. Marka Ziętka, które drukujemy poniżej.

Szanujmy się wzajemnie a nie obrażamy

**List otwarty w związku z wywiadem
prezydenta PTS prof. Marka Ziętka
opublikowanym w „Gazecie Lekarskiej”**

Szanowny Panie Profesorze,

W związku z Pańską wypowiedzią, zamieszczoną w wywiadzie dla „Gazety Lekarskiej” nr 1/2004, z wielką przykrością przekazujemy dezaprobatę naszych współpracowników, którą w pełni podzielamy. Nie kwestionując Pańskiego prawa do przedstawiania opinii osobistych, np. na forum organizacyjnych gremiów PTS lub innych – zwracamy jednak uwagę, że subiektywne wypowiedzi prasowe firmowane funkcją lidera polskich stomatologów, z ich adresowaniem do całej społeczności lekarskiej w naszym kraju (bo taki jest zasięg tej gazety), są nadużyciem, a zwłaszcza nie przyczynią się pozytywnie do załatwienia jakichkolwiek z licznych problemów naszej specjalności.

Nie można zrozumieć intencji jakimi kierował się Pan Profesor publikując tak jednoznacznie negatywną i krzywdzącą całe środowisko akademickie w Polsce opinię, którą redakcja „Gazety Lekarskiej” wyeksponowała jako kwintesencję w nadtytule Pańskiego wywiadu (cytat „Bardzo często uczelnie bywają miejscem pracy ludzi, którzy...”).

Jako wysokiej rangi pracownik uczelni wie Pan najlepiej (chyba, że Pańska lokalna rzeczywistość jest inna), jak ogromne są wymagania w stosunku do naszych pracowników tak dydaktyczne i naukowe, jak też zawodowe w sensie praktyki lekarskiej (!) oraz że obowiązujące przepisy – co do okresu zatrudnienia na określonym stanowisku – skutecznie rozwiązują postawiony przez Pana problem tzw. wiecznych asystentów czy adiunktów, a byli pracownicy uczelni, jako najczęściej wysokiej klasy specjaliści i doświadczeni lekarze, zasilają kadrę specjalistycznych ośrodków leczenia otwartego. Natomiast jako prezydent Polskiego Towar-

zystwa Stomatologicznego (także z naszego wyboru) musi Pan mieć świadomość, że bez stałego i bezinteresownego zaangażowania pracowników naukowo-dydaktycznych uczelni na rzecz PTS organizacja ta straciłaby na znaczeniu jako towarzystwo naukowe.

Nie chcielibyśmy jednak rozwijać dyskusji nad tak absurdalną tezą zawartą w tej części Pańskiej wypowiedzi – w dodatku na forum „Gazety”. Jak trudna jest sytuacja całej służby zdrowia w Polsce dobrze wiemy i jako kadra profesorska okażmy raczej uznanie naszym koleżankom i kolegom, że na tak marnych warunkach wciąż chcą pracować w uczelni – z wyrzeczeniem i fascynacją kształcić studentów i specjalizować absolwentów, równocześnie praktykując w uczelnianych klinikach (bo taka jest reguła) leczyć pacjentów w najtrudniejszych przypadkach, w tym kierowanych z praktyk pozauczelnianych.

Panie Profesorze,

Podzielając niektóre inne wątki zawarte w tym wywiadzie trudno jest uwierzyć, że w odniesieniu do pracowników uczelni jest to zapis wypowiedzi zgodny z Pańskim rzeczywistym przekonaniem. Zwracamy się zatem z uprzejmym apelem do Pana Profesora i wszystkich środowisk stomatologicznych w naszym kraju: w tej trudnej sytuacji (także związanej z tzw. dostosowaniem unijnym) pracujemy na dobre imię polskiej stomatologii i szanujemy się wzajemnie, a nie obrażamy.

*Kierownicy jednostek
Instytutu Stomatologii
Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego
w Krakowie*

Zażenowaniem i co najmniej mieszanymi uczuciami przeczytałem list otwarty Kierowników Jednostek Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej w Krakowie.

Sądzę, że autorzy przeczytali tylko część zdania (niezbyt szczęśliwie umieszczonego) znajdującego się nad tytułem, a nie cały artykuł. Nigdy nie było moją intencją obrażanie kogokolwiek. Podtrzymuję jed-

nak swoją wypowiedź, że uczelnie bywają miejscem zatrudnienia ludzi, którzy nie spełnili się ani w pracy naukowej, ani w pracy dydaktycznej, ani w praktyce lekarskiej. Nie mówię więc tu o lekarzach rzetelnie pracujących chociażby w jednej z wymienionych dziedzin. Takich jest ogromna większość i nie o nich były te słowa. Jeżeli ktoś ma jednak wątpliwości, to niech rozstrzygnie problem w swoim sumieniu. Dla tych moja wypowiedź może być tylko elementem motywacji.

Autorzy listu dokładnie wiedzą, że jeżeli w Krakowie lub innym mieście akademickim są przynajmniej dwie osoby, o których mówię, to jest ich zbyt dużo. Dziś wiem też, że moje stanowisko nie było subiektywne. Nie bez przyczyny otrzymałem po tym artykule wiele listów (w tym z Krakowa) z poparciem i podziękowaniem za ujawnienie problemu.

Droży Państwo, tak niestety bywa, i to nie tylko w mojej lokalnej rzeczywistości. Autorzy listu wiedzą również bardzo dobrze, że w Krakowie, jak i w całej Polsce, nie ma kolejek do kolokwium habilitacyjnych. Być może jest to wina naszych adiunktów, a być może prawda leży gdzie indziej. Na to ostatnie pytanie niech sobie odpowiedzą sami autorzy listu.

Leży mi na sercu rozwój całej polskiej stomatologii. Dlatego odważyłem się w ogóle na udzielenie wywiadu. Tylko w ubiegłym roku wziąłem udział w ok. 30 ogólnopolskich i regionalnych spotkaniach stomatologicznych, podczas których poruszane były różne problemy naszego zawodu. Dało mi to obraz jego jasnych i ciemniejszych stron. Czytuję również prasę i interesują mnie kontrowersyjne artykuły. Jeżeli mój wywiad okazał się kontrowersyjny i wywołał dyskusję, to bardzo dobrze. Mam jednak pytanie, dlaczego autorzy listu, zamiast dyskutować z moimi poglądami, atakują moją osobę? Nie jest to, niestety, przykład dobrych obyczajów akademickich.

Tytuł listu nie jest najszcześliwszy, a treść, przynajmniej dla mnie, szalenie populistyczna. Osobiście szanuję wszystkich, z którymi mam do czynienia. Również tych mających inne zdanie niż ja. Dlatego też kierowane do mnie słowa: „nadużycie...”, Pańska lokalna rzeczywistość..., musi Pan mieć świadomość..., absurdalna teza itp.” przyjmuję z pokorą i się nie obrażam.

prof. Marek Ziętek

To samo czyli nic

Gratuluje profesorowi Grego-
siewiczowi odważnego i cel-
nego artykułu o lekach homeopa-
tycznych (Andrzej Gregosiewicz
„Artykuł 21 czy paragraf 22?”
„GL” 2/04). Mam takie samo zda-
nie na temat tych „leków”, któ-
rych jedyną zaletą jest wykorzy-
stywanie „efektu placebo”, nato-
miast zwykle robią szkody, głów-
nie w mózgach i kieszeniach na-
iwnych ofiar. Jednak bazowanie
na tego typu działalności jak ho-
meopatia, a zwłaszcza czerpanie
z tego korzyści materialnych przez
osoby z dyplomem lekarza uwa-
żam za niegodne (pomijam celo-
we wykorzystywanie „efektu pla-
cebo” w niektórych sytuacjach,
gdy jest to najlepsza droga pro-
wadząca do zdrowia pacjenta).
Pytanie: Co w takim razie teraz
uczyni samorząd lekarski, żeby tę
sytuację rozwiązać?

Być może to samo, co robi wo-
bec olbrzymiej liczby różnych
hochsztaplerów, którzy „leczą”
różnymi sposobami poczwąwszy
od nakładania rąk, na wrózeniu
z fusów od kawy lub z płamek
na tęczęwce skończywszy. Ludzi,
którzy nie mają dyplomu lekarza,
więc nie mają do tego prawa! Lu-
dzi, którzy ogłaszają się w gaze-
tach, w sposób zabroniony dla
lekarzy i którzy zbijają fortuny
kpiąc sobie w żywe oczy z wszyst-
kich. Którzy na wielkich plakatach
rozlepianych w publicznych miej-
scach twierdzą, że leczą wszystko!
To samo, czyli nic!

Pytam: co zrobiła izba lekar-
ska, żeby ten artykuł w prawie pol-
skim był przestrzegany?

Radosław Truś
Gliwice

Walczyć z bzdurą

Znieklamą radością dowie-
działem się, że został Pan
(prof. Andrzej Gregosiewicz
– przyp. red.) anty-laureatem
„Nieznanego Świata” odznaczony
dyplomem „Bubla Roku”. Sam
jestem również podobnie wyróż-
niony za swoją książeczkę „Co
warto wiedzieć o radiestezji” w
1998 r. Opisałem tam wyniki na-

szych badań nad radiestezją, któ-
re przeprowadziliśmy z prof. Hen-
rykiem Szydłowskim. Od tego cza-
su nie cieszymy się ani sympatią
„Nieznanego Świata”, ani radie-
stetów. Chętnie posłałbym Panu
egzemplarz tej książki, ale po
9 miesiącach od daty wydania
(kwiecień 1997) nakład całkowi-
cie się wyczerpał. Jeden z ostat-
nich egzemplarzy został ofiarowa-
ny za pośrednictwem mego przy-
jaciela Ojcu Św. i nawet mam fo-
tografię, jak błogosławi on całą
stertę książek i akurat moja jest na
wierzchu – nie wiem, co powie na
to ks. abp. B. Pylak.

Udało nam się ściągnąć z in-
ternetu dwa Pańskie artykuły z
„Gazety Lekarskiej” i reperku-
sje. Dowiedzieliśmy się o ich ist-
nieniu i o Pańskiej działalności
dzięki „Nieznanemu Światu”
– chwała mu za to i chwała re-
daktorowi Rymusze.

Jeszcze raz serdecznie gra-
tuluje wyróżnienia i bardzo się
cieszę, że jest ktoś, kto walczy z
tą bzdurą.

Przemysław Kiszowski
doktor fizyki, obecnie całkowicie
niewidomy, na emeryturze

Podziękowanie

Serdecznie dziękuję za tekst
Kodeksu Etyki Lekarskiej
po nowelizacji z września 2003
r. dokonanej przez VII NKZL w
Toruniu.

Poprzedni kodeks został wzboga-
cony o zapisy dotyczące postę-
pu we współczesnej medycynie.
Zdobycze medycyny ostatnich lat
stwarzają nowe, ogromne możli-
wości i szanse ratowania życia
oraz zdrowia. Jestem przekonana,
że zostaną one wykorzystane
dla dobra chorych, a zasady za-
wane w kodeksie będą wytyczny-
mi każdego lekarza.

Na ręce Pana Prezesa pra-
gnę złożyć serdeczne gratulacje
z okazji opracowania tak nowo-
czesnych norm postępowania wo-
bec pacjentów. Wszystkim zaś le-
karzom życzę, aby działając zgod-
nie z Kodeksem Etyki Lekarskiej z
pełną satysfakcją realizowali swo-
je powołanie zawodowe.

Krystyna Łybacka
minister

edukacji narodowej i sportu
Warszawa, dnia 27 I 2004 r.



Poczujmy się Europejczykami

Grażyna Ciechomska

Zbliża się dzień wstąpienia Polski do UE. Rosną emocje Polaków i Europejczyków. Obecni i nowi członkowie zastanawiają się nad wspólną przyszłością. Czy poradzimy sobie ze wszystkimi przeciwnościami?

Piętnastka buduje Wspólnotę w oparciu o 4 podstawowe zasady: swobodny przepływ osób, kapitału, towaru i usług. Osiągnięcia UE są niemałe. Stała się potęgą w handlu i gospodarce. W jej skarbcach lokuje się 34 proc. światowych rezerw walutowych. Na nią przypada 23 proc. światowej produkcji przemysłowej i 20 proc. światowego eksportu.

Obywatele polscy chcą dołączyć do tak silnego organizmu gospodarczego. Chcą rozwijać własne państwo i chcą korzystać z osiągniętego już dorobku UE. Duże szanse wiążemy ze swobodnym przepływem osób. W znacznie większym stopniu niż Węgrzy czy Czesi myślimy o pracy w krajach „15”.

Chęć zatrudnienia poza granicami kraju wyraża 37 proc. naszych obywateli wobec np. 25 proc. Węgrów. Polacy najczęściej deklarują podjęcie pracy w Niemczech – 48 proc. W mniejszym stopniu we Francji i Wlk. Brytanii – po 9 proc.

Spore oczekiwania panują wśród lekarzy. Wspólnota łaskawie traktuje tę grupę zawodową i stwarza jej dogodne warunki podjęcia praktyki. Kilkakrotnie pisałam o zasadach uznawania kwalifikacji lekarskich w Unii. Styczniowy artykuł „Dyplomy lepsze i gorsze” w „GL” omawiający te reguły wzbudził duże emocje. Wielu lekarzy zwróciło się do mnie ze swoimi wątpliwościami. Dlatego do tematu powracam.

W poprzednim ustroju politycznym nasz system edukacji był zbliżony do systemów w ówczesnych państwach socjalistycznych. Dyplomy szkół wyższych, w tym lekarskie, pochodzące z ośrodków akademickich tych państw były w Polsce honorowane. **Uznawa-**

ła konwencja praska o wzajemnym uznawaniu równoważności dokumentów ukończenia szkół średnich, szkół średnich zawodowych i szkół wyższych, a także dokumentów o nadawaniu stopni i tytułów naukowych z 7 czerwca 1972 r.

Po zmianie ustroju Polska konwencji nie wypowiedziała. Dlatego w dalszym ciągu stosowano jej przepisy. Sytuacja ulegnie zmianie 1 maja 2004 r. Wówczas nasz kraj stanie się częścią UE. Zaczną obowiązywać unijne przepisy normujące uznawanie dyplomów lekarskich w państwach członkowskich.

W ostatnich latach polski system edukacyjny w znaczny sposób został zmodyfikowany. Kształcenie lekarzy w dużym stopniu zostało dostosowane nie tylko do standardów UE, ale także światowych. Natomiast większość państw, które były stronami konwencji praskiej, nie dostosowała swojego systemu kształcenia do standardów unijnych.

Od 1 maja 2004 r. korzystnie zmieni się sytuacja lekarza polskiego w państwach Wspólnoty Europejskiej. Uznawanie polskich dyplomów lekarskich nie będzie wyglądało tak jak opisuje swoje francuskie doświadczenia Jacek Caban:

„Nie wystarczyło zdać egzamin nostryfikacyjny, ale należało otrzymać autoryzację ministerstwa oraz zapis w izbie lekarskiej. W przypadku powołania na egzaminie czekało się na tę autoryzację średnio kilka lat w zależności od *numerus clausus* na dany rok. Po czym rozpoczynało się pracę jako pełnoprawny lekarz. W okresie oczekiwania na to upoważnienie kandydat mógł wykonywać zawód lekarza w szpitalu, najczęściej na zasadzie młodszego lekarza (FFI), bez możliwości i uprawnień, jakie przysługiwały autochtonom. Ale

nie mógł prowadzić prywatnej praktyki medycznej”.

Teraz będzie obowiązywała dyrektywa 93/16 z 4 kwietnia 1993 r., która służy realizacji zasady swobodnego wykonywania zawodu lekarza. Jej przepisy nie wprowadzają nowej kategorii lekarzy europejskich. Ale określają, jakie jest minimum wiedzy koniecznej do uzyskania dyplomu lekarza medycyny.

Przepisy nie zakładają równoważności odbytego kształcenia potwierdzonego dyplomem. Nakazują natomiast uznanie za równoważne kwalifikacji objętych danym tytułem zawodowym czy naukowym.

Dyrektywa 93/16 zobowiązuje do kształcenia lekarzy przez co najmniej 6 lat. Studiujący medycynę jest zobowiązany do odbycia 5500 godzin zajęć teoretycznych i praktycznych. Zgodnie z art. 23 nabyta wiedza powinna obejmować m.in. nauki, na których bazuje medycyna, rozumienie metod badawczych i analizę danych. A także rozumienie struktury, funkcji, zachowań osób, wpływu otoczenia, współzależności między człowiekiem i środowiskiem oraz wiedzę z zakresu dyscyplin klinicznych. W programach kształcenia wymagane jest również odbycie praktyki lekarskiej w szpitalu pod odpowiednim nadzorem.

Przepisy porządkują też nabycie umiejętności lekarskich w zakresie specjalizacji. Odnosząc się do tego zagadnienia dyrektywa w art. 26 szczegółowo określa okresy kształcenia, a w art. 31 generalny zakres szkolenia. Zdobywanie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji lekarskich nie zostało ograniczone tylko do trybu studiów dziennych. Może następować w systemie studiów zaocznych. Ale czas studiowania nie może być skrócony.

W art. 3 dyrektywy są kolejno wymienione dyplomy, świadectwa i dokumenty potwierdzające uzyskanie kwalifikacje lekarskie. Zapisy podają pełną nazwę dokumentów w poszczególnych językach krajów członkowskich.

Wszystkie wymienione w art. 3 dyrektywy 93/16 dyplomy lekarskie są automatycznie uznawane w każdym z państw UE. Od 1 maja 2004 r. w 25 krajach Wspólnoty Europejskiej nie będzie nostryfikacji, autoryzacji i innych żmudnych procesów dla jej obywateli, którzy legitymują się dyplomami uzyskanymi na jej obszarze.

Takie same automatyczne procedury będą obowiązywały w Islandii, Norwegii i Liechtensteinie. Państwa te nie są członkami UE, ale należą do europejskiego obszaru gospodarczego. Wspólnota podpisała z nimi umowy o swobodnym przepływie osób. Ze Szwajcarią, która nie weszła do europejskiego obszaru gospodarczego, została zawarta podobna umowa. I dlatego tam dyplomy też będą uznawane na zasadzie automatu.

W czasie obowiązywania konwencji praskiej wielu Polaków zdobywało dyplomy w uczelniach medycznych byłych państw socjalistycznych. Dyplomy lekarskie, które nie są wymienione w dyrektywie nie będą automatycznie uznane w państwach UE.

Zatem dyplom lekarski z Kijowa, Moskwy, Grodna czy Sofii nie będzie automatycznie uznany w UE. Wyjaśnienie to (w poprzednim moim artykule) wzburzyło wielu lekarzy. Poczuli się gorsi i oszukani.

„Byłem gorącym orędownikiem wstąpienia Polski do UE. Przekonałem do moich racji wielu kolegów lekarzy i ich rodziny. Głosowali w referendum za Unią. Teraz tego żałuję. Nabrano nas na piękne hasła. Ukończyłem medycynę w b. Związku Radzieckim. Teraz okazuje się, że jestem gorszym lekarzem. Gdybym był świadomy takich zasad i rozwiązań wziąłbym urlop miesiąc przed referendum i agitowałbym za głosowaniem na nie” – oburza się jeden z czytelników „GL”.

Niesłusznie. Jego sytuacja tu, w Polsce, nie zmienia się. Jego kwalifikacje zostały tu uznane na podstawie obowiązującego prawa i to uznanie nie zostanie cofnięte.

Od 1 maja 2004 r. zmienia się sytuacja polityczna i prawna Polski. Wchodzimy do europejskiego obszaru prawnego. Normy dotyczące uznawania dyplomów zdobytych poza Wspólnotą będą inne niż dokumentów

pochodzących z niej. Czytelnik nie ma racji czując się obywatelem gorszej kategorii. Nie do końca rozumie ideę jednoczącej się Europy.

Nie ma znaczenia to, że ukończył studia medyczne, np. w Kijowie. Nie jest gorszym lekarzem. Podobnie traktowani są lekarze, którzy ukończyli medycynę w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie czy Australii. Oni też nie będą mieli uznawanych dyplomów w UE automatycznie.

„Dyrektywa 93/16 porusza kwestię praw obywateli, którzy nabyli uprawnienia do wykonywania zawodu w państwie trzecim czyli poza UE – mówi Jacek Goliński, specjalista z Departamentu Prawa Europejskiego Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej. – Kraj członkowski może uznać kwalifikacje lekarza zdobyte poza Unią. Ale to nie zobowiązuje pozostałych państw do podobnego zachowania”.

Prawnik podaje następujący przykład: „Francja ma dobre stosunki z Algierią. Jeśli uzna kwalifikacje lekarskie zdobyte w tym kraju, nie oznacza to, że np. Niemcy muszą uczynić tak samo. Niemcy mają prawo do regulowania tych kwestii zgodnie ze swoim prawodawstwem krajowym”.

Wypowiedź tę potwierdza art. 23, ust. 5 dyrektywy, który w sposób precyzyjny reguluje tę kwestię. Pozostawia ją prawu wewnętrznemu każdego z państw członkowskich. **Fakt uznania dyplomu lekarskiego, uzyskanego poza Unią, przez jedno z państw członkowskich nie powoduje konieczności uznania go przez państwa pozostałe.** Nawet wówczas, gdy beneficjent został dopuszczony do wykonywania zawodu w jednym z państw członkowskich.

Polska dostosowuje swoje prawo do wymogów unijnych. **Aby nie było wątpliwości i wysuwania uzasadnionych czy nieuzasadnionych roszczeń, 28 sierpnia 2003 r. uchwalono ustawę o wypowiedzeniu konwencji praskiej.** Jej ogłoszenie w Dzienniku Ustaw nastąpiło 28 października 2003 r.

Unia ułatwia swobodny przepływ osób. Ale rzetelnie przestrzega reguły w niej obowiązujące. Stwarza równe szanse edukacyjne i zawodowe wszystkim, ale dąży do wychowania Europejczyka – obywatela świata – dobrze wykształconego i przygotowanego do konkurencji z mieszkańcami najbardziej rozwiniętych państw świata.

Poczujmy się Europejczykami. Bądźmy czynnikiem twórczym i inspirującym, a nie anarchizującym i degradującym Europę.

REKLAMA

REKLAMA

Czy grozi nam masowy exodus młodej inteligencji? Medycyna w Polsce to bardzo kosztowne hobby, a solidarność jest tu teraz tylko na flagach – twierdzą emigrujący z Polski lekarze.

O krok bliżej do raju

Na obszarze o połowę większym od Polski mieszka 9 mln ludzi. Powojenny napływ robotników, głównie z Europy południowej i Finlandii, przyczynił się do budowy szwedzkiego państwa dobrobytu.

„Przybywajcie i będziecie tu mile przyjmowani, jeśli tylko potraficie uczynić nas jeszcze bogatszymi” – to motto dzisiejszej polityki imigracyjnej naszych nadbałtyckich sąsiadów.

Wizerunek, który uwodzi

Mimo pojawiających się opinii o upadku szwedzkiego państwa opiekuńczego, gnębiącego obywateli najwyższymi w Europie podatkami, pacjent ma się całkiem nieźle i pogłoski o jego śmierci, jak u Marka Twaina, wydają się mocno przesadzone.

Szwecję nadal uważa się za kraj modelowy, w którym jakość życia, według ostatnich ocen ONZ, należy do najwyższych na świecie. Jakość życia politycznego też nie ma sobie równych. Pełna jawność życia publiczne-

go umożliwia obywatelom dostęp do wszystkich niemal dokumentów urzędowych.

Demokrację sprowadzono najniżej, jak się tylko dało. Gmina jest państwem w państwie, w którym rządzi nie urzędnicy, lecz wybieralni politycy. Jeśli przestrzegają prawa, to nikt z góry im nie podskoczy. W dodatku to oni ustalają wysokość podatków płaconych przez obywateli od dochodów i sami decydują o ich wydatkowaniu. W budżetach wojewódzkich 89% przeznaczają na ochronę zdrowia.

Każdy pacjent ma prawo do całkowicie bezpłatnej opieki, gdy wyda na wizyty lekarskie i pielęgnacyjne w przeliczeniu 500 zł rocznie (rok liczy się od dnia pierwszej opłaty). Wcześniej za wizytę u lekarza pierwszego kontaktu trzeba zapłacić 70 zł, a u pielęgniarki 35 zł, ale już u specjalisty i za poradę w szpitalnej izbie przyjąć – 130 zł. Płaci się również za mammografię, profilaktykę ginekologiczną i konsultację telefoniczną, jeśli lekarz wypisze receptę – 30 zł.

Przybysza z obcego kraju, schodzącego z promu, Szwecja wita obrazkiem jakby przed chwilą skończyło się tu generalne sprzątnięcie. Wszystko jest poukładane, nikt nie biega zziębnięty.

Nie brakuje polskich lekarzy z nowego zaciągu, z ostatnich lat. Stabilizacja i poczucie bezpieczeństwa socjalnego przyciąga. – Bez bezsensownej szamotaniny i biegania z dyżuru na dyżur, do prywatnych gabinetów i państwowych szpitali – mówi internista z Wielkopolski, który od niedawna pracuje w południowej Szwecji.

Przez pierwsze pół roku pracuje się pod opieką starszego stażem kolegi, tzw. mentora. Potem Główny Zarząd Zdrowia i Opieki Społecznej wydaje opinię o przebiegu pracy lekarza-praktykanta, która upoważnia do otrzymania szwedz-

kiej legitymacji lekarskiej. Opinię wydaje się na podstawie kompetencji lekarza, jego zdolności do współpracy z personelem, sposobu pracy. Po 1 maja br. polski lekarz otrzyma legitymację automatycznie.

Droga do Szwecji prowadzić może przez podwarszawski Konstancin, gdzie każdy lekarz zainteresowany wyjazdem musi przejść kurs i zdać egzamin z języka szwedzkiego z terminologią medyczną organizowany przez firmę Medena Rek Polska.

Grupa lekarzy Medeny systematycznie od 2000 r. rozrasta się i liczy już ponad 200 osób. – Nikt nikogo do Szwecji nie ciągnie na siłę – zauważa Kristina Podolak-Andersson, polityk komunalny w Kalmarze, z pochodzenia Polka. – Lekarze przed podpisaniem umowy przyjeżdżają do nas na parę dni, oglądają miejsca pracy, mieszkania, przedszkola i szkoły dla swoich dzieci, rozmawiają z przyszłymi szefami i z ludźmi, którzy przeszli tę samą drogę. Te rozmowy decydują czy dostaną pracę i czy są przekonani, że jej naprawdę chcą.

Od 4 listopada ub.r. w Konstancinie przygotowuje się kolejna grupa lekarzy. Mają darmowy udział w intensywnym kursie językowym, darmowe utrzymanie i wyżywienie w okresie kursu i nieźle jak na polskie warunki kieszonkowe, którego po zdaniu na początku maja egzaminie nie trzeba zwracać. Czasem ludzie dzwonią i pytają ile to kosztuje. Nie chcą uwierzyć, że za darmo – opowiada szefowa Medeny Katarzyna Raczewska.

Wpadam na kilka godzin do ośrodka językowego w Konstancinie. Trwa właśnie przerwa obiadowa. Przed kolejnymi zajęciami w małych grupach ktoś jeszcze indywidualnie ćwiczy wymowę z pomocą komputera.

Zakwaterowanie to nowiutkie dwupokojowe mieszkanie z łazienką, ume-



Do pracy w szpitalu w Kalmarze przyjeżdża się rowerem

blowane, telewizor i telefon oczywiście też. Sprzątanie należy do obsługi. O podziemnym garażu i całodobowym dozorcze ochrony nie wspomnę. Nie ma się do czego przyczepić – pełen profesjonalizm! Dlaczego więc to wszystko za darmo? Bo **wykształcenie lekarza w Szwecji kosztuje sześć razy drożej niż przysposobienie polskiego lekarza do pracy** – wyjaśnia tajniki dobrego interesu bez cienia zażenowania Hakan Petersson, dyrektor ds. personalnych Urzędu Województwa w Kalmarze.

Polacy już teraz są największą grupą w szwedzkiej służbie zdrowia pochodzącą spoza Skandynawii. Opinie o ich pracy są bardzo pozytywne. Mówią lepiej po szwedzku niż Duńczycy – mówi Hakan Petersson. Mamy rozeznanie, że poziom nauczania w polskich uczelniach medycznych jest wysoki i w pełni odpowiada standardom europejskim. Z drugiej strony, wiemy też, że Polska dysponuje obecnie nadwyżkami kadr w tym zawodzie – dodaje.

Mikstura węgierskiego z chińskim

Z kursu na razie nikt nie odpadł, nie licząc pewnej Czeszki, która po tygodniu wyjechała z powodów rodzinnych. Aby przystąpić do konkursu selekcyjnego, trzeba znać angielski lub niemiecki. Potem jest dwudniowa próba na lekcję szwedzkiego, po której trzeba napisać pierwsze wypracowanie po szwedzku. Tempo i intensywność kursu – sześć miesięcy – potwierdza, że tu nie ma żartów. Kto nie poradzi sobie przez pół roku, zostaje na kursie poprawkowym tak długo, aż się nauczy – mówi dyrektor ośrodka w Konstancinie Katarzyna Raczynska.

Język przy pierwszym kontakcie porabiamy dla nas jak mieszanka węgierskiego i chińskiego, podobno łatwiejszy do nauczenia dla tych, którzy już znają niemiecki. Istna masakra – wspominają początki uczestnicy kursu.

W ośrodku językowym MEDENY spędzają czas od poniedziałku do piątku, na weekendy wracają do dzieci, którymi w ciągu tygodnia opiekują się mamy i babcie. Większość zwolniła się już z miejsc swojego zatrudnienia, niektórzy wzięli urlopy bezpłatne.

Kurs prowadzą zawodowi lektorzy szwedzcy. Dają wycisk, ale są bardzo życzliwi, nie pozwalają się nu-

dzić, nigdy nie stresują i nie serwują niepotrzebnych uwag ani docinków pod naszym adresem – mówi Andrzej Wiśniewski, który wybiera się do pracy na północnych terytoriach Szwecji. Co poniedziałek zajęcia zaczynają się od językowej rozgrzewki, aby przestać się znów na mówienie i myślenie po szwedzku.

Nikt tu nie usłyszy, że jest mało zdolny. Tu studenci oceniają wykładowców.

Od wtorku są już 4 bloki lekcyjne po półtorej godziny. Między sobą również czasem rozmawiają po szwedzku, oglądają szwedzką telewizję i tkwią w atmosferze tego języka do późnych godzin wieczornych.

Jesteśmy tutaj traktowani z szacunkiem, jakiego nie okazywano nam tam, gdzie dotychczas pracowaliśmy – mówi Anna Baran, psychiatra z Krakowa. – Mamy spokój i komfort, bo właściwie cały ten bałagan w polskiej służbie zdrowia już nas nie dotyczy. Przeżywamy go na swój sposób, ale nie tak jak nasi koledzy, którzy muszą się z nim zmagać – dodaje Maciej Wodecki.

Dlaczego nie chcą zostać?

Większość z węgierskim dziennikarzem rozmawia niechętnie, bo to ich sprawa, a nie spowiedź powszechna – jak mawiają. Zresztą prasa tylko dybie na lekarzy i tak nie przekazuje prawdy. Po co palić mosty, jak może nic z tego nie wyjdzie – odchodzą skrywając twarze przed obiektywem fotoreportera.

Medycyna w Polsce to bardzo kosztowne hobby, a solidarność jest tu teraz tylko na flagach – zaczynają analizować swoje decyzje ci, którzy zgodzili się porozmawiać.

Tu nie ma miejsca na niepewność i wahanie, my musimy sobie z tym poradzić – mówi Marzena Laskowska, lekarz rodzinny z Gdańska, 7 lat po studiach, matka trojga dzieci, zwolniona z pracy po urlopie macierzyńskim. Inni mają trochę mniej optymizmu, ale największym dopingiem jest jednak motywacja, że za parę miesięcy przyjdzie spotkać się z pierwszym chorym mówiącym po szwedzku i żyć pomiędzy tymi ludźmi. Taka okazja na stabilizację życiową może się już nie trafić – przekonuje Marzena.

– Pracowałem na pięciu etatach, by moja rodzina miała jaki-taki standard życiowy. Jak długo można tak cią-



Andrzej Wiśniewski i Dorota Wodecka jadą na północ

gnąć? Nie miałem czasu na prywatne życie i mam tego dosyć – mówi Maciej Wodecki, internista w szpitalu w woj. kujawsko-pomorskim. Wraz z żoną Dorotą, która jest pediatrą, nie wahali się wyjechać na północ Szwecji.

– Tam nie będę musiała obawiać się czy moja firma podpisze kontrakt. Nie zastanawiasz się czy możesz robić to, czego się nauczyłeś – mówi Anna Gaska-Dąbrowska, internistka z otwartą „dwójką” bez możliwości kontynuacji, 7 lat w zawodzie, początkowo na wsi jako lekarz rodzinny, potem w szpitalu, a ostatnio w niepublicznym ZOZ-ie. Mąż chce mieć gospodarstwo agroturystyczne. Wraz z 13 innymi lekarzami jadą do Kalmaru.

Anna Baran, psychiatra z krakowskiego Szpitala im. Ludwika Rydygiera, w tym roku kończy studia z zarządzania i zdobędzie uprawnienia MBA na Akademii Ekonomicznej w Krakowie, stażowała w Niemczech, Wielkiej Brytanii i Danii. Zdecydowała się posmakować szwedzkiej przygody, nie wie jeszcze czy zostanie dłużej.

Mają dosyć drogi przez mękę, pokonywania barier i barykad w uzyskiwaniu specjalizacji. Mówią wręcz: jeśli pracuje się poza kliniką i nie ma koligacji rodzinnych, to dalsza droga do specjalizacji jest w Polsce dla nich zamknięta. W Szwecji widzą niewspółmiernie większe szanse.

Nie mogą zaakceptować 1200 zł pensji dla specjalisty. Koszmarnej, trudnej, często nie do pokonania drogi do awansu zawodowego. Ordynatorów i dyrektorów szpitali, którzy nie pozwalają się specjalizować, wyjechać na kurs doszkalający. Zmiany zasad w trakcie gry. Braku szacunku, spychania w szarą strefę, aby nie rozstawali się czasem z poczuciem winy.

dokończenie na str. 28

O krok bliżej do raju

dokończenie ze str. 27

– W Szwecji mam lekarza prowadzącego, robię staże na koszt pracodawcy, nie błagam nikogo z kliniki, żeby mnie przyjął na staż teraz, a nie np. za dwa lata. To lekarz prowadzący decyduje, czy jestem już przygotowany i wystawia wnioski na uznanie mnie specjalistą. Moje dochody wzrastają wówczas o 100%, a nie jak w Polsce o 30 zł – przekazuje Maciek.

Czy lubią medycynę? Marzyli o niej od dzieciństwa, ale w tych warunkach nie da się żyć – mówią niemal chórem.

Fiskus pożywi się wszędzie

Lekarz w Szwecji ma ogromny prestiż społeczny i fantastycznie wyposażony warsztat pracy.

Pracuje się w małych zespołach, w których pielęgniarki różnych specjalności są prawą ręką lekarza. Ci, którzy nie umieją tego przyjąć do wiadomości, muszą szybko wracać do Polski. Nowoczesny system komputerowy pomaga w opanowaniu wszystkich procedur administracyjnych. Warunki pracy lekarzy uregulowane są specjalnymi umowami.

Lekarz pracuje 40 godz. tygodniowo, a oprócz tego pełni dyżury nocne oraz dyżury „pod telefonem”.

Pensja wynosi pomiędzy 12 a 25 tys. zł miesięcznie brutto (płaci się 48% podatku), w zależności od posiadanych kompetencji i odbytych praktyki.

Za dyżury nocne i dyżury „pod telefonem” lekarz zawsze dostaje dodatko-

we wynagrodzenie, tj. od 100% do 200% normalnej stawki godzinowej.

W Szwecji lekarz pracuje przeciętnie 100 dni w roku, mówią statystyki. Przez resztę roku ma urlop albo jeździ na szkolenia. Najchętniej na południe Europy, bo tam jest ciepło. I zawsze na koszt podatników.

Każdy jest objęty ponadto pełnym ubezpieczeniem, prawem do emerytury, a jego rodzina podlega powszechnemu systemowi ubezpieczeniowemu, socjalnemu i edukacyjnemu.

Bylibyśmy naiwni, gdybyśmy nie dostrzegali ryzyka bycia jedynym krajem pozwalającym ludziom z Europy Wschodniej korzystać bez reszty z naszych zabezpieczeń społecznych – stwierdził ostatnio szwedzki premier Göran Persson. Szwedom chodzi o tych, którzy dzisiaj pracują na 10%, a mają dostęp do tych samych przywilejów, co ci pracujący na 100%. Podatek płaci się w kraju, w którym się pracuje. Jeśli Duńczyk mieszka w Szwecji, co często zdarza się po zbudowaniu Öresundsbro, a pracuje w Danii, to w Danii płaci podatki, w Szwecji zaś korzysta ze wszystkich świadczeń socjalnych na koszt szwedzkiego podatnika. Dlaczego ma to nie dotyczyć Polaków? Jak równość, to równość!

Z wypowiedzi premiera Görana Perssona wynika jednak, iż rząd zamierza wprowadzić jakieś formy ograniczeń dla siły roboczej ze Wschodu zanim 1 maja Unia się poszerzy. Rząd szwedzki oddala się coraz bardziej od obietnic – od kilku lat – składanych krajom Wschodniej i Centralnej Europy, kiedy to właśnie socjaldemokratyczny rząd napierał na rozszerzenie Unii. Wówczas szwedzki premier w odróżnieniu od innych obiecywał obywatelom „nowych” państw Unii pracę w Szwecji. Ta obietnica nie jest już ważna – dowiadujemy się z komunikatu sztokholmskiej agencji Tidningarnas Telegrambyr?

Według lidera liberałów Larsa Leijonborga, rząd nie zrobił nic aby zmniejszyć obowiązujący w UE tzw. przepis dziesięciu godzin. To znaczy ten, który mówi, że wystarczy przepracować dziesięć godzin w tygodniu, by nabyć prawa do wykorzystywania systemu opieki socjalnej jakiegokolwiek unijnego kraju.

Na dwoje babka wróżyła

– Od samego początku byłem zaskoczona życzliwością i pomocą płynącą od Szwedów na każdym kroku – mówi lekarzka, która woli zachować anonimowość. – Tutaj urzędnicy są dla ludzi, a nie odwrotnie. Atmosfera w pracy cudowna. Jak zobaczyłam swój gabinet w poradni, to myślałam, że śnię. To, co zostało w Polsce, nie dorasta nawet do pięt warunkom, jakie mam w Szwecji. Nie chodzi tylko o pieniądze, ale głównie o atmosferę w pracy i wzajemny szacunek. Jeśli będę mogła, to chcę tu zostać na dłużej – wyznaje.

Dr Iwo Os z Tczewa pracuje od trzech lat w miejskiej przychodni w Västervik. Jest pierwszym polskim lekarzem, który w ostatnich latach zrobił europejską specjalizację z medycyny rodzinnej. Dr Staffan Skubbe, szef przychodni i odpowiedzialny za rozwój medycyny rodzinnej, nie może się nachwalić swojego podopiecznego. Żona Agnieszka (anglistka) początkowo siedziała w domu i opiekowała się małą Zosią, ale i dla niej znalazła się w końcu praca. Pomogli znajomi, których tam poznali. Agnieszka uczy teraz angielskiego dzieci w gimnazjum i jest licencjonowanym nauczycielem. Bez żadnego kłopotu doktorostwo otrzymali prawie milion koron kredytu bankowego na kupno rodzinnego domu.

– Szwecja to raczej kraj, a nie raj – studzi trochę ten optymizm lekarz z Lubelszczyzny, od półtora roku tam pracujący. Mówi, że i tutaj też nie brakuje malkontentów, nawet wśród tych polskich lekarzy początkowo owładniętych nadzieją na lepsze życie i traktowanie. On się wprawdzie nieźle zadowolił, ale wcale nie jest tak kolorowo.

Aktualnie problemy finansowe dotyczą także szwedzką służbę zdrowia. Zamyka się szpitale i zwalnia lekarzy w całej Szwecji. Oszczędności na lekach, badaniach, operacjach rodem z ukochanej ojczyzny, a nawet lepiej, opublikowano listę chorób, których się w Szwecji nie leczy. Niejeden dłużej pracujący szwedzki doktor nie zostawi suchej nitki mówiąc o obecnej sytuacji w ich lecznictwie – dodaje na zakończenie.

Czyżby kłopoty służby zdrowia przywędrowały z polskimi lekarzami



Iwo Os zrobił w Västervik specjalizację z medycyny rodzinnej i kupił dom

za morze? Coraz więcej lekarzy dostaje oferty pracy za kołem podbiegunowym.

Na chwilę czy na całe życie?

Internista z Wrocławia, który jedzie do Eskilstuna, 100 km na zachód od Sztokholmu wolałby pracować w bogatej Polsce niż w bogatej Szwecji. Boi się rozstania z krajem, ale boi się też, że nie tylko po trzech, ale nawet po dziesięciu latach pracy w Szwecji, Polska nie zachęci go do powrotu.

Lekarze, którzy wyjechali, jeszcze się cieszą. Refleksja przyjdzie później, nie zabraknie chwil zwątpienia, niektórych nie ominie psychiczne wypalenie. – Na pewno wyjazd nie był tylko spowodowany sytuacją ekonomiczną. Normalność to chyba najważniejszy powód – przyznaje jeszcze jeden lekarz, który zgodził się na rozmowę z „Gazetą Lekarską” – oraz chęć zapewnienia lepszej przyszłości dzieciom. Szef jak to szef, zawsze mógłby być gorszy lub lepszy. Ten szwedzki jest na pewno bardziej wyrozumiały i pozwala robić wszystko, co jest dozwolone. A dozwolone jest немало. Po pierwsze, doksztalcenie. Po

drugie, pewny jak w banku urlop w okresie wakacyjnym. Nie mówiąc już o chorobie. Nie tak jak w Polsce, kiedy czołgając się i słaniając z wycieńczenia należało się zgłosić na porannym raporcie.

Czy nie grozi nam masowy *exodus* młodej inteligencji, która nie widzi dla siebie szans rozwoju w ojczystym kraju? Czy w czasach pokojowych, w warunkach normalnych można wymagać od ludzi heroicznego wyrzekania się własnych życiowych aspiracji na rzecz dobra ogólnego? Czy można jednak odmawiać patriotyzmu młodym, którzy zwątpiwszy w swą przyszłość we własnym kraju decydują się szukać jej w bardziej pomyślnych warunkach na obczyźnie? Nie ma gotowej odpowiedzi na te pytania.

Nie wolno tracić nadziei, że dojdzie do poprawy warunków bytowych we własnym kraju. Wolno za to także oczekiwać, że przystąpienie do Unii Europejskiej i związany z tym napływ funduszy i inwestycji otworzy przed Polską największy rynek zbytu i stanie się potężnym bodźcem postępu i rozwoju.

Marek Stankiewicz
Zdjęcia autora

Konkurs na Pamiątniki lekarzy



UWAGA!

Autorów nadesłanych do redakcji pamiątek lekarzy uprzejmie informujemy, że:

- w regulaminowym terminie, tj. do 31 grudnia ub. r. otrzymaliśmy 139 prac,
- obecnie trwa ich wstępna ocena przed końcową kwalifikacją jury,
- ze względu na dużą ilość prac, werdyktu jury spodziewamy się w maju.

Prosimy o cierpliwość, dziękujemy za nadesłanie prac.

Redakcja

Sprostowanie

W „GL” nr 2/2004 na str. 29 wydrukowana została błędna informacja o autorze artykułu pt. „Artykuł 21 czy paragraf 22?”.

Pana Profesora **Andrzeja Gregosiewicza** z Akademii Medycznej w Lublinie – Autora wspomnianego tekstu oraz Pana Profesora **Tomasza Karskiego** – Kierownika Kliniki Ortopedii Dziecięcej Akademii Medycznej w Lublinie i Czytelników serdecznie przepraszamy. **Redakcja**

• **(Nie)komercyjne szpitale kliniczne.** Z ustawy o restrukturyzacji zakładów opieki medycznej należy wyłączyć szpitale kliniczne – apelują rektorzy uczelni medycznych. • **Tytułomania po polsku.** Zamiast działalnością przydatną gospodarce polscy naukowcy zajmują się zdobywaniem tytułów i zwiększaniem liczby publikacji – wynika z raportu „Informacja o stanie nauki w Polsce”. • **Męska dominacja w polskiej nauce.** W Polsce jest znacznie mniej kobiet-naukowców niż średnio w państwach UE. Przykładowo we władzach PAN kobiety stanowią 0,3 proc. • **Lekarze mają rację!** Ponad połowa Polaków popiera postępowanie lekarzy rodzinnych w konflikcie z NFZ – wynika z badania CBOS. • **Za długi szpitali zapłacą samorządy?** Samorządy terytorialne obawiają się rządowego pomysłu przekształcenia szpitali w spółki użyteczności publicznej. • **Nakręcanie spirali zadłużenia.** Ściągając wierzitelności ze szpitalnych kont bankowych komornicy paraliżują pracę walczących o przeżycie placówek. • **Nie chcemy płacić za usługi.** 86 proc. Polaków jest przeciwnych wprowadzeniu odpłatności za usługi medyczne w sytuacji wyczerpania limitów – wynika z najnowszego badania CBOS. • **O trudnej sztuce dzielenia (się).** „Domagamy się procentowego określenia udziału praktyki pielęgniarskiej w stawce kapitałowej lekarza POZ” – napisała w liście do ministra zdrowia prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. • **Lekarz z kasą.** Stowarzyszenie „Obywatelska Polska” proponuje reaktywację kas chorych oraz... kasy fiskalne dla lekarzy. • **Chomikowanie leków.** Co czwarty Polak robi z leków zapasy, a 2/3 kupuje leki wtedy, kiedy ich potrzebuje – wynika z badania OBOP. • **Apteki dla aptekarzy.** Właścicielami aptek powinni być aptekarze – uważają przedstawiciele Unii Farmaceutów – Właściciele Aptek. • **Chorzy, ale tylko do końca lutego.** Szpitale kliniczne białostockiej AM: dziecięcy oraz dla dorosłych, podpisały umowy z NFZ tylko na dwa miesiące. • **Przeskoczył przez płot?** Zachodniopomorski oddział NFZ ma nowego dyrektora. • Został nim były dyrektor szpitala w Koszalinie Marek Stachowicz. • **Co dalej z Polfami?** Według ministra zdrowia głównym zadaniem holdingu polskich Polf ma być... misja społeczna, a nie walka z konkurencją. Dyrektorem holdingu ma zaś zostać... urzędnik z resortu skarbu – pisze „Puls Biznesu”. • **Sprzęt ocalony.** Radni sejmiku województwa dolnośląskiego przyznali pieniądze na wykup sprzętu z wrocławskiego Szpitala im. Rydygiera.

Notatki rzecznika prasowego



Obrady NRL w obecności ministra zdrowia

23.01.br. w znacznej części obrad NRL uczestniczył minister zdrowia, który był szczególnie zainteresowany rozpatrzeniem jego wniosku o podjęcie uchwały uchylającej Uchwałę nr 1129/2003 Prezydium ORL Wielkopolskiej IL z 28.11.2003 r. w sprawie zachowań lekarzy, członków Wielkopolskiej IL, dotyczących konkursów ofert na 2004 r. (decyzja – Uchwała NRL nr 72/04/IV). Korzystając z obecności min. Sikorskiego, członkowie NRL przedstawili m.in. stanowisko w sprawie prac nad nowymi rozwiązaniami systemowymi w ochronie zdrowia w Polsce (Stanowisko NRL nr 50/04/IV).

Wszystkie akty prawne podjęte na posiedzeniu znajdują się w Biuletynie NRL (żółte strony).

Nieefektywne posiedzenie

28.01.br. odbyło się posiedzenie sejmowej Komisji Zdrowia poświęcone prywatyzacji przemysłu farmaceutycznego. Uczestnikiem spotkania ze strony NRL był **prof. Tadeusz Chruściel** – przewodniczący Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii. Niestety, krótkie obrady, nie wywołując wśród uczestników zainteresowania tematem posiedzenia, zakończyły się bez konkretnych wniosków.

Nowe miejsce spotkań

Środowisko lekarskie z Zachodniopomorskiego ma swój klub. **1.02.br.** władze szczecińskiej OIL po raz pierwszy zaprosiły do klubu lekarskiego „Remedium”, który – miejmy nadzieję – w jeszcze większym stopniu zintegruje lekarzy i lekarzy stomatologów tego regionu.

Oświadczenie Prezesa NRL

3.02.br. prezes Konstanty Radziwiłł wydał oświadczenie nt. działań podejmowanych przez część pielęgniarek i położnych w sprawie ugody zawartej pomiędzy ministrem zdrowia a przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego, w którym czytamy m.in.:

„Ugoda zawarta w Poznaniu przez ministra zdrowia i Porozumienie Zielonogórskie jest dowodem odpowiedzialności obu podpisujących ją stron. (...) Samorząd lekarski dostrzega oczywiście liczne ułomności całego systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim jego katastrofalne niedofinansowanie i podejmuje aktywne starania o dokonanie zmian (...) w zakresie finansowania i sposobu kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Samorząd lekarski liczy na współpracę innych środowisk zawodów medycznych, a w szczególności samorządu pielę-

gniarek i położnych. (...) żadne działania samorządu lekarskiego nigdy nie były i nie są wymierzone przeciw środowisku pielęgniarskiemu. W tym kontekście niezrozumiałe i bardzo boleśnie odczuwane są bezpardonowe ataki niektórych działaczy i organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych na samorząd lekarski i lekarzy w ogóle. (...) Od zarania medycyny to lekarze byli odpowiedzialni za całokształt działań podejmowanych wobec chorych ludzi. W najmniejszym stopniu nie ujmuję to godności osób współpracujących z lekarzem w opiece nad chorym. (...) W zespole, w którym odpowiedzialne role przypadają pielęgniarkom praktyki, pielęgniarkom środowiskowo-rodzinnej, położnej środowiskowo-rodzinnej, diagnostyce laboratoryjnej czy rehabilitantom, to lekarz musi dla dobra podopiecznych pełnić rolę wiodącą.”

Pełny tekst oświadczenia na stronach internetowych: www.nil.org.pl

Krakowskie spotkanie z wicepremierem J. Hausnerem



12-14.02.br. w Krakowie obradował Konwent przewodniczących OIL, pod przewodnictwem **Macieja Czerwińskiego**, na temat Lekarskiego Funduszu Rekompensat. Pierwszego dnia zaprezentowano możliwości współpracy w tym zakresie, jednak spotkanie nie przyniosło żadnych konkretnych rozwiązań. Najważniejszym punktem obrad Konwentu była obecność **wicepremiera Jerzego Hausnera**, który spotkał się z przewodniczącymi OIL i członkami prezydium NRL: prezesem Konstantym Radziwiłłem, wiceprezesami: **Wojciechem Marquardtem** i **Zbigniewem Żakiem**, sekretarzem **Krzysztofem Makuchem** oraz **Andrzejem Matyją** – w siedzibie krakowskiej OIL. W trakcie spotkania, prowadzonego przez **Jerzego Friedigera** – przewodniczącego małopolskiej OIL, członkowie samorządu lekarskiego przekazali wicepremierowi listę zastrzeżeń nt. dotychczasowych niekompetentnych rozwiązań w ochronie zdrowia, podjętych przez kierownictwo resortu oraz władze NFZ, jak również liczne obawy dot. krótkiego okresu i zakresu wykozystania w realiach programów naprawy sytuacji w ochronie zdrowia, przygotowanych przez zespoły: ministerialny – pod kierownictwem prof. Cezarego Włodarczyka oraz parlamentarny – marszałka Marka Borowskiego. Wicepremier, przedstawiając bardzo ogólną opinię na powyższe tematy, zobowiązał się do współpracy z samorządem

lekarskim przy konkretnych propozycjach rozwiązań, co natchnęło małą dozę optymizmu zgromadzonych w sali.

Obrady Prezydium NRL

Członkowie Prezydium NRL na posiedzeniu 6.02.br. m.in.:

- przyjęli stanowisko z okazji XII Światowego Dnia Chorego, obchodzonego corocznie 11 lutego, w którym czytamy:

„Prezydium NRL z okazji XII Światowego Dnia Chorego potwierdza wolę polskich lekarzy i lekarzy stomatologów służenia człowiekowi choremu w ciągu całego życia. Polskie środowisko medyczne nawet w obliczu bezwzględnych praw rynku, nacisków społecznych i administracyjnych oraz nieodpowiedzialności osób decydujących o systemie ochrony zdrowia pragnie realizować swoje powołanie towarzyszenia ludziom w najtrudniejszych chwilach ich życia. Ratowanie zdrowia i życia oraz przynoszenie ulgi w cierpieniu bez względu na okoliczności pozostaną na zawsze powinnością wszystkich lekarzy i lekarzy stomatologów.

Prezydium NRL wyraża szczególną wdzięczność Ojcu Świętemu Janowi Pawłowi II, który zawsze (także z okazji tegorocznego Światowego Dnia Chorego) dostrzega wysiłki pracowników służby zdrowia, którzy realizują na co dzień swoją misję służenia człowiekowi choremu.”

- uchwalili dofinansowanie konferencji naukowo-szkoleniowej rzeczników odpowiedzialności zawodowej z Polski i Niemiec, która odbędzie się w dn. 24-25.09.br. w Krzyżowej,

- przyjęli stanowisko nt. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych, w którym zawarli wiele uwag i poprawek do ww. dokumentu,

- przyjęli projekt porządku obrad NRL 27.02.br., w trakcie których zaplanowano m.in.: omówienie uchwał i wniosków Krajowego Zjazdu Lekarzy złożonych do Komisji Uchwał i Wniosków, rozpatrzenie ordynacji wyborczej oraz przedstawienie sprawozdania z wykonania budżetu 2003 r. i przedstawienie projektu uchwały budżetowej na 2004 r.,

- przyjęli stanowisko dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu środków działających podobnie do alkoholu oraz warunków i sposobu przeprowadzania badań lekarskich na ich obecność w organizmie.

Pełne teksty aktów prawnych uchwalonych na posiedzeniu na stronach internetowych NIL: www.nil.org.pl

Kolejny projekt naprawy systemu ochrony zdrowia

Porozumienie Środowisk Medycznych, w którego skład wchodzi przedstawiciele: Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych, Związku Pra-

codawców Szpitali Publicznych oraz Andrzej Soñnierz, b. dyrektor Śląskiej RKCh i dr Wojciech Misiński z Wrocławskiej Akademii Ekonomicznej, przygotowało „Program racjonalnego systemu opieki zdrowotnej”, który został przedstawiony członkom NRL w trakcie obrad 23.01.br.

Proponowany – w dokumencie – system opieki zdrowotnej zasługuje, wg autorów, na określenie go czterema przymiotnikami:

- 1) „wydolny – w którym każdy chory objęty systemem otrzyma odpowiednią pomoc medyczną, mieszczącą się w zakresie świadczeń gwarantowanych i otrzyma ją bez zwłoki”, w związku z czym nie ma w nim miejsca na korupcję czy kolejki oczekujących,

- 2) „rzetelny (uczciwy) – zapewniający równowagę między uczestnikami systemu: płatnikami, świadczeniodawcami (szpitalami, przychodniami, lekarzami itp.), pacjentami, ubezpieczonymi”, zapewniający każdej ze stron dokładnie określony zakres obowiązków i praw,

- 3) „różnicowany i elastyczny – odpowiadający na różne oczekiwania obywateli i elastycznie dopasowujący się do zmieniających się warunków ogólnych, takich jak np. zmiany trendów epidemiologicznych”.

Autorzy programu podkreślają, że ubezpieczenie zdrowotne powinno być powszechne, a co za tym idzie – obejmować wszystkich obywateli bez względu na status i sytuację finansową. „Aby zrealizować powyższe założenie, należy:

- ustanowić tzw. składkę na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, odliczaną od podatku PIT (podobnie jak w kasach chorych i NFZ),

- opracować prawne sposoby zapewnienia świadczeń zdrowotnych osobom, które nie opłacają składek (jak np.: bezdomni, bezrobotni, rolnicy, osoby pozostające pod opieką pomocy społecznej).

Program zakłada także, że finansowane powinny być tylko udzielone świadczenia, realizowane na zasadzie równouprawnienia świadczeniodawców i wolnego ich wyboru przez pacjenta. Aby takie warunki zapewnić, należy wprowadzić:

- 1) „bezkursowe” wejście na rynek świadczeń refundowanych ze środków publicznych,

- 2) zasadę jednolitości refundacji świadczeń dla wszystkich świadczeniodawców oraz

- 3) nielimitowanie ilościowe i wartościowe refundowanych świadczeń, w zamian wprowadzenie innych metod równoważenia ich popytu i podaży.

Założenia programu, uwzględniające – zdaniem autorów – wszystkie uwagi Trybunału Konstytucyjnego, uzyskały już poparcie m.in.: członków Prezydium Porozumienia Zielonogórskiego, Wielkopolskiego Związku Pracodawców NZOZ, Krajowej Izby Gospodarczej oraz ekspertów Centrum im. A. Smitha.

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

@esculap.pl

Goniec Medyczny

- **Do Szczecina po ratunek.** Nowoczesny Oddział Ratunkowy wraz z Centrum Urazów Wielonarządowych otwarto w szczecińskim Szpitalu Klinicznym nr 1.

- **Wczoraj radzieccy wojaczy dziś w białych kitlach Polacy.** W Białogardzie w obiektach przejętych po jednostkach Armii Czerwonej uruchomiono 60-lóżkowe Centrum Rehabilitacji.

- **Na jesieni życia...** W Bydgoszczy uruchomiono Centrum Psychoneurologii Wieku Podeszłego.

- **Esculap wśród najlepszych.** Podczas warszawskich targów „Komputer Expo 2004” Esculap.pl jako jedyny polski serwis medyczny odebrał z rąk Janusza Korwina-Mikke prestiżowe nominacje IV Edycji Ogólnopolskiego Konkursu „Teraz Internet” (internetowego odpowiednika inicjatywy „Teraz Polska”).

- **W Krakowie nie chorują?** W województwie małopolskim zachorowało ostatnio na grypę prawie 6,5 tys. osób, ale w statystykach zabrało zgłoszeń z... Krakowa.

- **Dzik jest dziki, dzik jest zły...** 59 osób głównie z Torunia zachorowało na włośnicę po zjedzeniu kiełbasy z dzicyzny.

- **5 tys. złotych oszczędności na... szpitalnych obiadach.** Jedynym zadaniem pracownika zatrudnionego przez szpital w Zduńskiej Woli jest... pytanie pacjentów o obiady - donosi „Dziennik Łódzki”.

- **„Jesteś chory na grypę - unikaj państwowych przychodni!”** W warszawskich prywatnych przychodniach, mających kontrakty z NFZ, pacjenci przyjmowani są szybko i bez dodatkowych opłat - pisze „Życie Warszawy”.

- **Nie zaszkoździ, a może i...** Na Wydziale Farmacji Warszawskiej AM trzej mężczyźni podrabiali... viagrę, by następnie sprzedawać ją agencjom towarzyskim.

- **Witaminy na aborcję.** W Lublinie fałszywy ginekolog oferował kobietom zestawy witamin i tabletek przeciwbólowych jako... środki wczesnoporonne.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 52 000 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 bielskawicznej założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy.

Ilek. Jarosław Kosiaty

redaktor naczelny portalu Esculap.pl

Grupa Medical Data Management

www.esculap.pl

e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Jak to było



W połowie stycznia 2004 r. Okręgowa Izba Lekarska przeżywała otwarcie nowej, wreszcie własnej siedziby, położonej przy ul. Śniadeckich 33 w Gdańsku-Wrzeszczu. Przewodnicząca dr n. med. Barbara Sarankiewicz-Konopka otworzyła uroczyste posiedzenie Rady, witając zaproszonych gości. Słuchając powitalnych słów Przewodniczącej przeniosłam się myślą do jesieni roku 1989, kiedy to organizowaliśmy zespół ludzi, których zadaniem było przygotowanie wyborów do odrodzonego samorządu lekarzy.

W skład tego komitetu organizacyjnego izb lekarskich weszli koledzy o różnym światopoglądzie, zespoleni ideą utworzenia korporacji zawodowej. Na czele komitetu stanął prof. dr hab. med. Julian Stolarczyk.

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku liczy 7779 lekarzy i 2174 lekarzy stomatologów. W tym: Delegatura Elbląska: 849 lekarzy i 200 lekarzy stomatologów oraz Delegatura Słupska: 715 lekarzy i 228 lekarzy stomatologów.

Przewodniczący OIL w Gdańsku:

I kadencja – dr n. med. Jerzy Umiastowski
II kadencja – dr n. med. Maciej Michalik
III i IV kadencja –
dr n. med. Barbara Sarankiewicz-Konopka

Przewodniczący Delegatury Elbląskiej:

I kadencja – lek. Zygmunt Toczko
II kadencja – lek. Mariusz Piłuch
III kadencja – lek. Jakub Ostrowski
IV kadencja –
dr n. med. Anna Sobieszek-Kundro

Przewodniczący Delegatury Słupskiej:

I kadencja – lek. Aniceta Ryznar-Wasak
II kadencja – lek. Zbigniew Nerga
III i IV kadencja – lek. Maciej Pasieka

Okręgowi Rzecznicy

Odpowiedzialności Zawodowej:

I i II kadencja –
prof. dr hab. med. Antoni Hlavaty
III i IV kadencja –
dr n. med. Józefa Przeździak

Przewodniczący

Okręgowego Sądu Lekarskiego:

I kadencja – dr n. med. Leonard Pikiel
II kadencja – prof. dr hab. med. Witold Zegarski
III i IV kadencja –
dr n. med. Tomasz Gorczyński

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej:

I kadencja – dr n. med. Ewa Wszelaki-Lass/
lek. Irena Szwaykowska
II kadencja – lek. Marek Stachowicz
III i IV kadencja – lek. Piotr Kurek

Mało spaliśmy, nie odpoczywaliśmy wcale, a entuzjazm sięgał szczytów. Pamiętam nie kończące się narady, dyskusje i spory, pamiętam również, z jaką ofiarnością koledzy lekarze składali dobrowolne datki, aby powstająca izba miała pieniądze na pierwsze konieczne zakupy.

Zespół lekarzy, którym powierzono ster izbowy I kadencji, borykał się z wieloma trudnościami. Trzeba było zbudować struktury organizacyjne samorządu i wdrożyć zasady działania. Nie było siedziby, biuro mieściło się w pomieszczeniach wynajętych od jednego ze szpitali, ale na pierwsze posiedzenia okręgowej rady lekarskiej przychodziło wielu lekarzy chcących posłuchać obrad i opowiedzieć o swoich problemach, pomysłach i nadziejach związanych z samorządem.

Po przeniesieniu siedziby na piętro willi wynajętej w centrum Sopotu gromadziliśmy się tam nieraz siedząc na schodach i zawzięcie dyskutując. Wielu z nas mnóstwo godzin spędziło w porciągach, uczestnicząc w pracach komisji problemowych NRL oraz biorąc udział w rozmowach i negocjacjach w Ministerstwie Zdrowia.

Angażowaliśmy w tę działalność własny czas, siły i pieniądze.

W tym okresie, jak i w następnych kadencjach bardzo aktywnym gronem byli stomatolodzy pod przewodnictwem niezmordowanego dr. Wojciecha Grabe. W rozmowach i dyskusjach staraliśmy się wypracować zasady działania samorządu, myśleliśmy w pierwszym rzędzie o uporządkowaniu praktyk lekarskich, uświadamieniu kolegom odpowiedzialności za własną firmę i ochronie lekarzy sektora prywatnego przed nieuczciwą konkurencją i zakusami reformatorów prawa.

Czy to się udało? Powiedzmy, że jesteśmy w połowie drogi i nie zawsze znajdujemy sojuszników w samych zainteresowanych.

Zrobiliśmy jednak bardzo dużo i mamy z tego powodu satysfakcję.

Kiedy w drugiej kadencji zajęliśmy wygodniejszy, choć także wynajęty, lokal w Gdyni, można było zrealizować pomysł kilku osób, a mianowicie ośrodek szkoleniowy, w którym przez 6 lat odbywały się zaliczane do specjalizacji

kursy i szkolenia dla lekarzy stomatologów. Zapraszaliśmy najlepszych wykładowców z liczących się ośrodków naukowych całej Polski. Ze szkoleń skorzystało wielu kolegów. Były one relatywnie tanie, organizowane bez zysku.

II kadencja przy zmienionym kierownictwie miała inny charakter niż pierwsza, naznaczona była młodością i bojowym nastawieniem przewodniczącego i obliczona na szerokie rozpropagowanie racji lekarskich wśród decydentów.

Wtedy okazało się bardzo wyraźnie, że lekarze mają mnóstwo rzeczowych pomysłów i argumentów, są gotowi do rozmów, natomiast politykom brakuje chęci do wysłuchania i dyskusji.

Nic dziwnego, że do wyborów na III kadencję z wielką werwą przystąpiła tzw. frakcja związkowa. Pełnych dobrej woli kolegom zdawało się, że przyczyna nieskuteczności samorządu, już wtedy szeroko w Polsce zauważana, leży wyłącznie w braku metody.

Nastąpił trudny początek kadencji, podczas której w sposób twórczy ścierały się różne racje. Posiedzenia okręgowej rady stały się głośnie i nerwowe, ale nadzwyczaj ciekawe.

Wiele rozpoczętych w tamtym czasie akcji przynosi do dziś dobre efekty, niemniej po okresie wielkiej aktywności nowi członkowie organów izbowych musieli przyznać, że jednostronne działanie nie może przynieść pozytywnych skutków. Brak było partnera po stronie władzy.

Nerwowe nastroje i konflikty łagodziła i rozwiązywała z wielkim taktem i dyplomacją przewodnicząca III i IV kadencji dr n. med. Barbara Sarankiewicz-Konopka.

Ostatnie kadencje zdominowały przede wszystkim problemy wypływające z ustaw o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a potem o NFZ. Niekończące się rozmowy i pertraktacje z zarządem kasy chorych, a następnie NFZ przez ostatnie lata stanowiły główną troskę Izby.

OIL w Gdańsku jest izbą dużą. W jej skład wchodzi dwie delegatury: elbląska i słupska.

Obydwie zachowywały od początku istnienia znaczną autonomię, uzyskaną w pierwszym stadium organizacyjnym samorządu. W ostatnim okre-

się autonomia ta musiała zostać ograniczona szczególnie w dziedzinie prowadzenia rejestru i księgowości, ze względu na przepisy stanowiące o tych sprawach. Po bardzo trudnym okresie dyskusji i negocjacji współpraca znów układa się poprawnie.

W obydwu delegaturach organizowane są ciekawe imprezy sportowe i kulturalne, delegatury spełniają również dużą rolę integracyjną.

Wewnątrz Izby Gdańskiej praca odbywała się w kilku płaszczyznach. Doskonalił się system rejestru lekarzy i rejestru praktyk, rozwinęło biuro prawne, służąc lekarzom fachowym doradztwem, przejęliśmy organizację staży podyplomowych. Rozpoczęliśmy stałe kontakty z Wojewódzką Stacją Sanitarно-Epidemiologiczną, co zaowocowało dobrym porozumieniem, aż do momentu zmian personalnych w tej instytucji. Niestety, wszystkie nasze uzgodnienia poszły na marne i dopiero po ponownej zmianie na stanowisku dyrektora WSSE zaczynamy mozolnie odrabiać straty. A chodzi nam tylko o uzgodnienie zasad, jakie powinny obowiązywać we wzajemnych kontaktach inspektorów i lekarzy prowadzących praktykę lekarską.

W izbie działa szereg komisji problemowych, które opracowują zagadnienia ze swojej dziedziny. Jak wszystkie izby realizujemy zadania przejęte od administracji państwowej, wizytujemy pomieszczenia praktyk, borykając się z brakiem odpowiednich specjalistów, chętnych do pracy w samorządzie i usiłujemy wygospodarować czas na pracę koncepcyjną.

W biurze gdańskiej izby i w siedzibach delegatur pracuje fachowy personel, zawsze pogodny, cierpliwy i życzliwy ludziom, co niejednokrotnie podkreślają odwiedzający Izbę lekarze.

Od początku istnienia Izba prowadzi działalność informacyjną. Po krótkim okresie powielaczowych pisemek zdecydowano się na regularne wydawanie biuletynu informacyjnego, który w roku ubiegłym zmienił nazwę na „Pomorski Magazyn Lekarski”. Jest to bardzo ważne, choć wciąż nie doceniane medium.

Ostatnie wybory pozbawiły naszą izbę wielu ofiarnych i mądrych lekarzy, którzy nie zostali delegatami na zjazd z powodu braku zainteresowania kolegów zebraniami wyborczymi. Jest to bardzo zła prognoza na przyszłość, brak bowiem doświadczonych działaczy samorządowych powoduje osłabienie skuteczności działania.

Od kilku lat działa w naszej izbie Klub Lekarza. Założyła go i z wielkim poświęceniem prowadzi lek. stom. Jolan-

ta Szmuda, kobieta niesłychanej energii i pasji twórczej. Mobilizuje lekarzy organizując wernisaże, wystawy oraz wieczory poezji i prozy. W nowej siedzibie będzie miała wielkie pole do popisu, a my ciekawe i barwne doznania.

Pobyt w Gdyni, chociaż dla wielu z nas satysfakcjonujący, zbliżał się do końca, wynajęty lokal trzeba było niedługo opuścić. W tej sytuacji Okręgowy Zjazd Lekarzy postanowił o kupnie działki. W kwietniu 2003 r. rozpoczęła się budowa. Kosztowało to wszystkich, a zwłaszcza Przewodniczącą ORL wiele emocji, ponieważ lekarze znają się na medycynie, a nie na budownictwie. Udało się jednak wybrać ładny i funkcjonalny projekt, znaleźć bardzo dobrą firmę wykonawczą.

Budowa zakończyła się z końcem listopada, a w pierwszych dniach grudnia zaczęliśmy urządzać nasz nowy dom. Skromnie i bez zbędnych wydatków, bo czeka nas spłata kredytu zaciągniętego na budowę. Z tego też względu musieliśmy ograniczyć apetyty na przestrzeń i pozostawić niewykończone poddasze, a część pomieszczeń parteru wydzierżawić firmie ubezpieczeniowej oraz księgarni medycznej.

W przyszłości na poddaszu mają znaleźć miejsce pokoje gościnne dla lekarzy odbywających kursy specjalizacyjne i klub lekarzy.

Mając własną i przestronną siedzibę myślimy o wznowieniu działalności ośrodka szkoleniowego, w pierwszym rzędzie dla lekarzy stomatologów, mając nadzieję, że dołączą do tych działań także lekarze. Nowa siedziba żyje już w całej pełni. Dwa razy w tygodniu odbywają się tutaj szkolenia stażystów, a ze względu na bliskość Akademii Medycznej w Gdańsku sala wykorzystywana jest również coraz częściej na spotkania naukowe.

Należą już do tradycji comiesięczne spotkania lekarzy emerytów.

Otwarcie nowej siedziby zaszczylicili oficjalni goście. Był obecny Prezes NRL, a także m.in. Wojewoda Pomorski i Arcybiskup Metropolita Gdański, który poświęcając budynek użył symboliki słowa „izba” jako pojęcia ciepłego i przyjaznego domu.

Taka właśnie ma być. Izba ma skupiać wokół idei samorządowej lekarzy różnego wieku, różnych zainteresowań i przekonań. Zawód, jedyny w swoim rodzaju, trudny i piękny, powinien zawsze łączyć lekarzy w poczuciu zrozumienia i wspólnego posłannictwa.

Okoliczności sprawiły, że samorządowi lekarskiemu nie dano pełni praw, aby mógł skutecznie występować w interesie swoich członków, ale pewien udział w tej niemocy mamy i my, lekarze. Wielu naszych kolegów od początku dezawuowało potrzebę istnienia izb lekarskich, z lekceważeniem, a nieraz wrogością odnosząc się do wysiłków tych nielicznych, którzy usiłowali zbudować silną pozycję samorządu. Również na różnych szczeblach naukowych i kierowniczych słyszało się wypowiedzi niechętnie izbom.

Cóż więc dziwnego, że decydenci prędko spostrzegli, że środowisko lekarskie da się podzielić, nie stanie murem za swoją korporacją zawodową. Wobec tego nie spieszo się z realizacją postulatów lekarskich. Jak w známym przysłowiu: zgoda buduje, niezgoda rujnuje.

Zrozumiały tę zasadę bardzo szybko inne samorządy, a zwłaszcza samorząd pielęgniarstwa.

Minęły lata, działacze izbowi odchodzili i wracali, zjawiali się nowi. Zmieniały się koncepcje, sposoby na realizację naszych celów, niektóre cele zdezaktualizowały się nieco, ale słowa „**Nie pytaj co izba zrobiła dla ciebie, zastanów się co ty możesz zrobić dla izby, czyli dla idei samorządowej**” są nadal aktualne.

Opracowały:
lek. stom. Halina Porębska
lek. Wiesława Klemens



Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej

Tadeusz Maria Zielonka



su nie przeczytali uważnie starej wersji i stworzyli dwa odmienne zapisy dotyczące zasad wyboru form diagnostyki i terapii. Lepszą wersją wydaje się wymóg skuteczności i bezpieczeństwa, dlatego należało przeredagować art. 6, a nie tworzyć nowy paragraf w art. 57.

Teoretycznie może powstać sytuacja, gdy lekarz oskarżony o naruszenie omawianego artykułu będzie się bronił, że postąpił zgodnie z art. 6. Może to rodzić niepotrzebny spór o to, który paragraf Kodeksu jest ważniejszy, skoro opisują ten sam problem w różny sposób.

KEL jest ważnym dokumentem określającym postawy wszystkich lekarzy. Dlatego musi być bardzo starannie i profesjonalnie zredagowany. Okoliczności powstawania Kodeksu, jak i sposób jego nowelizacji uniemożliwiały opracowanie spójnego aktu prawnego będącego podstawą działań lekarzy i organów samorządu.

Demokratyczne tworzenie aktów normatywnych w zakresie moralności nie jest odpowiednim sposobem dla uzyskania zapisów nie tyle satysfakcjonujących większość społeczności lekarskiej, co określających granice lekarskiej przyzwoitości i skutecznie ograniczających nadużycia oraz nieetyczne postawy. Może jednak warto pomyśleć o przygotowaniu w przyszłości Kodeksu w oparciu o grono ekspertów i autorytetów w dziedzinie etyki, prawa i medycyny.

Zaangażowanie społeczne i chęć służenia lekarskiej społeczności nie zawsze są wystarczającą rekomendacją dla stworzenia dobrych zasad deontologii lekarskiej, gdyż o końcowym efekcie decydują nie tylko chęci, lecz także odpowiednie przygotowanie, wiedza i umiejętności.

Problem nieuzasadnionych kosztów ponoszonych przez chorego jest zbyt nim uproszczeniem. Czy jeśli za lek chory płaci tylko niewielki ryczałt, a rzeczywiste koszty leku ponosi NFZ, to wówczas lekarz może nie uwzględniać problemu ceny leku w stosunku do spodziewanych korzyści? Zapis uwzględniający jedynie zabezpieczenie pacjenta przed nieuzasadnionymi kosztami jest wyrazem aktualnie trwających sporów pomiędzy środowiskiem lekarskim a świadczeniobiorcą. Z etycznego punktu widzenia nie ma różnicy pomiędzy bezzasadnym narażeniem przez lekarza na koszty chorego czy płatnika. W praktyce pieniądze NFZ pochodzą także od chorego.

Bardzo niepokojącym zjawiskiem jest tworzenie norm etycznych w kontekście istniejących konfliktów pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą.

Nakazując dbanie o interesy chorego nie wspomina się o potrzebie profesjonalnej lojalności względem płatnika.

Bardzo daleki jestem od wspierania realizowanych obecnie pomysłów reformatorskich. Istniejąca rzeczywistość nie może jednak być usprawiedliwieniem dla tworzenia zasad deontologicznych lekarza z pominięciem ważnego podmiotu, jakim jest świadczeniobiorca. KEL nie może stać się polem walki politycznej o pozyskanie względów chorego w walce z NFZ. W tym kontekście lepszy jest zacytowany zapis zawarty w art. 6 głoszący, że „*należy ograniczać się do badań i leków rzeczywiście potrzebnych choremu w świetle aktualnej wiedzy*”.

Nie można popadać z jednej skrajności w drugą. W czasach PRL-u liczył się tylko płatnik, teraz liczy się tylko chory. Konieczne jest dobre wyważenie problemu i znalezienie złotego środka.

W przeciwieństwie do lekarzy z bogatych krajów, polski lekarz nie jest kształcony w zakresie farmakoekonomiki. Brak nam również profesjonalnego nadzoru w tym zakresie. Przemiany jakie dokonały się w naszym kraju spowodowały, że lekarz zainteresował się ile lek kosztuje chorego, ale wciąż nie wie jaki jest pełny koszt leczenia i nie analizuje ceny względem uzyskanych czy spodziewanych efektów. Wyrazem takiego uproszczonego myślenia jest przeprowadzona nowelizacja Kodeksu, która nie nakazuje farmakoekonomiki zgodnej z zasadami sztuki lekarskiej, a jedynie wskazuje na zainteresowanie się, na ile leczenie jest kosztowne dla konkretnego chorego. Jeśli zatem zapobiegliwa firma farmaceutyczna postara się o wpisanie leku na listę pełnej refundacji, to czy wówczas lekarz może go bez ograniczeń przepisywać? Takie postępowanie może być nieprofesjonalne i niemoralne.

W powyższym paragrafie niefortunnie użyto słowa *nieuzasadnione* koszty, gdyż w takim przypadku możemy mieć do czynienia z postępowaniem niezgodnym z zasadami sztuki i automatycznie nieetycznym. Być może jednak autorom tego zapisu chodziło o to, by przepisując lek uwzględnić nie tylko zasady sztuki, ale także możliwości finansowe chorego. Jeśli chorego nie stać na opłacanie najlepszego leku, to wówczas z etycznego i profesjonalnego punktu widzenia lepiej zalecić mu tańszy lek generyczny niż narażać go na przerwanie leczenia. Jednak powyższy zapis nie sformułował jednoznacznie takiego przesłania. Z ubolewaniem można stwierdzić, że dokonane w tym artykule zmiany nie są wystarczająco uzasadnione, głęboko przemyślane i spójne z pozostałymi zapisami Kodeksu.

Artykuł 57 bis

2. Wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty.

Wznowelizowanym niedawno KEL art. 57 otrzymał dwa nowe paragrafy, które wydają się być konsekwencją żywiołowo przebiegających zmian w polskiej medycynie.

Należy być bardzo ostrożnym w tworzeniu nowych norm etycznych i nie powinny one wynikać z naglej potrzeby chwili spowodowanej patologicznym systemem organizacji służby zdrowia. Trzeba raczej zmieniać zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej niż usiłować ograniczyć niepokojące zjawiska nakazami deontologicznymi. KEL nie ma uzdrawiać polskiej medycyny, a jedynie być drogowskazem w wyborze odpowiednich decyzji i postaw.

Niepokoiki skłonność autorów Kodeksu do tworzenia szczegółowych nakazów i zakazów w sprawach, które sprowadzają się wyłącznie do przestrzegania zasad sztuki lekarskiej zgodnie z obowiązującymi standardami. Czyż skuteczność i bezpieczeństwo metod diagnostycznych i terapeutycznych nie jest powszechnie obowiązującą normą?

Już w art. 4 Kodeksu napisano o tym, że lekarz ma swobodę wyboru działań zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną. Co więcej, obecny zapis stoi w pewnej sprzeczności z artykułem 6, który mówi, że „*lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uznaje za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy*”. Wygląda na to, że autorzy nowelizacji Kodek-

Specjalizacja lekarzy i lekarzy stomatologów

Małgorzata Brzozowska

Na jaki czas przed złożeniem wniosku o specjalizację wiadomo, ile jest wolnych miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie? Skąd otrzymać informację o wolnych miejscach szkoleniowych?

Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem ministra zdrowia z 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. nr 83, poz. 905, z późn. zm.) liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy mogą co-

rocznie rozpocząć specjalizację w danej specjalności na obszarze województwa lub kraju, ustala minister właściwy do spraw zdrowia do 30 października poprzedniego roku.

Liczba ta jest ustalana na podstawie informacji dotyczących wolnych miejsc szkoleniowych przekazanych przez wojewódzkie centra zdrowia publicznego, działające przy wojewodzie. W ramach liczby wolnych miejsc szkoleniowych minister ustala również co roku do 30 października roku poprzedniego liczbę

miejsz szkoleniowych w określonych specjalnościach w skali kraju oraz w poszczególnych województwach dla lekarzy, którzy będą mogli odbywać specjalizację w ramach rezydentur.

Informacja o wolnych miejscach szkoleniowych jest przekazywana do wojewódzkich centrów zdrowia publicznego.

Adresy, telefony i adresy mailowe wszystkich wojewódzkich centrów zdrowia publicznego można znaleźć na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia:

www.mz.gov.pl (link: **Na-uka i kształcenie**).

Jakie specjalizacje odbywają się na podstawie umowy o pracę, a jakie na podstawie umowy cywilnoprawnej? Z kim i na jakiej podstawie zawiera się umowę o szkolenie specjalizacyjne?

Rozporządzenie nie przyporządkowuje poszczególnych form odbywania specjalizacji specjalizacjom w danej dziedzinie, co oznacza, że każdą specjalizację można robić w każdej z form wymienionych w rozporządzeniu.

Po zakwalifikowaniu się lekarza do odbywania specjalizacji, otrzymuje on skierowanie z wojewódzkiego centrum do odbywania specjalizacji w określonej jednostce szkoleniowej. W skierowaniu tym powinien zostać wskazany tryb (np. rezyden-

tura) i okres odbywania specjalizacji.

Skierowanie powinno zostać wydane w okresie nie dłuższym niż 15 dni, a w uzasadnionych przypadkach w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące od terminu zakończenia postępowania kwalifikacyjnego – jeżeli specjalizacja ma być realizowana w trybie rezydentury albo w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące od terminu zakończenia postępowania kwalifikacyjnego – jeżeli lekarz został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji w innym trybie niż rezydentura.

Lekarz, który ma odbyć specjalizację w ramach rezydentury, zawiera umowę o pracę z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację. Jest to umowa na czas określony. Okres, na jaki zawierana jest umowa, odpowiada okresowi trwania specjalizacji. Okres ten może ulec przedłużeniu w przypadkach określonych w rozporządzeniu.

Zasadniczo przedłużenie okresu trwania specjalizacji w ramach rezydentury łącznie nie może być dłuższe niż o rok. W przypadku przedłużenia okresu trwania specjalizacji zawiera się nową umowę o pracę na czas określony, odpowiadający sumie okresów przedłużających specjalizację.

Jeżeli specjalizacja ma być realizowana na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, lekarz zawiera umowę z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację. Jest to umowa cywilnoprawna, mają więc do niej zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego (a nie kodeksu pracy – jak przy rezydenturze), ale z uwzględnieniem przepisów wynikających z ww. rozporządzenia. Rozporządzenie stanowi np., że jednostka organizacyjna prowadząca specjalizację nie pobiera od lekarza opłat za to szkolenie (!).

Ponadto lekarz może odbywać specjalizację na podstawie umowy o pracę (innej niż rezydentura) zawartej albo z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację, albo z inną jednostką organizacyjną, zapewniającą realizację jedynie części programu specjalizacji (wówczas w ramach płatnych urlopów szkoleniowych lekarz musi zrealizować pozostałą część programu specjalizacji w jednostce organizacyjnej prowadzącej specjalizację lub odpowiednio prowadzącą staż kierunkowy). Oczywiście mogą to być jednostki, w których lekarz został zatrudnio-

ny przed uzyskaniem skierowania na specjalizację.

W przypadku, gdy specjalizacja jest realizowana w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego lekarzowi na czas trwania określonej specjalizacji albo poszerzenia zajęć programowych dziennych studiów doktoranckich o program specjalizacji zgodny z kierunkiem tych studiów, rozporządzenie nie przewiduje wymogu zawierania dodatkowych umów.

Autorka jest prawnikiem Naczelnej Izby Lekarskiej
m.brzozowska@hipocrates.org

Unia Polskich Pisarzy Lekarzy Zarząd Główny **ogłasza**

Ogólnopolski Konkurs Literacki Lekarzy **„O Pióro Eskulapa”**

Regulamin konkursu

Celem konkursu jest podsumowanie twórczości literacko-wydawniczej lekarzy* w latach 2000-2003 oraz promowanie twórczości literackiej lekarzy*

Zasady uczestnictwa:

1. W konkursie może wziąć udział każdy lekarz*, który w latach 2000-2003 wydał przynajmniej jedną samodzielną pozycję literacką (tomik poezji, książka) o dowolnej tematyce.
2. Nadsyłane prace powinny być napisane w języku polskim.
3. Każdy uczestnik nadsyła w terminie do **30 czerwca 2004 r.** tomik lub książkę, oryginalnie wydane i oznaczone numerem nadanym przez Bibliotekę Narodową w okresie od 1 stycznia 2000 r. do 31 grudnia 2003 r. wraz z wyrażeniem oznaczonym adresem do korespondencji i pisemną zgodą na publikowanie wizerunku dzieła oraz publiczną prezentację opinii krytyków i czytelników.
4. Prace konkursowe mogą być zaopatrzone w recenzje oraz kopie dokumentów o nadawanych im wcześniej nagrodach.
5. Prace konkursowe w dwóch egzemplarzach należy nadesłać pod adresem: **Unia Polskich Pisarzy Lekarzy, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3**, z dopiskiem na kopercie **Konkurs „O Pióro Eskulapa”**.
6. Organizatorzy nie zwracają nadesłanych utworów i zastrzegają sobie prawo do bezpłatnego publikowania fragmentów nagrodzonych i wyróżnionych prac w wydawnictwie pokonkursowym oraz prasie, radiu i telewizji, a szczególnie publikacji będą uzgodnione z autorami.

Przebieg konkursu

7. Nadesłane prace zostaną ocenione przez jury konkursu, w skład którego wejdzie 3 członków Unii Polskich Pisarzy Lekarzy i 3 niezależnych krytyków literackich powołanych przez Zarząd Główny UPPL. Ponadto w skład jury wejdzie przedstawiciel samorządu lekarskiego delegowany przez Naczelną Radę Lekarską.

8. Krytycy wchodzący w skład jury nie mogą być autorami recenzji załączonych do nadesłanych prac, a członkowie UPPL oraz inne osoby uczestniczące w pracach jury nie mogą brać udziału w konkursie.

9. Jury konkursu ogłosi wyniki do 30 września 2004 r. na stronie internetowej www.uppl.pl oraz w prasie lekarskiej.

Nagrody

Przewiduje się przyznanie dwóch nagród głównych, w tym jednej w kategorii prozy i jednej w kategorii poezji w wysokości 3000 (trzy tysiące złotych) każda. Ponadto przewiduje się przyznanie trzech honorowych wyróżnień. ZG UPPL zastrzega sobie prawo odstąpienia na wniosek jury konkursu od przyznania głównych nagród w jednej lub obu kategoriach.

Uroczyste wręczenie nagród i wyróżnień odbędzie się w styczniu 2005 r. w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. O dokładnym terminie tej uroczystości laureaci zostaną powiadomieni pocztą, a pozostali uczestnicy – informacją zamieszczoną na łamach „GL”.

Zarząd Główny UPPL

Łódź, dnia 15 stycznia 2004 r.

***dot. lekarzy i lekarzy dentyistów**

IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w PIŁCE SIATKOWEJ

Komisja Sportu Beskidzkiej Izby Lekarskiej zaprasza na IV Mistrzostwa Polski w Piłce Siatkowej, które odbędą się w dn. **16-18.04.2004 r.** na obiektach **COS w Szczyrku** (planowany towarzyszący turniej **siatkówki plażowej** zależnie od pogody). Informacje i zapisy do 30.03.2004 r. przyjmuje **Klaudiusz Komor**, tel. **608-365-164**.

Zaproszenie na obóz NARCIARSKI

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie zaprasza na obóz narciarski w **Alpach Francuskich w La Plagne** w dn. **13-22.03.2004 r.** Informacje i zgłoszenia: **OIL w Warszawie**, tel./fax (0-22) 822-36-86 lub tel./fax (0-22) 834-84-71, e-mail **kwatour@op.pl**

Rajd KONNY na Ukrainie

odbędzie się w dn. **16-24.05.2004 r.** Trasa wiedzie **Dzikimi Polami z Tarnopola przez Kamieniec Podolski i Chocim**. Koszt: 1500 zł z własnym transportem do Tarnopola, 1750 zł z dojazdem wspólnym busikiem. Siodło i ogłowie daje organizator, ale można przywieźć swój. Ekwiunek jeździecki i ewentualnie spiwór uczestnik musi mieć własny. Informacje: **dr Elżbieta Czabańska**, tel. (0-94) 342-15-28.

I Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby Lekarskich w ŻEGLARSTWIE – Klasa OMEGA

Komisja Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie przy współpracy YACHT KLUBU AZS Szczecin organizuje w dn. **19-20.06.2004 r.** na akwenie **Jezioro Dąbskie w Szczecinie**. Zgłoszenia do 15.05.br. Startowe 600 PLN od 4-osobowej załogi. Prawo startu ma tylko jedna załoga reprezentująca okręgową izbę lekarską. Biuro regat: YACHT KLUB AZS w Szczecinie, ul. Przestrzenna 9 (od 18.06.br. tel. (091) 461-43-79). Zgłoszenia: **OIL w Szczecinie**, tel. (0-91) 487-49-36 wew. 101 – **Małgorzata Czapp**, **dr H. Teodorczyk**, tel. 0-604-416-864, **dr P. Rawski**, tel. 0-501-030-840.

2 Mistrzostwa Polski Lekarzy w KOLARSTWIE SZOSOWYM

odbędą się **29.05.2004 r. w Lublinie**. Zawodnicy będą mieli do pokonania 75-100 km w zależności od kategorii wiekowej. Dzień wcześniej planujemy rozegranie indywidualnej jazdy na czas. Wszystkich chętnych prosimy o kontakt: **Krzysztof Matras**, tel. 605-084-016; **Mariusz Trus**, tel. 694-462-348; **www.szosa.eu.org**, **kmatras@mp.pl**

VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w BIEGU na 15 km

odbędą się **4.04.2004 r. w Bukówcu Górnym (woj. wielkopolskie)** w ramach XX Biegu Sokola. Start o godz. 11.15. Zgłoszenia do 25.03.2004 r. 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. 9.30 z dworca PKP w Lesznie. Biuro zawodów czynne do godz. 10.00. Noclegi: Ośrodek Wypoczynkowy „Sadyba” Boszkowo, ul. Starkowska 26, tel. (0-65) 537-11-66, 75. Informacje: **Leszek Walczak**, tel. 601-754-720.

II Ogólnopolski Rajd ROWEROWY Olsztyn`2004

odbędzie się w dn. **5-6.06.2004 r.** Już dziś proponujemy zarezerwować sobie czas na tę turystyczną imprezę, która może być świetną zabawą dla całej rodziny. W programie przewidziano szereg atrakcji, m.in. zwiedzanie Jasnej Góry. Serdecznie zapraszamy lekarzy z całej Polski. Informacje: **dr Tomasz Klimza** – tel. 0-501-308-752; zgłoszenia przyjmuje pracownik biura **Rita Idziak** – tel. (0-34) 368-18-88, fax (0-34) 324-76-19.

IV Indywidualne Mistrzostwa Polski Lekarzy i Turniej Członków Rodzin Lekarskich i Ich Przyjaciół w SZACHACH Szybkich P'15 i Błyskawicznych P'5 oraz Symultana z Arcymistrzem z Ukrainy

na które zapraszają NIL w Warszawie i Śląska IL w Katowicach, we współpracy z MTPGSz „CENTRUM” i MOSiR Zabrze, odbędą się w dn. **13-16.05.2004 r. w Hotelu „ZIEMOWIT”, 43-450 Ustroń ul. Szpitalna 88** (ok. 400 m od stacji PKP Ustroń Zdrój). Prawo do udziału w zawodach mają lekarze medycyny i lekarze stomatologów, studenci medycyny i stomatologii 5 i 6 roku, a także członkowie rodzin osób wymienionych powyżej, tj. współmałżonkowie, rodzeństwo, rodzice, dzieci itp., przyjaciele rodzin lekarskich i pozostali wszyscy chętni. Startowe: 40 zł – P'15, 30 zł – P'5, 50% – do 18 lat (r. 86). Planowane koszty udziału w zawodach z pobytem w Hotelu „Ziemowit”: ok. 250 zł. Rozgrywka systemem „Szwajcarskim” kontrolowanym (kojarzenie par komputerowe). Sprzęt do gry zapewni organizator. Potwierdzenia udziału oraz rezerwacji miejsc w hotelu do 30.04.br. telefonicznie: **dyrektor mistrzostw Jerzy Pabis** – 0-605-569-065 lub **sędzia mistrzostw Alfred Maślanka** – (0-32) 278-10-34 lub listownie: **Jerzy Pabis, ul. Franciszkańska 30b/9, 41-819 Zabrze**, e-mail: **maalfred@ka.onet.pl**. Opłaty za pobyt i za wpisowe należy dokonać w dniu przyjazdu w biurze zawodów (hotel „Ziemowit”). Szczegółowe informacje: **www.szs.org.pl** oraz **http://turnieje.com/**

Tenis ziemny lekarzy

Sezon w 2003 r.

Obfitował w wiele imprez o charakterze zarówno krajowym, jak i zagranicznym.

Rozpoczął się V Halowymi Mistrzostwami Polski, które już po raz trzeci, dzięki staraniom Jacka Kowala i Alfreda Micała, odbyły się w Stalowej Woli.

Następną imprezą ogólnopolską, zorganizowaną przez Lesława Rudzińskiego, był turniej rozegrany na kortach w Częstochowie, w dn. 22-25 maja. Nazwiska zwycięzców obu turniejów publikowaliśmy na łamach „GL”.

Letnie Mistrzostwa Polski zorganizowane zostały po raz pierwszy w Warszawie, na kortach „Legii”, w dn. 19-22 czerwca. Zawody miały bardzo uroczystą oprawę. Patronat honorowy objęła szefowa Kancelarii Prezydenta RP minister Jolanta Szymanek-Deresz, która wykazała dużą klasę sportową pokonując po wyrównanej i stojącej na wysokim poziomie grze naszą mistrzynię Bożenę Kędzierską. Mecz ze swadą i charakterystycznym dla siebie dźwiękiem komentował Andrzej Supron, który wygrał towarzyszący mistrzostwom turniej VIP-ów, z udziałem Ryszarda Szurkowskiego, Karola Strasburgera, Tadeusza Borowskiego i innych znanych osób.

Tytuły Mistrzów Polski na rok 2003 zdobyli w kategoriach wiekowych (od najmłodszej do najstarszej) w grach pojedynczych pań: Anna Balicka, Bożena Kędzierska, a w grze podwójnej koleżanki Anna Sabok-Rzepka z Agnieszką Widziszowską. Wśród mężczyzn pierwsze miej-

scą zajęli: Michał Jędrzejewski, Grzegorz Przybylski, Tomasz Maziak, Janusz Małarski, Janusz Binkiewicz i Stanisław Kaczmarek. W grach podwójnych triumfowały pary: Michał Jędrzejewski – Bartłomiej Szynglarewicz, Krzysztof Cieplucha – Tomasz Maziak, Andrzej Pozowski – Janusz Binkiewicz. W grze mieszanej zwycięstwo odniosła para: Agnieszka Widziszowska i Marcin Krywiak.

Ostatnią imprezą 2003 r. był Ogólnopolski Turniej Halowy, zorganizowany w Pabianicach przez kolegów z Łódzkiej Izby Lekarskiej. Podczas turnieju odbyło się walne zgromadzenie członków Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy. Wybrano zarząd: prezes – Krzysztof Migala z Warszawy, wiceprezesa Zbigniew Frenszkowski z Olsztyna i Marek Filipek z Tarnowa, sekretarza – Janusz Małarski z Łodzi i skarbnik – Elżbieta Warzecha z Wrocławia.

W 2004 r. planujemy organizację turniejów: **20-23 maja** – Ogólnopolski Turniej w Częstochowie; **10-13 czerwca** – XIV Mistrzostwa Polski w Gdyni; **5-8 sierpnia** – Ogólnopolski Turniej „Tenis-Żagle” w Hawie. Ponadto wyjazd licznej, polskiej ekipy na Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie, które odbędą się w miejscowości Poertsschach/Woerthersee na terenie Austrii, w dn. **21-28 sierpnia**.

Zbigniew Frenszkowski





SPÓŁDZIELCZA KASA OSZCZĘDNOŚCIOWO-KREDYTOWA IZB LEKARSKICH

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

POŻYCZKA SUPER DLA NASZYCH CZŁONKÓW

Kwota do 10 000 PLN

BEZ PORĘCZYCIELI!!! W 24 GODZINY!!!

KREDYTY I POŻYCZKI

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

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

Odsetki karne 40 % rocznie

DEPOZyty

Okres depozytu	oprocentowanie w skali roku
3 miesiące	4,0 %
6 miesięcy	5,0 %
1 rok	6,0 %
2 lata	7,0 %
3 lata	7,5 %

Indywidualne Konto
Składowe (IKS) 3 %

Oprocentowanie jest zmienne,
w przypadku depozytów obowiązuje
miesięczna kapitalizacja

RACHUNKI SYSTEMATYCZNEGO OSZCZĘDZANIA

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

Minimalna wpłata 100 PLN/miesięcznie

JAK SIĘ Z NAMI KONTAKTOWAĆ?

00-764 Warszawa ul. Sobieskiego 110

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

e-mail: skok@hipokrates.org

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

Zarząd SKOK IL:

Mariusz SMOLICHA – prezes Zarządu

Grzegorz KRZYŻANOWSKI – wiceprezes Zarządu

Tadeusz PAWLIKOWSKI – wiceprezes Zarządu



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

- Na portalu www.gen.org.pl zostały zamieszczone informacje nt. **Europejskiego Zjazdu Rodzin Osób z Rzadkimi Zespołami Chromosomowymi**.

Instytut Jaskry i Chorób Oka

Warszawa. Tematy szkoleń w 2004 r.:

- **6.03. Pachymetria – znaczenie oceny grubości rogówki w diagnostyce nadciśnienia ocznego**
- **13.03. Ultrasonograf A + B + 3 D**
- **3.04. Pachymetria – znaczenie oceny grubości rogówki w diagnostyce (jaskra bez ciśnienia)**
- **24.04. Ultrasonograf Volumetryczna**
- **8.05. Schorzenia przedniego odcinka oka – alergie**
- **15.05. „Suche oko”**
- **29.05. Nadciśnienie oczne – początki wczesnej diagnostyki – GDX / Pachymetria**
- **5.06. Neurookulistyka**
- **26.06. Schorzenia przedniego odcinka oka**
- **4.09. Ultrasonograf Volumetryczna**
- **18.09. Rola pachymetrii w diagnostyce jaskry**
- **25-26.09. Neurookulistyka**
- **9.10. Aplikacje miękkich soczewek kontaktowych**

Informacje: Instytut Jaskry i Chorób Oka, ul. Okrag 1 a, Warszawa, tel. (0-22) 622-65-09, fax (0-22) 622-65-83.

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii.

Szkolenia podstawowe w 2004 r.:

- **8-12.03., 10-14.05., 14-18.06. Diagnostyka USG narządów małych powierzchniowo leżących (ślinianki, gruczoł piersiowy, tarczycy)**
- **15-16.04., 3-4.06. Diagnostyka USG gruczołu piersiowego**
- **22-24.04. Podstawy echokardiografii**

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

- **11-13.03.2004 r. Łódź. II Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa dla farmaceutów i lekarzy „AIFA 2004”: Choroby alergiczne, astma i immunologia.** Informacje: Biuro Organizacyjne Konferencji, tel. (0-42) 636-35-30, e-mail: mediton@mnc.pl, www.mediton.pl

Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT. Szkolenia w 2004 r.:

- **12-13.03. Ustroń Śląski. Osteoporoza – niedoceniany problem medyczny.** Punkty edukacyjne.
 - **20-21.03. Nowe leczenie rehabilitacyjne tzw. Skoloz idiopatycznych.**
 - **27-28.03. Urazy sportowe**
 - **3-4.04. Mobilizacje systemu nerwowego**
- Informacje: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, Kopernika 8, 40-064 Katowice, tel. (0-32) 251-22-64, e-mail pakt.pakt@wp.pl, www.msp-pakt.med.pl

- **13.03. i 22.05.2004 r. Zakład Fizjopatologii Oddychania Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26 w Warszawie organizuje szkolenie: Spirometria – zasa-**

dy prawidłowego wykonania i interpretacji wyników. Uczestnicy otrzymają 10 punktów edukacyjnych. Koszt 300 PLN. Informacje: tel. (0-22) 431-22-23, e-mail: fizpat@igichp.edu.pl

Katedra i Zakład Radiologii AM we Wrocławiu oraz Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii. Szkolenia w 2004 r.:

- **17-21.03., 22-26.09. Podstawy ultrasonografii** – kurs szkoleniowy do specjalizacji dla chirurgów
 - **25-28.03., 21-24.10. Podstawy nowoczesnej diagnostyki obrazowej** – kurs szkoleniowy do specjalizacji dla internistów
- Informacje: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. (0-71) 348-39-66, 0-606-350-328, e-mail: wcp@poczta.onet.pl, <http://www.szkolenia.z.pl>

- **20.03.2004 r. Warszawa.** Oddział Warszawsko-Otwocki Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego organizuje VII sesję Szkoły Pneumonologii: **Zakażenia układu oddechowego**, godz. 10.00, Sala Konferencyjna Novotelu, ul. 1 Sierpnia 1. Wstęp bezpłatny, uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne. Informacje: Tadeusz M. Zielonka, tel. 0-501-143-324, zielonka@amwaw.edu.pl, Sekretariat Oddziału PTFP, 02-093 Warszawa, ul. Pasteura 10, tel. 823-39-19, fax 822-12-24.

- **26-27.03.2004 r. Zamek Książ.** Posiedzenie Komisji Stomatologicznej DIL, Zarządu Głównego PTS i Saksońskiej Izby Dentystycznej. Informacje: DIL we Wrocławiu, Matejki 6, 50-333 Wrocław, tel. (0-71) 798-80-50, fax (0-71) 798-80-51, e-mail dil@dilnet.wroc.pl

- **27.03.2004 r. Łódź. X Łódzka Konferencja Kardiologiczna.** Zgłoszenia: II Katedra i Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego, Kniaziewicz 1/5, 91-347 Łódź, tel./fax (0-42) 653-99-09, tel./fax (0-42) 251-60-15, e-mail drozd@ptkardio.pl, www.lodz.ptkardio.pl/konferencja

Mazurska Szkoła Ultrasonografii i Ginekologii. Kursy w 2004 r.:

- **31.03.-3.04. Wierzb. Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii** – kurs teoretyczny dla zaawansowanych
 - **1-3.05. Wierzb. Diagnostyka i leczenie niepłodności**
 - **15-17.05. Wierzb. Cytologia zmian szyjki macicy – System Bethesda 2001** – kurs doskonalący
- Kursy posiadają akredytację Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w ramach Akademii Kształcenia Podyplomowego. Zgłoszenia: Marlena Boroń, Mazurska Szkoła Ultrasonografii i Ginekologii, 12-200 Pisz, ul. Leśna 22, tel./fax (0-87) 423-36-57, tel. kom. 504-075-804, www.usg.pisz.pl

- **16.04.2004 r. Lublin.** V Jubileuszowe Międzynarodowe Sympozjum: **Postępy w terapii chorób przelyku.** Zgłoszenia: Komitet Organizacyjny V Jubileuszowego Międzynarodowego Sympozjum: Postępy w tera-

pii chorób przelyku, Sekretariat – II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, ul. Staszica 16, 20-081 Lublin, tel. (0-81) 532-41-27, tel./fax (0-81) 532-88-10

- **16.04.2004 r. Poznań.** II Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe: **Niepożądane działania leków.** Opłata uczestnictwa 150 zł, dla studentów i młodych pracowników nauki 100 zł. Po zakończeniu sympozjum każdy uczestnik otrzyma certyfikat potwierdzający uzyskanie 10 punktów edukacyjnych szkolenia ciągłego. Zgłoszenia uczestnictwa i streszczenia do 15.03. br. listownie lub drogą elektroniczną: Komitet Organizacyjny II Ogólnopolskiego Sympozjum Naukowego: Niepożądane działania leków, Zakład Farmakologii Klinicznej AM im. K. Marcinkowskiego PSK nr 1, ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań, tel./fax (0-61) 853-31-61, e-mail zakladfarmakologiiklinicznej@amp.edu.pl lub Katedra i Zakład Farmacji Klinicznej i Biofarmacji AM im. K. Marcinkowskiego, ul. Św. Marii Magdaleny 14, 61-861 Poznań, tel. (0-61) 852-90-57 wew. 37/fax 55, e-mail: farmklin@amp.edu.pl

- **16-17.04.2004 r. Kraków.** Nowohuckie Centrum Kultury, Al. Jana Pawła II 232. Ogólnopolska Konferencja **Nauczycieli Medycyny Rodzinnej.** Konferencja przeznaczona dla lekarzy-nauczycieli medycyny rodzinnej przygotowujących i prowadzących kształcenie w akredytowanych ośrodkach kształcenia, lekarzy rodzinnych prowadzących szkolenia przed- i podyplomowe we własnych praktykach lub przychodniach, innych lekarzy, w tym specjalistów realizujących poszczególne etapy w edukacji lekarzy rodzinnych, pracowników pozostałych zawodów medycznych zaangażowanych w proces kształcenia. Informacje: www.ziz.com.pl, tel. +12 429-50-15, +12 429-15-70, e-mail: konferencja@ziz.com.pl

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

- **10-13.05.2004 r. Kazimierz Dolny.** Katedra i Zakład **Biologii i Parazytologii** Wydz. Lekarskiego AM w Lublinie i Komitet **Zoologii** PAN organizują VI Między-

narodowe Sympozjum: **Stawonogi pasożytne, alergogenne i jadowite – znaczenie medyczne i sanitarne**. Termin nadsyłania streszczeń upływa 9.04.2004 r., zaś prac – ze względu na recenzje – 10.03.2004 r. Informacje: Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii Wydz. Lekarskiego AM w Lublinie, tel./fax (0-81) 532-90-51, e-mail mkawa@panaceum.am.lublin.pl

• **13-15.05.2004 r.** Zabrze. 67 Wiosenna Konferencja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Po raz pierwszy tematem wiodącym będzie **kardiologia inwazyjna**. Informacje: Sekretariat Komitetu Organizacyjnego Konferencji III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii ŚIAM, Śląskie Centrum Chorób Serca, ul. Szpitalna 2, 41-800 Zabrze, tel. (0-32) 273-23-16, (0-32) 37-33-619, fax (0-32) 273-26-79, e-mail scchs@infomed.slam.katowice.pl, www.ptkardio.pl, www.sccs.pl

• **21.05.2004 r.** Nowa Sarzyna koło Leżajska. Oddział Podkarpacki Towarzystwa Chirurgów Polskich organizuje sympozjum ogólnopolskie: **Jak stawiałem się chirurgiem – osobowość chirurga**. Udział w sympozjum bezpłatny. Zgłoszenia na kartkach pocztowych na adres Komitetu Organizacyjnego: Oddział Podkarpacki Towarzystwa Chirurgów Polskich, ul. Reformacka 1, 35-026 Rzeszów. Informacje: dr n. med. Andrzej Rzesutek, tel. (0-17) 242-11-13 (wew. 300, 303), 242-71-13

• **4-6.06.2004 r.** Warszawa. Teatr Wielki i Teatr Narodowy. XI Kongres Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. Informacje: Biuro Kongresów i Turystyki „Congressor”, tel. (0-22) 621-31-16, (0-22) 628-45-48, e-mail: p.ornatkiewicz@congressor.com.pl, www.science24.com/kptg11 (strona w przygotowaniu)

• **17-19.09.2004 r.** Gdańsk. I międzynarodowy kongres **European Academy of Surgical Sciences (EASS)**. Informacje: Sekretariat Konferencji – Dział Współpracy z Zagranicą, AM w Gdańsku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3A, 80-210 Gdańsk, tel. +58 349-12-07, fax. +58 349-12-00, e-mail: ekiszka@amg.gda.pl, www.lst-eass-gdansk.com (aktywna od 1.03.2004 r.)

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

V Międzynarodowa Konferencja Bioetyczna

23-24.04.2004 r. V Międzynarodowa Konferencja Bioetyczna: **Etyka praw intelektualnych i patentowych z sesją poświęconą ochronie praw chorych w badaniach klinicznych**. Organizator: Komisja Bioetyczna Ministerstwa Zdrowia i Zespół ds. Etyki w Nauce Ministerstwa Nauki, pod auspicjami Sekretarza Generalnego Rady Europy i patronatem Ministra Zdrowia i Ministra Nauki. Uczestnicy otrzymają 10 punktów akredytacyjnych. Program i dalsze dane są dostępne na stronie: <http://surfer.iitd.pan.wroc.pl/events/patents.html>, e-mail: agorski@ikp.pl

Absolwenci Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologicznego AM w GDAŃSKU z roku 1959

Przygotowujemy zjazd koleżeński z okazji 45 rocznicy absolutorium, w dn. **28-30 maja 2004 r.** Spotkanie rozpocznie się o godz. 10.00 od **Mszy św. w kaplicy oo.pallotynów przy ul. M. Skłodowskiej-Curie w Gdańsku-Wrzeszczu**. Zgłoszenia na adres: **Dr Mirosław Laszkowski, ul. Wieczorkiewicza 5, 80-457 Gdańsk, tel. (0-58) 346-50-46**
Za Komitet Organizacyjny **Andrzej Myśliwski**

Absolwenci Wydziału Lekarskiego ŚIAM w KATOWICACH rocznik 1978-1984

W dn. **22-24 października 2004 r.**, z okazji 20 rocznicy ukończenia studiów, spotykamy się na zjeździe koleżeńskim w hotelu „**Orle Gniazdo**” w Szczyрку.

Informacje i zgłoszenia: **Bożena Jaźwiec-Kanyon, tel. 0-604-775-775, praca (0-32) 266-08-85, e-mail: b.jazwiec@imp.sosnowiec.pl**

Absolwenci – lekarze dentyści – AM w WARSZAWIE z roku 1954

Z okazji 50 rocznicy ukończenia studiów AM w Warszawie chce odnowić wydane wówczas dyplomy. W związku z powyższym prosimy o przesłanie na adres: **prof. dr Leszek Kryst, Zakład Chirurgii Stomatologicznej AM w Warszawie, ul. Nowogrodzka 59, 02-006 Warszawa, paw. XI B** lub zgłoszenie telefoniczne: **Bożena Matczyk, 502-12-42** w godz. **8.00-14.00, pon.-pt.** swoich danych (imię, nazwisko, adres, ew. nr dyplomu). Panie, które dziś noszą inne nazwiska niż wymienione na dyplomie proszone są o podanie obu nazwisk.

Uczelnia planuje zorganizowanie uroczystego spotkania, o terminie którego zgłaszający się zostaną powiadomieni. Odpowiedz także, czy będziesz uczestniczyła/w w odpłatnym spotkaniu towarzyskim kursu. Sprawa jest pilna, nie zwlekaj z odpowiedzią!

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w WARSZAWIE z roku 1979

Komitet Organizacyjny Zjazdu i OIL w Warszawie zapraszają w dn. **23-24 października 2004 r. do hotelu*** BOSS w Warszawie Miedzeszynie, ul. Żwanowicka 20** na spotkanie integracyjne dla całego rocznika. Informacje: tel. **(0-22) 850-18-08, 0-603-583-910**.

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w LUBLINIE z roku 1979

W dn. **15-16 maja br.** odbędzie się zjazd koleżeński w **Zajeździe Piastowskim w Kaziemierzu nad Wisłą**.

Wpłaty dla korzystających z noclegu 250 zł lub bez noclegu 160 zł do końca marca na konto ING Bank Śląski Oddział Lublin 63 1050 1953 1000 0022 6825 2372

Informacje: **Anna Zmysłowska, tel. 601-283-318, Rosława Kluza, tel. 504-110-654, Danuta Loch-Kruk, tel. (0-81) 501-21-11**

Absolwenci WROCŁAWSKIEJ AM Wydziału Lekarskiego, Pediatrycznego i Stomatologicznego z roku 1959

W dn. **28-30 maja 2004 r. w Sobótce Górce VI** jubileuszowy zjazd, z okazji 50 rocznicy rozpoczęcia studiów i 45 rocznicy uzyskania absolutorium.

Zgłoszenia: do koleżanki **Małgorzaty Pawłowskiej, 50-317 Wrocław, ul. Bolesława Prusa 37/39 m. 3, tel. (0-71) 322-71-66**.

Spotkajmy się! Serdecznie zapraszamy! Komitet Organizacyjny Zjazdu

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM we WROCŁAWIU rocznik 1954

Zjazd odbędzie się **12 czerwca 2004 r. we Wrocławiu**.

Zgłoszenia uczestnictwa do 20 marca 2004 r. na adres: **Janusz Woytoń Klinika Rozrodczości i Położnictwa, ul. Dyrekcyjna 5/7, 50-528 Wrocław, tel./fax (0-71) 367-13-64**.

Oplata za uczestnictwo 50 zł na konto: Fundacja Rozwoju Położnictwa i Ginekologii we Wrocławiu, Bank Zachodni WBK S.A. 50 10902473 0000 0006 2402 0834 z dopiskiem „Zjazd Absolwentów '54” oraz imieniem, nazwiskiem i adresem wpłacającego.

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl

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

SPÓŁDZIELCZA KASA OSZCZĘDNOŚCIOWO-KREDYTOWA IZB LĘKARSKICH

POŻYCZKA SUPER DLA NASZYCH CZŁONKÓW

Kwota do 10 000 PLN

BEZ PORĘCZCIELI!!! W 24 GODZINY!!!

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE W SKOK IL:

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

e-mail: skok@hipokrates.org

PEŁNA OFERTA KREDYTÓW I DEPOZYTÓW – www.skokil.pl



IPS - International Publishing Service Sp. z o.o.
Salon Wystawowy-Dział Książek, ul. Piękna 31/37, 00-677 Warszawa
tel.: (0-22) 628-60-89, fax: (0-22) 621-72-55
e-mail: books@ips.com.pl, http://www.ips.com.pl

ROSAI AND ACKERMAN'S SURGICAL PATHOLOGY Juan Rosai

wyd. **Mosby (Elsevier Science)**, marzec 2004, c. 230 GBP

Książka (dwa tomy) ukazuje wszechstronnie ukiegowane wskazówki dotyczące każdego aspektu patologii chirurgicznej. Nowe wydanie podaje rozszerzone i uaktualnione treści dotyczące patologii molekularnej, immunochemii i immunohistologii, pomocniczych technik, dzięki którym nastąpiła transformacja w praktyce patologii chirurgicznej. Zawiera ponad 3100 ilustracji kolorowych oraz dwie płyty CD-ROM.



CONTEMPORARY ORAL & MAXILLOFACIAL PATHOLOGY

J. Philip Saap, Lewis Roy Eversole, George W. Wysocki

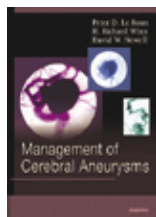
wyd. **Mosby (Elsevier Science)**, grudzień 2003, c. 49.99 GBP
Zawiera najnowsze omówienia patologii jamy ustnej. Omawia powstawanie nowotworów, zaburzeń układu immunologicznego, zaburzeń rozwojowych, oraz stany różnych układów organizmu dających objawy w jamie ustnej. Książka, bogato i ciekawie ilustrowana, zawiera szeroką bibliografię.



NEUROLOGY IN CLINICAL PRACTICE

Walter G. Bradley, Robert B. Daroff, Gerald Fenichel, Joseph Jankovic
wyd. **Butterworth Heinemann (Elsevier Science)**, grudzień 2003, c. 270 GBP

Neurologia w praktyce klinicznej jest wszechstronną i praktyczną książką, obejmującą wszystkie dziedziny klinicznych nauk neurologicznych, skoncentrowaną na neurologii klinicznej. Dołączona witryna internetowa (co tydzień aktualizowana) umożliwia zamieszczenie tekstu i kopiowanie obrazów.



MANAGEMENT OF CEREBRAL ANEURYSMS

Peter D. LeRoux, H. Richard Winn, David W. Newell
wyd. **Saunders (Elsevier Science)**, grudzień 2003, c. 99 GBP
Prezentuje aktualny stan badań dotyczący postępowania w przypadkach tętniaków mózgu, z naciskiem na zespołowe podejście multidyscyplinarne. Dokonuje analizy historii, modeli doświadczalnych, nauki podstawowej, oceny i opieki nad pacjentami z tętniakami mózgu, ich rehabilitacji i technik chirurgicznych oraz technik wewnątrznaczyniowej okluzji. Opisuje wszystkie aspekty tętniaków mózgu, krwotoków pod pajęczynkowych. Ponad 400 ilustracji.

Górnicki Wydawnictwo Medyczne

50-357 Wrocław, ul. Grunwaldzka 90, tel.: 0-71 328 08 43,
faks: 0-71 328 11 67, e-mail: zamowienia@gornicki.pl, www.gornicki.pl



GONIOSKOPIA. ATLAS I PODRĘCZNIK

Wallace L. M. Alward

pod red. **Marty Misiuk-Hojło**

wyd. I polskie, Wrocław styczeń 2004, s. 135, c. 79.00 zł
Monografia, przygotowana przez Amerykańską Akademię Okulistyki, wyjaśnia wszystkie aspekty gonioskopii, podstawowej techniki w diagnostyce jaskry. Książka jest pięknie ilustrowana znakomitymi rycinami i fotografiami kąta tęczęwoko-rogowkowego.



ANGIOGRAFIA FLUORESCYNOVA I INDOCYANINOWA. Technika i interpretacja

Joseph W. Berkow i in.

pod red. **Marty Misiuk-Hojło**

wyd. I polskie, Wrocław styczeń 2004, s. 205, opr. tw., c. 89.00 zł
Podręcznik zalecany przez Amerykańską Akademię Okulistyki jako podstawowe źródło informacji dla okulistów na temat techniki wykonywania badania angiograficznego i interpretacji obrazów w różnych stanach patologicznych oka.



JASKRA

Josef Flammer

tłum. **Ewa Kustuś**

wyd. I polskie, Wrocław, grudzień 2003, s. 408, c. 60.00 zł,
Książka wybitnego specjalisty w dziedzinie jaskry, prof. J. Flammera ze Szwajcarii, przedstawiająca w unikatowy, popularny sposób wszystkie aspekty tej częstej i grożącej utratą wzroku choroby, adresowana nie tylko dla lekarzy okulistów, ale także do lekarzy rodzinnych i pacjentów.

Wydawnictwo Via Medica,
80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73, tel. (0-58) 320 94 94,
e-mail: sprzedaz@viamedica.pl, www.viamedica.pl

NEFRODIABETOLOGIA

pod red. **Edwarda Franka i Franciszka Kokota**

wyd. I, Gdańsk 2003, s. 224, opr. tw., c. kat. 48.00 zł

Monografia napisana z myślą o nefrologach i diabetologach, a także lekarzach POZ, stykających się z problemem cukrzycy. Największym problemem zdrowotnym u chorych na cukrzycę są uszkodzenia narządów, zwłaszcza wzroku, serca i nerek. W publikacji duży nacisk położono na zapobieganie, czyli ochronę nerek przed negatywnym skutkiem cukrzycy. Opisano również nefropatie niecukrzycowe.



KARDIOLOGIA U OSÓB W WIEKU PODESZŁYM – wybrane zagadnienia

pod red. **Tomasza Grodzickiego, Barbary Grylewskiej i Jacka S. Dubiela**

wyd. I, Gdańsk 2003, s. 200, c. kat. 36.00 zł

Zawiera praktyczne wskazówki dotyczące diagnostyki i terapii chorych w podeszłym wieku. Omawia leczenie choroby niedokrwiennej serca, zaburzeń lipidowych, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego i wad serca, wpływ hormonalnej terapii zastępczej na choroby krążenia u kobiet po menopauzie.



ZABURZENIA AFETYWNE DWUBIEGUNOWE

Gary S. Sachs, Michael E. Thase

wyd. I, Gdańsk 2003, s. 2003, s. 280, c. kat. 62.00 zł

Publikacja w przejrzysty sposób przedstawia diagnozowanie i leczenie fazy aktywnej oraz leczenie profilaktyczne zaburzeń psychicznych. Omawia również kompleksowo stosowanie aktualnych leków.



Ponadto nadesłano

INTERNA HARRISONA (tom I-III)

Fauci i wsp.

wyd. I, łącznie ok. 4000 s., opr. tw., **Wydawnictwo Czelej**
komplet – 312 zł (c. det. 390 zł), 1 tom – 119 zł (c. det. 149 zł)
dystr.: **Składnica Medyczna LSM**

W sposób syntetyczny omówiono podstawy myślenia lekarskiego, głównie w postępowaniu niezabiegowym oraz podstawy diagnostyki i leczenia. Przez pojęcie „choroby wewnętrzne” autorzy rozumieją także onkologię i hematologię oraz choroby zakaźne, skórne, układu nerwowego, genetyczne i autoimmunologiczne.

WYJĄTKOWA PROMOCJA DO KOŃCA MARCA



KLASYFIKACJA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH I ZABURZEŃ ZACHOWANIA W ICD-10.

Stanisław Puzyński, Jacek Wciórka (red.)

Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” oraz IPIN, 2000 (dodruk), komplet – c. 72 zł

dystr.: **Składnica Medyczna LSM**

OPISY KLINICZNE I WSKAZÓWKI DIAGNOSTYCZNE

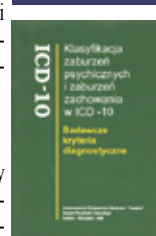
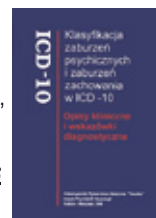
wyd. II, s. 288, wym. 16,5 x 24 cm, opr. miękka, c. 48 zł

Książka jest pierwszą i podstawową pochodną V rozdziału dziesiątej wersji „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10)”. Zawiera podstawowe opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne przydatne do klasyfikowania zaburzeń psychicznych.

BADAWCZE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

wyd. I, s. 190, wym. 16,5 x 24 cm, opr. miękka, c. 40 zł

Książka przedstawia badawcze kryteria diagnostyczne, kolejne z rodziny narzędzi rozwijających dziesiątą wersję „Klasyfikacji zaburzeń...”. Precyzują one i uwypuklają wiele zasad i rozwiązań sygnalizowanych w „Opisach klinicznych...” (obie książki uzupełniają się wzajemnie).



opr md