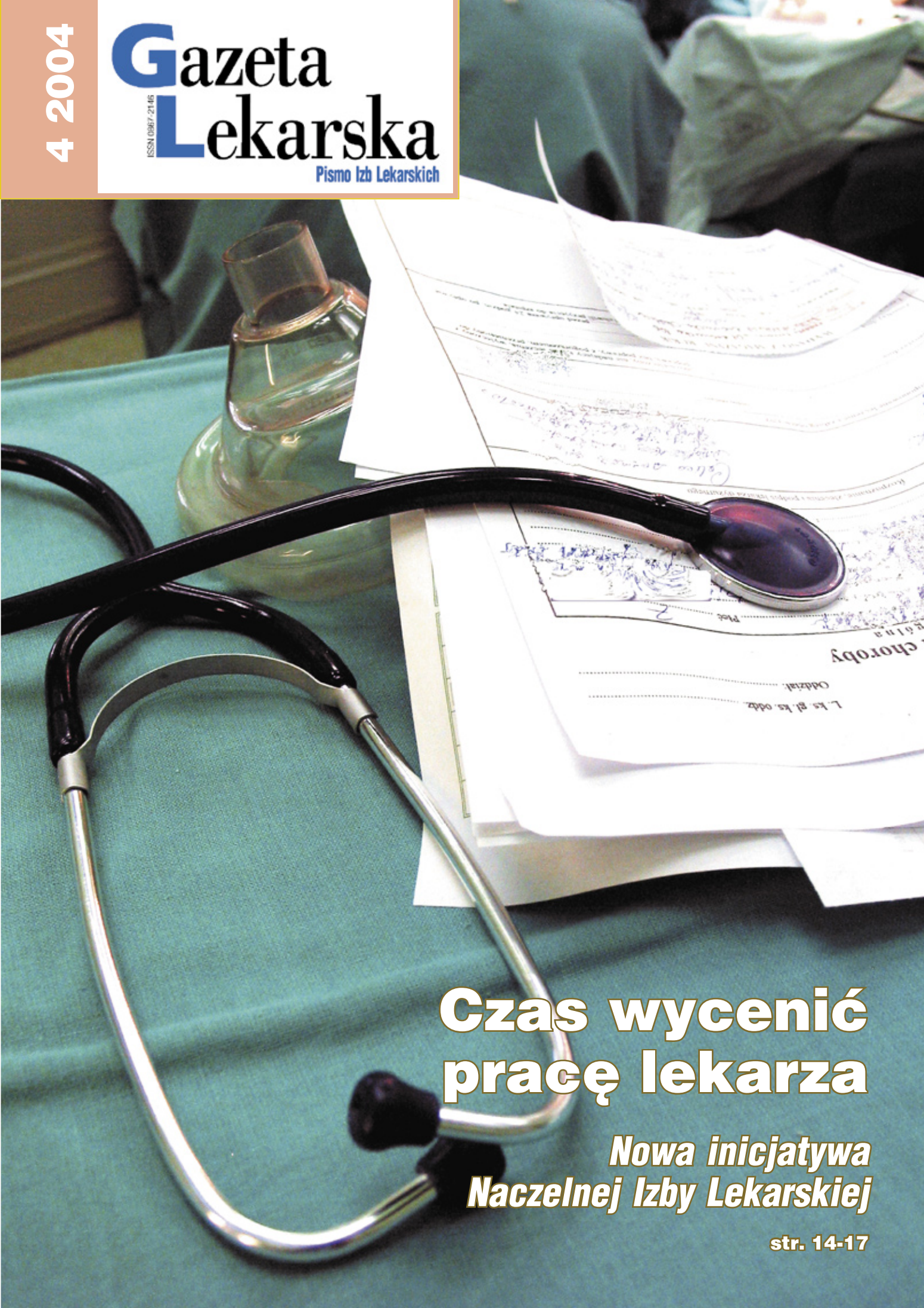




Czas wycenić pracę lekarza

*Nowa inicjatywa
Naczelnej Izby Lekarskiej*



Gdy nasi wielcy już przestają grać

Co można jeszcze powiedzieć o planach rządu, którego nie życzy sobie 91% społeczeństwa?

Czy w ogóle warto bez końca pastwić się nad Łapińskim, Naumanem, Panasem i kolejnymi prezesami największej kasy w Polsce? Ile razy jeszcze trzeba przypomnieć, że obłąkane pomysły na leki za złotówkę były przykrywką dla kumoterstwa na szczytach władzy w ochronie zdrowia? Czy warto relacjonować konferencję prasową ministra zdrowia, który obwieszcza rodakom, że to, co znajdzie się w koszyku usług gwarantowanych, zależy nie od niego, lecz ekspertów z jakiejś niezależnej agencji? Od kogo niezależnej? A może od kogo zależnej?

Do Europy wchodzimy jak ubodzy krewni. Na razie nie dowiemy się, za jakie usługi medyczne wkrótce będziemy płacić, a do jakich – dopłacać. Zdrowie za złotówkę? Bezplatne będą te świadczenia, które „przy stosunkowo niskim koszcie dają dobry efekt zdrowotny” – wyjaśnia zawile minister.

Odruchy samozachowawcze zachowuje parlament, choć i on obrasta biurokratyczną pajęczyną niezrozumiałego dla przeciętnego Polaka slangu. Za pięć dwunasta Sejm niemalże na kolanie uchwała fundamentalne prawa. To oczywiście krzepi, i słusznie, przeciwników akcesji oraz potwierdza ich wątpliwości, że trudno się w tym wszystkim połapać.

Przypomnijmy, że dyrektywy unijne nie są automatycznie transponowane do przepisów prawa krajowego. Chodzi o prawo do bezpłatnych świadczeń w Unii, pod warunkiem, że leczenie jest niezbędne i że choroba wystąpiła nagle. Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego, która zastąpi E-111, zostanie w Polsce wprowadzona dopiero od 2006 r. Każdy Polak wyjeżdżając po 1 maja br. za granicę powinien zabrać formularz E-111, potwierdzony przez NFZ. To jest bardzo ważny warunek. Bez E-111 będziemy płacić za świadczenia albo ryzykować, że właściwe instytucje dopiero potwierdzą, czy dana osoba ma takie prawo.

Sejm znowelizował właśnie ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ. Wszystkie koszty będą obciążały NFZ. Nowelizacja przyznaje także prawo wydania zgody na planowe leczenie poza granicami Polski prezesowi Funduszu.

Za rządów koalicji lewicowej, tak wrażliwej na sprawy człowieka, nie doczekaliśmy się wyceny pracy lekarza. Na szczęście podąża nam w sukurs Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie (AMA) ze swoim sprawdzonym od ponad trzydziestu lat systemem. Choć na wycenę usług lekarskich być może przyjdzie nam poczekać do lepszych czasów i jeszcze bardziej wrażliwych koalicji, to już dziś na naszych łamach obszernie omawiamy zasady, wg których rozliczają się lekarze w USA.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Lekarze, do pióra!	4-5
Okiem Prezesa	5
Wielkanoc	8
Czy klon ma duszę?	10
Czas wycenić pracę lekarza	14-17
Polska stomatologia do Europy. Tak blisko i tak daleko	18-19
Dyżury a czas pracy lekarza	20-21,23
Staż i co dalej?	24-25
Notatki rzecznika NRL	26-27
Nowe wykazy leków refundowanych. Daleko od oczekiwania	28-29
Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej	34
Lekarz pyta – prawnik odpowiada	35
Good Clinical Practice	37
Lekarski sport	38-39
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	40-41
Książki nadesłane	43
Wielkanocny konkurs literacki	44-45
Konkursy, ogłoszenia różne	46-59
Biuletyn NRL	



Radosnych
Świąt
Wielkiej
Nocy
życzy redakcja

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl

Lekarze, do pióra!

W tym miejscu co miesiąc od dłuższego czasu zwracamy się do Czytelników z zachętą do pisania listów. Ale rzecz nie tylko w tym, żeby tych listów było więcej. Tak naprawdę to te wezwania dotyczą czegoś bardziej zasadniczego i ważnego. To jest oferta współredagowania „Gazety Lekarskiej” przez Czytelników. Gazety wydawanej i redagowanej dla lekarzy i przez nich. Jesteśmy pismem izb lekarskich i tematyka samorządowa słusznie i naturalnie dominuje w naszych publikacjach. Ale nie chcemy zawężać tego do odpowiadania jedynie na pytania: Co tam słycać w naszej izbie? Powinno to być miejsce rozmowy, a nawet publicznej debaty o warunkach wykonywania naszego zawodu. Poddawanego zwłaszcza w ostatnich latach bolesnym doświadczeniem przez skłonnych do eksperymentów reformatorów. I to eksperymentów przeprowadzanych na żywo, bez znieczulania.

Ta nasza oferta spotyka się z coraz żywszym odzewem. I tak np. prosił się ostatnio Czytelników o recenzję jednego z numerów „Gazety”, tego właśnie, który dotarł do ich rąk. Ilościowo odzew na ten apel był poniżej naszych oczekiwań. Ale i w tych kilku szerzej przedstawionych opiniach, jakie Czytelnicy w odpowiedzi przesłali, znaleźliśmy tyle cennych uwag, refleksji, sugestii, zarówno słów krytyki, jak i zachęty, że mamy nad czym się zastanawiać nie tylko dziś, nie tylko jutro, ale w najbliższych miesiącach. W tym miejscu chcemy szczególnie podziękować p. dr Annie Birun, która na kilkunastu kartkach maszynopisu, niemal strona po stronie, recenzuje kolejne pozycje numeru i uzasadnia jej wrażenie ogólne po lekturze „Gazety”. Czytaliśmy w redakcji ten obszerny list nie raz i nie dwa, nawet na głos. Potraktowaliśmy go jako dobry początek nawiązania nowej nici listownego współdziałania redakcji z Czytelnikami, a ściślej Czytelników z redakcją. Dlatego i dziś ponawiamy prośbę o ocenę zawartości tego numeru „Gazety”. Zwracamy szczególnie uwagę Czytelników na tekst „Czas wycenić pracę lekarza” i na pozycje dotyczące czasu pracy lekarzy.

Redakcja

listy@gazetalekarska.pl

Jak zahipnotyzowana

Po przeczytaniu artykułu „O krok bliżej do raju” przez długi czas byłam jak zahipnotyzowana. Czytało się go jak czyjaś/moja? fantazję... praca w godnych warunkach, za uczciwą pensję oraz szacunek pacjentów i „decydentów”, że nie wspomnę o możliwości dalszego kształcenia się! Jestem lekarzem stomatologiem i choć wiem, że Skandynawia nie jest aż tak atrakcyjna dla stomatologów (mniej miejsc pracy), to jest sporo innych miejsc kuszących do emigracji „za chlebem” i szacunkiem dla naszej pracy. Tylko DLACZEGO?! Dlaczego tak musi być?

Czy wreszcie ktoś z „decydentów” zauważy jak ambitnych i dobrze wykształconych (za pieniądze podatników) lekarzy mamy w Polsce!? Czy zrobi coś, by dać nam szansę rozwoju i spłacenia naszej wiedzy i pracy, długu wobec społeczeństwa i sprawi, że będziemy wykonywać naszą pracę z pasją i radością? Na pewno poprawiłoby to jakość pracy, wypoczętych i lepiej opłacanych lekarzy, których stać by było choćby na skromny urlop z rodziną... no i na założenie rodziny!

Czy ktoś nam na to pozwoli?

Sylvia

Nowomińska-Książek

Za i przeciw

Preczytana w Biuletynie NRL uchwała nr 73/04/IV „w sprawie rodzajów umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz warunków i trybu uzyskiwania świadectw potwierdzających posiadanie takich umiejętności” zaniepokoiła mnie.

Sądzę, że już na tym etapie legislacji wymaga ona komentarza ze strony lekarzy praktyków, którzy pracują w terenowych szpitalach. Mam nadzieję, że mój list nie będzie w tej sprawie odosobniony.

Jestem lekarzem od 23 lat, a od 5 lat jestem ordynatorem Oddziału Chorób Wewnętrznych w Specjalistycznym Zespole Chorób Płuc. W okresie pracy nabyłem umiejętność wykonywania usg (wykonuję to badanie od 15 lat i udało mi się przekazać tę umiejętność kilku innym lekarzom), panendoskopii (od 3 lat), a obecnie planowałem nauczyć się wykonywać echokardiografię.

Nauka tych umiejętności wyglądała podobnie: kursy, długie „terminowanie” u kolegów już wykonujących te badania, a wreszcie samodzielne ich wykonywanie. Może to tylko przypadek, ale na około dwadzieścia tysięcy badań usg i na około pięćset badań endoskopowych nigdy nie miałem zażaleń ze strony innych kolegów, czy też pacjentów.

Do tej pory nieskromnie uważałem, że wykonywanie usg, panendoskopii, echokardiografii i jeszcze kilku innych badań nie przekracza moich manualnych i intelektualnych możliwości. Obecna sytuacja budzi moje wątpliwości w tym zakresie, tym bardziej, że moje „papiery”, do których nie przykładałem nadmiernej wagi, nie są zbyt mocne i najpewniej zostanę uznany za nieuka, który bezprawnie wykonuje szereg badań.

Patrząc na projekt uchwały NRL jestem przekonany, że nie będę miał dość czasu, siły, pieniędzy, aby podolać stawianym wymaganiom. To spowoduje, że płatnik czyli NFZ nie podpisze z nami kontraktu na wykonywanie świadczeń potrzebnych do leczenia wielu chorób (choć szpital dysponuje odpowiednim sprzętem). Na oddziale, na którym pracuję jest tylko dwóch lekarzy z II stopniem specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych (nie ma kardiologa, gastroenterologa, endokrynologa, nefrologa, hematologa, itp.), są natomiast młodzi lekarze w trakcie specjalizacji. Przypuszczam, że podobna sytuacja występuje w wielu peryferyjnych szpitalach, które będą borykały się z ogromnymi kłopotami po wejściu w życie ww. uchwały. Pociągnie to za sobą spadek dostępności do tych niezwykle wy-

rafinowanych i skomplikowanych metod diagnostycznych, a poważnie mówiąc do podstawowych metod, którymi winien dysponować każdy oddział chorób wewnętrznych.

Podsumowując, chciałbym zadać kilka pytań: Czy naprawdę z perspektywy Warszawy i ośrodków akademickich tak marnie wygląda medycyna na prowincji, że istnieje pilna potrzeba wymuszania zdobywania omawianych certyfikatów? Czy NRL nie boi się, że albo nowe przepisy nie będą respektowane, albo dojdzie do znacznego spadku możliwości diagnostycznych w małych szpitalach? Czy poprzeczkę trzeba zakładać tak wysoko jak sobie tego życzy grono ekspertów w imię hasła albo super, albo wcale?

Kończąc mogę tylko apelować do ministra zdrowia, jego ekspertów, do posłów z Komisji Zdrowia aby dobrze rozważyli wszystkie za i przeciw ww. uchwały NRL.

Nazwisko i adres
znane redakcji

W poszukiwaniu zaginionej tajemnicy lekarskiej

Cechą stawiającą zawód lekarza w roli zawodów zaufania jest m.in. zachowanie tajemnicy lekarskiej. Lekarz ma ten obowiązek wypełniać i pacjent o tym wie. Obowiązek nie jest prawem teologicznym, wynikającym z wiary, a moralnym. Nawet dzieląc się swoją wiedzą o pacjencie w trakcie konsylium lekarz rozmawia z ludźmi z takim samym poziomem i obowiązkiem moralnym. Pozostanie to w tajemnicy z powodu przestrzegania wcześniej wymienionej.

Tak było w czasach, do których wracają coraz częściej pamiętnikarze, kiedy to obowiązek był obowiązkiem, a nie piastowaniem, a honor honorem, a nie pełnieniem funkcji. Rozum był rozumem, a nie teką, czy innym immunitem.

W ciekawych czasach obecnych zjawisko tajemnicy lekar-



Praca Małgorzaty Raduły

skiej zanika. Lekarze nie wybiegają co prawda na rynek i nie ogłaszają na co choruje popularny biznesmen czy znany polityk, ale powstało tyle innych dróg omijania tajemnicy, że trudno powrócić nawet do obecnie obowiązującej definicji w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

W codziennej praktyce spotykam się z odbijaniem na ksero historii choroby przez firmy ubezpieczeniowe, ZUS, instytucje sprawiedliwości, wszelkie administracje dla zastosowania tzw. ulg, urzędy dla zapomóg, pacjentów na życzenie zakładów pracy. W końcu sieci komputerowe NFZ pełne wiedzy o pacjentach czekające na włamania ludzi ciekawych. Wynika z tego, że tajemnica lekarska jest obecnie jeszcze jednym elementem mijającej epoki. A staje się przedmiotem handlu. O czym z szacunkiem zawiadamia

Wojciech Motyl

Kto płaci?

Szanowna Redakcjo!

W nawiązaniu do b. słusznej propozycji dr. Władysława Steckiewicza („GL” nr 3, 2004 r., str. 21) bardzo proszę o podanie do publicznej wiadomości nie tylko dokładnej rocznej kwoty wpływów na ochronę zdrowia, ale również KTO i ILE na tę ochronę płaci.

Ustawowy odsetek na pewno płacą emeryci i renciści, pracownicy najemni, przedsiębiorcy i inni pracujący, wykazujący dochody. Znacznie poniżej płacą płatnicy KRUZ (~ 2 ml), wojskowi, mundurowi, duchowieństwo (ryczałt podatkowy) i inne grupy uprzywilejowane. W ogóle nie płacą bezrobotni, zadłużone firmy, przedsiębiorstwa, huty, kopalnie etc. etc.!

Tę listę lepszych i gorszych płatników można uzupełnić w Ministerstwie Zdrowia lub Finansów, a więc poinformujemy o otwarciu i całe nasze me-

dyczne środowisko, i społeczeństwo, jak to jest z finansami w służbie zdrowia.

Irena Lisewska
Gdańsk

Czubek góry lodowej

Przeczytałam z uwagą wiadomość z profesorem Ziętkiem, jak również list otwarty z Krakowa („Wąska grupa wysokiej klasy specjalistów”, „GL” nr 2 i 3/2004). Oba z mieszanymi uczuciami.

Jestem pracownikiem naukowym akademii medycznej na etacie adiunkta. Nie powiem, bardzo chciałabym zrobić habilitację, chęci są, tylko brak środków.

Aby to zrobić, jakiegokolwiek badania, trzeba mieć pieniądze na sprzęt, na odczynniki, na zapłacenie badań na bazie obcej, a nawet na bazie macierzystej uczelni też wszyscy liczą finanse. Potem trzeba to opublikować.

Nasze czasopisma stomatologiczne mają 2-4 punktów KBN, to ile trzeba mieć publikacji, aby zdobyć ich 200? Inne, te o wysokim Impakt Factor lub z Listy Filadelfijskiej, są drogie. Koszt wydania 500-600 zł lub np. 200 euro, ale tam za wydanie jest czasem i 20 punktów.

Przy ograniczonych środkach na badania własne zakładów trzeba się starać o granty KBN. Kiedyś można było starać się o małe granty uczelniane do 20 000 zł, teraz ich nie ma. Pozostają tylko ministerialne i jest to droga przez mękę.

Pomijam tony papieru, które trzeba wypełnić, ale czasem opinie recenzentów wniosku badawczego świadczą o małym zrozumieniu problemu, którym przyszły habilitant chce się zająć. To pokrótce, jest to temat woda i tak naprawdę ta dyskusja to czubek góry lodowej.

Pozdrawiam

Adiunkt

Nazwisko i adres
znane redakcji

Okiem Prezesa



Oczekując na jakieś dobre nowiny na temat reformy zwlekałem do ostatniej chwili z napisaniem felietonu. Nic jednak, mimo upływającego nieubłagania czasu, nie wydarza się. Na 152 stronach „Strategii zmian w systemie opieki zdrowotnej – szansa przezwyciężenia kryzysu” autorstwa ministerialnego zespołu kierowanego przez prof. Cezarego Włodarczyka dowiadujemy się, że powszechne ubezpieczenie zdrowotne coraz bardziej będzie przypominać zwykły podatek. Narodowy Fundusz Zdrowia przetrwa. Wszystko odbywać się będzie według skomplikowanych planów opracowywanych na różnych szczeblach. Koszyk świadczeń zdrowotnych ustali Agencja Oceny Technologii Medycznych (kiedy?). Ich ceny Agencja ds. Taryf w Opiece Zdrowotnej. Szpitale dostaną budżety globalne, a podstawowa opieka zdrowotna zostanie wraz z innymi placówkami opieki zdrowotnej połączona w instytucję Koordynowanej Opieki Zdrowotnej. Nie budzi to wszystko mojego entuzjazmu. W niektórych obszarach można jednoznacznie powiedzieć, że nie takich rozwiązań oczekujemy. Ta interesująca publikacja nie może być moim zdaniem traktowana inaczej, jak tylko jedna z licznych pozycji na rynku rozważań o możliwych rozwiązaniach. Absolutnie nie może być traktowana jako założenia do jakiejkolwiek ustawy.

Mam zresztą wrażenie, że także minister zdrowia jeszcze nie wie, jak będziemy leczyć po 1 stycznia 2005 r., bo dwa dni przed ogłoszeniem omawianej „Strategii...” podpisał dokument nieco inaczej opisujący plany reformy. Niestety, nie jest to wszystko dobrą prognozą dla stworzenia nowego, odważnego projektu zmian zapewniających przynajmniej wejście Polski na drogę do normalności w ochronie zdrowia. I mimo, że wiele grup osób i organizacji (w tym także samorząd lekarski) tworzy swoje własne wizje koniecznych zmian, to tak długo, jak konstytucyjnie odpowiedzialne za to organy nie zrobią tego w przewidziany prawem sposób (Ministerstwo Zdrowia → Rząd → Parlament → Prezydent), tak długo nasze oczekiwania będą tylko pobożnymi życzeniami. Niestety, ta „ścieżka” legislacyjna wymaga czasu i w związku z tym coraz bardziej prawdopodobny staje się scenariusz zmian minimalnych w postaci ustawy podpisywanej przez prezydenta gdzieś w połowie grudnia, a przedtem (i potem) chaos związany z kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych na następny rok na nieokreślonych (lub tworzonych na kolanie) zasadach.

Nic dobrego nie da się także powiedzieć o roku bieżącym. Nowy prezes Narodowego Funduszu na razie nie pokazuje się publicznie, ale cisza wokół NFZ-u zwiastuje już chyba tylko kolejną burzę – katastrofalna sytuacja szpitali skłoniła w ostatnich dniach Związek Powiatów Polskich, przedstawicieli organów właścicielskich dużej części polskich szpitali, do zapowiedzi wypowiedziania w najbliższym czasie umów z NFZ-em. Już dziś można powiedzieć, że samorząd lekarski poprze także „szpitalników” (jak to robił w stosunku do Porozumienia Zielonogórskiego) w ich słusznej walce o godne warunki pracy i płac oraz bezpieczeństwo powierzonych im chorych.

Mimo starań samorządu utrzymuje się zamęt w innych obszarach naszych zainteresowań. Minister zdrowia nie wydał na czas rozporządzenia w sprawie stażu podyplomowego; nic nie zrobiono, aby przygotować Polskę do nowego otoczenia prawnego w sprawie dyżurów lekarskich; nie poprawia się sytuacja w zakresie kształcenia podyplomowego; nie wiadomo, co będzie z planami przekształcania szpitali w spółki; nic nie zrobiono, aby zminimalizować wydatki związane z leczeniem się Polaków w innych krajach UE. W tej sytuacji braku realnych perspektyw rychłej poprawy warunków pracy, płac i rozwoju zawodowego (zwłaszcza dla młodych lekarzy i lekarzy stomatologów) po 1 maja coraz bardziej grozi nam stawanie się zagłębiem „produkcji” lekarzy dla bogatszych krajów Unii Europejskiej.

Deklaracja współpracy i wspólnego działania na rzecz zawodu lekarza stomatologa i rozwoju opieki stomatologicznej, przyjęta w Warszawie – 18 lutego 2004 r. przez organizacje i stowarzyszenia zrzeszające lekarzy stomatologów działające w oparciu o obowiązujące w Polsce przepisy prawa

Zebrani w Warszawie przedstawiciele organizacji i stowarzyszeń: dr n. med. Zbigniew Żak, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL, prof. dr hab. Marek Ziętek – prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, lek. stom. Zbigniew Klimek – prezes Stowarzyszenia Polskich Lekarzy Stomatologów, lek. stom. Robert Stępień – prezes Polskiego Stowarzyszenia Lekarzy Stomatologów Kas Chorych, lek. stom. Ryszard Majkowski – przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Stomatologów Ubezpieczeń Zdrowotnych, Kas Chorych i Wolnopracujących, lek. stom. Artur Lech – członek Prezydium Porozumienia Zielonogórskiego. oświadczają, że świadomi konieczności wspólnego przeciwdziałania zagrożeniu w wykonywaniu zawodu lekarza stomatologa i zapasici systemu opieki stomatologicznej postanawiają działać wspólnie i w porozumieniu w celu poprawy obecnego stanu i przeciwdziałać dalszej deprecjacji zawodu oraz prezentować wspólnie przyjęte ustalenia wobec władzy ustawodawczej, władz administracji rządowej i samorządowej.

Oświadczamy, że „Celem naszego działania jest dobro zawodu lekarza stomatologa, zapewnienie godności jego wykonywania oraz rozwoju opieki stomatologicznej w naszym kraju”.

Domagamy się od władz RP, a w szczególności od ministra zdrowia, naszego współuczestniczenia w tworzeniu norm prawnych i strategii rozwoju opieki stomatologicznej.

Uważamy, że izby lekarskie, których członkami z mocy ustawy są wszyscy lekarze stomatolodzy, mają do spełnienia odpowiedzialne zadanie w celu integracji środowiska zawodowego lekarzy stomatologów.

Apelujemy do wszystkich Koleżanek i Kolegów o wspieranie wszelkich działań, jakie wspólnie będą podejmowane w interesie zawodu lekarza stomatologa.

Składający niniejszą deklarację wyrażają wolę współpracy ze wszystkimi organizacjami akceptującymi cele porozumienia.

Deklaracja w niczym nie narusza praw i obowiązków wynikających ze statutów organizacji składających niniejszą deklarację.

1. dr n. med. Zbigniew Żak – wiceprezes NRL
2. prof. dr hab. Marek Ziętek – prezydent PTS
3. lek. stom. Zbigniew Klimek – prezes SPLS
4. lek. stom. Robert Stępień – prezes PSLSKCh
5. lek. stom. Ryszard Majkowski – przewodniczący OZZLS UZ, KCh i W
6. lek. stom. Artur Lech – członek Prezydium PZ

Czwarty w ciągu roku

Tym razem Abramowicz

Nowy prezes NFZ **Lesław Abramowicz** (ur. 1948 r.) jest ekonomistą. Przed nominacją na szefa największej kasy w Polsce (dzisiaj ze składek NFZ ma ok. 29 mld) był dyrektorem Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Rozpoczął karierę w Federacji Socjalistycznych Związków Młodziży Polskiej, Krakowskim Zjednoczeniu Budownictwa i Krakowskim Przedsiębiorstwie Robót Inżynierskich.

Życiową przygodę ze służbą zdrowia przeżył w Wojewódzkim Szpitalu im. Ludwika Rydygiera w Krakowie jako zastępca dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych. Kiedy odchodził z tego stanowiska, szpital był już zadłużony na 9 mln zł. Czy to dużo? To pojęcie względne – wyjaśnił w audycji Radia Tok FM. – Udało się z tego odzyskać około 4 czy 5 mln, gdyż wnieśliśmy pozwy przeciwko kasie chorych i pozwy te wygraliśmy – dodał. To świetna informacja dla wszystkich szpitali. Czy oznacza, że dzisiaj szpitale, które będą zadłużone, mają pozywać pana Fundusz do sądu? – Jeśli będą miały tytuł prawny, to w państwie prawa zawsze taka możliwość istnieje – odpowiedział nowy szef NFZ.

Lesław Abramowicz jest zaliczany do grona przyjaciół wicepremiera Jerzego Hausnera. Czas pokaże, czy weźmie się za porządkowanie rozgrzebanego przez poprzedników Funduszu czy zagra na przeczekanie. Na razie wiadomo, że NFZ nie będzie mógł przerzucać dowolnie pieniędzy z województwa do województwa. Oddział NFZ dostanie tyle pieniędzy, ile w województwie jest mieszkańców.

(ms)

„PULS” i Ewa Gwiazdowicz specjalnie wyróżnione

Wpiękną salę Teatru Stanisławowskiego w Łazienkach Królewskich, przy wtórze muzyki w znakomitym wykonaniu Warszawskiej Opery Kameralnej, z rąk marszałka senatu prof. Longina Pastusiaka – naszej koleżanki Ewy Gwiazdowicz, naczelna redaktor „Pulsu” otrzymała specjalne wyróżnienie przyznane Redakcji tego czasopisma przez Światową Fundację Zdrowie – Rozum – Serce. Serdecznie, choć nie bez zazdrości, gratulujemy.

W czasie tegorocznego spotkania ludzi i firm sukcesu specjalne wyróżnienia w dziale „Media a zdrowie”, otrzymali także: Redakcja „Sport dla wszystkich” pod kierownictwem Jerzego M. Jakobsche, Marek Maldis z 3 Programu TVP.

Tytuły „Placówka medyczna przyjazna pacjentowi” przyznano: Dziecięcemu Szpitalowi Klinicznemu im. Profesora Antoniego Gębali pod kierownictwem dyrektora doktora Jerzego Szareckiego, Sanatorium Uzdrowiskowemu „Pod tężniami” w Ciechocinku pod kierownictwem magistra Wiktora Kolbowicza, Uzdrowisku Wysowa S.A. pod kierownictwem magistra Marka Maćkowiaka. (jw)



foto: Jacek Siewski



W odpowiedzi na pismo Prezesa NRL z 9 lutego br. w sprawie dokumentów:

prawo wykonywania zawodu lekarza, prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa, ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza oraz ograniczone prawo wykonywania zawodu stomatologa,

min. Ewa Kralkowska poinformowała samorząd lekarski, że w związku z wejściem w życie rozporządzenia ministra zdrowia z 16 czerwca 2003 r., określającego wzory ww. dokumentów

druki dokumentów wykonane w oparciu o dotychczas obowiązujące wzory nie utraciły ważności.

Zmiany dokonane we wzorach dokumentów określonych w obecnie obowiązującym rozporządzeniu ograniczają się jedynie do zmiany adresu publikacyjnego ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. Zmiana ta jednak nie ma wpływu na zawartość merytoryczną dokumentów. Ze względu na możliwość (po 1 maja br.) ubiegania się lekarzy z krajów UE, którzy nie posiadają numeru ewidencyjnego PESEL, o przyznanie im prawa wykonywania zawodu, konieczne było określenie dodatkowego wzoru ostatniej strony ww. dokumentów.

Iwona A. Raszke-Rostkowska
rzecznik prasowy NRL

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 50MB pojemności, są chronione przed wirusami i niechcianymi reklamami, mają podwyższone parametry bezpieczeństwa transmisji danych.

Zainteresowanych prosimy o e-mail na adres:

informatyka@hipokrates.org
z podaniem kontaktu zwrotnego i numerem PWZ (w przypadku lekarza) lub miejscem pracy (w przypadku pracownika izby).

Mirosław Przastek,
m.przastek@hipokrates.org

Wielkanoc

wieńczy okres Wielkiego Postu i poprzedzający ją Wielki Tydzień.
Jest najważniejszym i najstarszym świętem chrześcijaństwa.

Wielkanoc! Wspaniały czas dla ludzkiej myśli. Radosny czas dla wiary. Piękny czas dla spotkania Miłości, która wiecznie jest wśród nas, żyje naszym życiem, jak my żyjemy życiem Nieśmiertelnego. Wszystkie Marie, które szły do grobu, uciszały niepokój, smutek, rozpacz. Wszyscy przyjaciele spod krzyża i bólu, z góry Kalwarii nieśli nadzieję, że życie się zmienia, ale raz poczęte – nie umiera.

Wielkanoc – jest czasem radości dla każdego wierzącego. Każdy chrześcijanin powinien tak przeżywać największą tajemnicę wiary, aby jego radość udzielała się tym, w których wiara zanika. Radość z faktu, że Jezus Chrystus powstał z grobu i żyje, winna przede wszystkim dotknąć wszystkich chorych i smutnych wokół nas.

Kim są ludzie smutni wokół nas?

To ludzie dotknięci żałobą, chorobą, zadaną krzywdą, zdradą, rozbiciem mał-

żeństwa, niewdzięcznością dzieci, brakiem miłości rodziców, utratą pracy lub jej nieopłacalnością, niespełnieniem reform w służbie zdrowia, konfliktami interesów w medycynie... Trudno wymienić wszystkie powody, które w nowym stuleciu wywołują smutek lub gorycz. Mimo że nastąpiło wiele zmian, które ułatwiają życie.

Cieszymy się wolnością obywatelską, wolnością słowa, wolnością od klasowego myślenia, od kolejek. Nadszedł czas, gdy trzeba myśleć samodzielnie i wykażać się inicjatywą. I to nazywa się wolnością, którą trzeba wykorzystać.

Kościół zabiegając o wolność ciągle wzywa do odnowy życia moralnego. Przyszedł czas na nową ewangelizację i trzeba ją podjąć na wielu odcinkach. Nowa energia w budowaniu nowego stulecia ma być oparta na prawdzie o zmartwychwstaniu. Lepszej recepty nie ma.

W liturgii wielkanocnej słyszemy znamienne słowa św. Pawła, skierowane do Koloosan. Píše on: *szukajcie tego, co w górze, gdzie przebywa Chrystus zasiadając po prawicy Ojca. Dążcie do tego, co w górze, nie do tego, co na ziemi* (Kol 3,1-2). Św. Paweł wcale nie zachęca do patrzenia w gwiazdy i odwracania wzroku od ziemi. Chodzi mu o spojrzenie na świat, a w konsekwencji na własne życie.

Apostołowi chodzi o to, by człowiek był „nowy”, inny, odrodzony. Teologia często przypomina, że Chrystus to „nowy Adam”, a ci, co złączyli się z Chrystusem, mają być nowymi ludźmi. Już nie niosą ze sobą grzechu i skażenia, nie pędzą życia na wzór pogan, życia, które jest bezmyślnym używaniem świata, ale są inni przez zmartwychwstanie. Stąd Pawełowe: „szukajcie”, „dążcie”.

Mam świadomość, że droga pracownika służby zdrowia ze zmartwychwstałym Panem na

początku stulecia wcale nie jest łatwa. Ale ja jako kapłan i pracownik służby zdrowia stąpając niepewnie po ziemi „szukam tego, co w górze”.

Tak jak kiedyś sprzeciwiał się Mojżeszowi Naród Wybrany, gdy szedł przez pustynię, tak również obecnemu pokoleniu, żyjącemu w wolności, także znane są narzekania, niezadowolenie i protesty... Cóż to za wolność – da się słyszeć – skoro wieczorem lękam się wyjść z mego domu. Gdzież jest sprawiedliwość w tej wolności, skoro rację mają silni i bogaci, a oni zawsze chcą więcej i więcej – burzą ją się inni.

Wchodząc w nowe czasy potrzebujemy świeżego spojrzenia na otaczający świat. Jako lekarze chrześcijańscy mamy nie tylko prawo, ale i obowiązek przekazywać światu prawdę o rzeczywistości zmartwychwstania, tak aby odnawiać oblicze ziemi. W pewnym stopniu jesteśmy odpowiedzialni za kształt ziemi i budowanie „nowego człowieka” zanurzonego w Zmartwychwstałym Chrystusie.

Wielkanoc! Był czas, gdy dużo mówiono o książce Ernesta Hemingwaya „Komu bije dzwon” – motto jest w niej wyjątkowo jasne: nie pytaj dla kogo, zawsze on bije dla ciebie... W Wielką Niedzielę słysząc dzwony w kościołach. Wszystkie biją dla nas. Wszystkie głoszą prawdę o zmartwychwstaniu Jezusa i o zmartwychwstaniu ludzi.

Te życzenia przekazuję wszystkim lekarzom i pracownikom służby zdrowia, od których zależy kształt współczesnego świata medycyny. Życzę Wam, Wam szlachetnym i dobrym, abyście wnosili Chrystusowy ład i radość w zgnębione ciała Waszych pacjentów. Życzę gorąco Wszystkim, aby z okazji Święta Wielkanocy „zdzjęli z siebie starego człowieka” i odnaleźli to, co w górze – siłę do wytrwania...

Wielkanoc, 2004 r.

ks. Józef Jachimczak CM
krajowy duszpasterz służby zdrowia



Postępuj tak, żeby człowieczeństwo twoje i innych nigdy nie było tylko środkiem do osiągnięcia celu; niech człowieczeństwo będzie celem, do którego zmierzasz. (Immanuel Kant)

Czy klon ma duszę?

Jolanta Wysocka

Od momentu sklonowania owieczki Dolly na całym świecie trwa debata dotycząca możliwości zastosowania techniki klonowania w odniesieniu do człowieka.

Efektem dotychczasowej dyskusji obejmującej środowiska biologów – genetyków, etyków, filozofów, a także polityków jest pojęciowy podział na: klonowanie reprodukcyjne i terapeutyczne.

Wydaje się, że kryterium owego pojęciowego podziału było określenie czy też sprecyzowanie celu jakiemu służyć by miało klonowanie człowieka. O ile w odniesieniu do klonowania reprodukcyjnego celem jest powielenie dorosłych organizmów – co jednoznacznie spotkało się z negatywną oceną – to w stosunku do klonowania terapeutycznego sprawa wydaje się być bardziej złożona i trudna do jednoznacznej oceny.

Klonowanie terapeutyczne w swoim założeniu sprowadzające się wyłącznie do uzyskania ludzkiego zarodka i wyprowadzenia z niego komórek macierzystych w celu ich wykorzystania w medycynie regeneracyjnej jest dla wielu środowisk opiniotwórczych nową obiecującą perspektywą terapeutyczną i możliwą do zaakceptowania przez opinię publiczną.

Ale ostatnie doniesienia prasy o przełomowym eksperymencie południowo-

koreańskich uczonych, którzy w drodze klonowania uzyskali ludzki zarodek, a następnie pobrali z niego komórki macierzyste, ponownie obudziły dyskusję o dopuszczalności klonowania człowieka oraz spowodowały konieczność rewizji przyjętych już stanowisk w powyższej kwestii.

Pojawiła się zatem nowa perspektywa debaty. W miejsce dotychczasowych rozważań o potencjalnej możliwości klonowania człowieka już dziś należy postawić pytanie o konsekwencje przekroczenia kolejnej granicy ludzkich możliwości w sferze mikrobiologii i genetyki. W ocenie wielu komentatorów i publicystów („The Independent” z 13 lutego br.) ta nowa technologiczna możliwość będzie stanowić swoisty przewrót kopernikański dla dotychczas obowiązującego porządku moralnego i miejsca człowieka we współczesnym świecie.

Po raz kolejny doświadczenie związane z rozwojem i postępem nauki pokazało, że droga od technicznych, hipotetycznych możliwości do ich praktycznego zastosowania jest obecnie niezwykle krótka, a to, co możliwe i

pozornie korzystne, stosunkowo szybko bywa uznane za moralnie dopuszczalne. Już dzisiaj bardziej zasadne wydają się pytania nie o możliwość klonowania człowieka, lecz o cel tego działania.

Czy potencjalne, terapeutyczne założenie klonowania może stanowić usprawiedliwienie dla przedmiotowego traktowania zarodka ludzkiego? Pamiętać należy, że indukowanie życia zarodka ludzkiego jedynie w celu pobrania komórek macierzystych, gdy są one dostępne z innych źródeł (krew pępowinowa, szpik kostny), nie jest swoistym alibi dla tej części badaczy, dla których odkrywanie czy przekraczanie kolejnych barier jest jedynie celem samym w sobie.

Zatem czy zaskakujące tytułowe pytanie – Czy klon ma duszę? – niezależnie od rodzaju klonowania nie będzie wyznaczało nowego zakresu ontologicznych problemów współczesnego człowieka? Już dziś należy postawić pytania o status egzystencjalny sklonowanych ludzi: Czy będą oni jedynie żywym magazynem tkanek i narządów dla „swych matrycowych stwórców”, czy ich rozwój i życie będzie podlegać tym samym warunkom i zasadom, jakie regulują nasze życie?

W wymiarze indywidualnym problem ten dotyczyć też będzie konieczności modyfikacji psychologicznej, tj. zrozumienia takich zagadnień czy jestem tą samą istotą, czy jestem indywidualnym, niepowtarzalnym bytem, czy też istnieje obok mnie moja kopia i jak mam się do niej odnosić. Czy na końcu katalogu tych problemów sami sobie nie zadamy pytania: Czy mamy jeszcze duszę, czy może gdzieś po drodze ją zagubiliśmy, a posiadać ją będzie nasz klon?

Autorka jest bioetykiem z Działu Etyki Naczelnej Izby Lekarskiej

rys. Małgorzata Gnyś



Czas wycenić pracę lekarza

Adam Koziarkiewicz, Konstanty Radziwiłł

Konieczność opracowania systemu obiektywnej wyceny wysiłków lekarzy dostrzegł już V Krajowy Zjazd Lekarzy w 1997 r. Ze względu na wiążące się z tym zagadnieniem trudności dopiero we wrześniu 2002 r. Naczelna Izba Lekarska przystąpiła do wykonania jego uchwały dotyczącej opracowania systemu wartościowania pracy lekarzy. Propozycja realizacji tych zamierzeń została przedstawiona w publikacji pt. System wartościowania pracy lekarzy, wydanej na zamówienie Naczelnej Izby Lekarskiej z okazji VII Krajowego Zjazdu Lekarzy w Toruniu.

Srodowisko lekarskie od dłuższego czasu wyrażało potrzebę właściwej oceny i określenia poziomu wynagrodzeń odczuwając dyskomfort i frustrację spowodowaną nieadekwatnymi płacami w publicznej służbie zdrowia. Pomimo że w ostatnich latach nastąpiła znaczna zmiana organizacyjna w ochronie zdrowia, a duża część lekarzy pracuje już we własnych praktykach i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, potrzeba wartościowania pracy lekarskiej nie zmniejszyła się. Wręcz przeciwnie.

Można uznać, że wielość form i sposobów podejmowania pracy wywołuje jeszcze większą potrzebę opracowania spójnego i dobrze udokumentowanego sposobu wyceny pracy lekarzy. Próby (szybkiego) opracowania takiego systemu ze względu na złożoność zagadnienia są z góry skazane na niepowodzenie. Jest jednak w Stanach Zjednoczonych uniwersalne rozwiązanie dotyczące wyceny pracy lekarzy. Wysiłek, jaki włożono w jego tworzenie w USA, jest niemożliwy do powtórzenia w żadnym innym kraju świata; w ciągu 15 lat na rozwój systemu wydano 150 mln dolarów, a w prace zaangażowane były tysiące specjalistów, weryfikujące z wszystkich możliwych punktów widzenia zawartość merytoryczną katalogu (listę procedur) i wycenę poszczególnych pozycji.

System ten szczegółowo wartościuje je procedury wykonywane przez lekarzy, a opiera się na ocenie wysiłku lekarza, koniecznych kompetencji i pozio-

mu wykształcenia, stresu i innych elementów ściśle związanych z osobą lekarza. Wartościowanie to abstrahuje od kosztów nie będących pracą lekarza (np. koszty materiałów), a tym samym jest uniwersalne w zastosowaniu i niewrażliwe na różnice geograficzne i występujące w czasie.

Może on służyć do negocjowania stawek wynagrodzenia lekarzy z ich pracodawcami, czyli kierownictwami zakładów opieki zdrowotnej, ale także w ustalaniu stawek kontraktów zawieranych pomiędzy płatnikiem (publicznym lub niepublicznym) a zakładem lub praktyką lekarza. W tym drugim przypadku konieczne jest jednak dodanie kosztów praktyki nie będących pracą lekarza.

Podstawowe założenia systemu wartościowania pracy lekarzy

System jest narzędziem oceny i wartościowania pracy lekarza związanej z konkretną czynnością wykonywaną przez lekarza i wyrażony jest w punktach.

Jest to narzędzie szczegółowo wartościujące poszczególne czynności lekarskie (oraz część takich, które mogą być wykonywane przez inny personel ochrony zdrowia). System ten posługuje się katalogiem procedur medycznych złożonym z około 8 tys. pozycji i każda z nich została „wyceniona” w punktach.

Narzędzie może być stosowane w formie systemu *fee-for-service* (opłaty za usługę) w relacjach między płatnikiem a indywidualnie praktykującym lekarzem, a także jako narzędzie oceny i monitorowania produktywności lekarzy w ramach większych organizacji.

Proponowane narzędzie, w zależności od wersji, może być stosowane jako:

- podstawa systemu finansowania świadczeń lekarskich przez publicznego płatnika,
- narzędzie monitorowania obciążenia pracą poszczególnych członków zespołów lekarskich,
- narzędzie wspomagające systemy wynagradzania lekarzy w dużych jednostkach opieki zdrowotnej (szpitalach),
- narzędzie wspomagające ustalanie standardów oraz tzw. koszyka świadczeń zdrowotnych.

Narzędzie pozwala na wartościowanie pracy lekarza niezależnie od zużycia innych zasobów koniecznych do wytworzenia usługi, takich jak koszty prowadzenia praktyki, w tym utrzymania lokalu, materiałów zużywalnych, w tym leków, koszty zatrudnienia innych osób personelu i innych.

W swojej podstawowej części system wartościuje pracę lekarską w oderwaniu od zużycia zasobów związanych z prowadzeniem praktyki, pracy innych osób towarzyszących leka-

rzowi w wykonywaniu danej usługi i innych kosztów nie bezpośrednio związanych z pracą lekarza. Wartościowanie pracy lekarza opiera się na ocenie takich elementów, jak: techniczne umiejętności lekarza wykonującego daną procedurę, fizyczny i psychiczny wysiłek związany z jej wykonywaniem, umiejętności konieczne do dokonywania oceny klinicznej przypadku i stres związany z ryzykiem dla pacjenta, związanym z wykonywaniem danej procedury.

Narzędzie to oparte jest na doświadczeniach *American Medical Association (AMA)* i *Health Care Financing Administration (HCFA)*, jako najbardziej dojrzałych i dopracowanych spośród istniejących na świecie.

Proponowane narzędzie jest wynikiem kilkunastoletniej pracy wielu zespołów zorganizowanych przez HCFA (później CMS), przy aktywnym udziale AMA. Dokumentacja tego narzędzia pozwala na prześledzenie kolejnych etapów jego rozwoju i wykorzystanie poszczególnych jego elementów według potrzeb i przyszłych zastosowań. Pozwala również na dokonanie odpowiednich adaptacji w razie wystąpienia takiej potrzeby.

System wartościowania pracy lekarzy oparty jest na narzędziach stworzonych przez AMA (w USA odpowiednik izby lekarskiej) wraz z HCFA (administracja publicznej opieki zdrowotnej w USA). System bazuje na doświadczeniach amerykańskich, lecz ze względu na swoją konstrukcję może być w części dotyczącej pracy lekarzy zastosowany z powodzeniem w warunkach poza Stanami Zjednoczonymi. Abstrahuje bowiem od sposobu finansowania opieki zdrowotnej, natomiast wycenia pracę lekarską, która w każdych warunkach jest, w odniesieniu do danej procedury medycznej, taka sama.

Personel szpitali w Stanach Zjednoczonych jest w większości zatrudniony na etatach, z wyjątkiem lekarzy kontraktowych, prowadzących własne praktyki i w części wykonujących usługi na terenie szpitala. W USA nie ma krajowych reguł dotyczących ustalania poziomu wynagrodzeń personelu szpitali, z wyjątkiem lekarzy opłacanych *fee-for-service*, którzy używają systemu **CPT-4** (*Current Procedural Terminology*) jako narzędzia ustalania stawek za swą pracę.

Co to jest CPT-4?

CPT służy do klasyfikowania procedur medycznych wykonywanych przez lekarzy, niezależnie od tego, w jakich okolicznościach i w jakiej instytucji są wykonywane. Procedury z zakresu CPT odnoszą się do czynności wykonywanych przez pojedynczą osobę, lekarza, niezależnie od tego jak wiele osób uczestniczy w wykonywaniu tych procedur. Pojęcie to ma znaczenie szczególnie w kontekście wyceny kosztów tych procedur czy wartościowania pracy lekarza jako pracownika instytucji.

CPT jest produktem *American Medical Association*, organizacji zrzeszającej ponad 95% lekarzy amerykańskich. CPT jest na bieżąco, w trybie corocznym, nowelizowana przez AMA, odzwierciedlając postęp w medycynie i zastosowanie coraz to nowych technologii medycznych. Terminologia CPT – w odróżnieniu od tej używanej w znanej w Polsce ICD-9-CM – jest bardziej zbliżona do terminologii klinicznej niż kategorii statystycznych i klasyfikacyjnych. Z jednej strony, jest łatwiejsza do użycia dla personelu medycznego i administracyjnego jednostek ochrony zdrowia, z drugiej – jej struktura jest mniej sformalizowana i w mniejszym stopniu hierarchiczna. Jest natomiast doskonałym narzędziem do zapisu informacji klinicznej i rozliczeniowej. Kody CPT są 5-znakowe, cyfrowe i ich liczba aktualnie oscyluje wokół 7800. Corocznie poszczególne pozycje są weryfikowane i czasem usuwane, w ich miejsce (z innymi kodami) wprowadzane są nowe pozycje.

Istotną cechą CPT jest to, że nazwa procedury określa jej charakter a jednocześnie technikę wykonania, np. „apendektomia laparoskopowa”. Jest to bardzo jednoznaczny sposób zapisu danych. Ta cecha CPT pozwala na szacowanie kosztów poszczególnych procedur medycznych w jednoznaczny sposób.

Płaca wg skali punktowej

Od 1992 r. Medicare (publiczny amerykański system opieki nad osobami starszymi) wprowadził sposób standaryzowany systemu płatności dla lekarzy oparty na skali punktowej opartej na zużyciu zasobów o nazwie *Resource – Based Relative Value System* (RBRVS). Obecnie ze skali tej korzysta także większość ubezpieczycieli prywatnych w USA.

W RBRVS wartość punktowa procedur medycznych jest określona w oparciu o badania kosztów wytworzenia tych procedur. Koszty wykonania każdej z procedur podzielone zostały na trzy komponenty:

- pracę lekarza,
- zużycie zasobów praktyki związane z daną procedurą oraz
- koszty związane z odpowiedzialnością (koszty ubezpieczenia).

W całości stawki za wykonanie danej usługi wyliczonej w RBRVS praca lekarza stanowi średnio 55% wartości. Pierwotne wyliczenia tej wartości oparte były na pracach zamówionych przez HCFA w Szkole Zdrowia Publicznego *Harvard University*, w których podwykonawcą było także AMA. W wyniku prac koncepcyjnych, weryfikowanych przez wielostronne konsultacje

stworzono model wartościowania pracy lekarskiej, w którym brane były pod uwagę takie czynniki, jak:

- techniczne umiejętności lekarza wykonującego daną procedurę,
- fizyczny wysiłek związany z jej wykonywaniem,
- psychiczny wysiłek związany z jej wykonywaniem,
- konieczne umiejętności dokonywania oceny klinicznej przypadku,
- stres związany z ryzykiem dla pacjenta, związanym z wykonywaniem danej procedury.

Sformułowanie koncepcji wyceny pracy lekarza było wstępem do wielokrotnie powtarzalnych metod wyce-

dokończenie na str. 16



Czas wycenić pracę lekarza

dokończenie ze str. 15

ny tej pracy w stosunku do poszczególnych procedur z katalogu CPT. W tym celu poszczególne specjalności lekarskie nominowały tzw. *technical consulting groups*, które w ramach danej specjalności ważyły poszczególne procedury pod kątem obciążenia i wymagań w stosunku do lekarza. Przy okazji tych czynności konieczne było zdefiniowanie wszystkich elementów pracy lekarzy, jakie towarzyszą danej procedurze, co doprowadziło do określenia zakresu pracy *przed wykonaniem procedur, w czasie wykonywania procedury oraz po wykonaniu danej procedury*.

Wzór przeliczający wagi punktowe Medicare na wartości finansowe w danym roku w stosunku do danego obszaru :

$$\text{CPT}(\$) = \{[\text{RVU}(p) \times \text{GPCI}(p)] + [\text{RVU}(px) + \text{GPCI}(px)] + [\text{RVU}(o) + \text{GPCI}(o)]\} \times \text{przelicznik krajowy}$$

gdzie:

CPT(\$) – kwota płatności za daną procedurę

RVU(p) – wartość punktowa kosztów pracy lekarza

GPCI(p) – przelicznik geograficzny kosztów pracy lekarza

RVU(px) – wartość punktowa kosztów prowadzenia praktyki

GPCI(px) – przelicznik geograficzny kosztów prowadzenia praktyki

RVU(o) – wartość punktowa kosztów odpowiedzialności cywilnej (kosztów polisy OC)

GPCI(o) – przelicznik geograficzny kosztów odpowiedzialności cywilnej (kosztów polisy OC)

przelicznik krajowy – ustalany raz do roku przelicznik krajowy, który w roku 2002 wynosił 36,1992 USD

W rezultacie płatność, jaką otrzymuje lekarz w ramach tego systemu, jest sumą następujących elementów:

- 1) jednolitych w skali kraju wartości punktowych poszczególnych procedur medycznych CPT,
- 2) geograficznie zróżnicowanych przeliczników dla wszystkich usług lekarskich,
- 3) jednolitego w skali kraju przelicznika w danym roku dla punktów skali RBRVS.

Przeliczniki pozwalają na wyrażenie wartości każdej z procedur CPT w jednostkach monetarnych dla danego obszaru i w danym roku.

GPCI jest przelicznikiem odnoszącym kolejno: koszty pracy lekarzy, prowadzenia praktyki oraz odpowiedzialności cywilnej w danym obszarze geograficznym w stosunku do średniej krajowej w tych obszarach.

Propozycja wartościowania usług wykonywanych przez lekarzy i instytucje ich zatrudniające, wg ogólnokrajowego schematu opartego na zużyciu zasobów, była obecna w różnych badaniach od 1987 r. Pierwsze próby szacowania kosztów wytworzenia świadczeń lekarskich podejmował dr William Hsiao już w roku 1979, próbując dokonać oceny wysiłku lekarzy w wykonywaniu 27 procedur medycznych. Jednym z wyników tego wstępnego badania było stwierdzenie, że lekarze mają trudności z wartościowaniem procedur wychodzącym poza czas ich wykonania.

Na podstawie tego wstępnego badania w 1985 r. HCFA zamówiła wykonanie badania RBRVS w stosunku do czynności i procedur wykonywanych przez 12 specjalności lekarskich, takich jak: anesteziologia, medycyna rodzinna, chirurgia, internia, ginekologia i położnictwo, okulistyka, ortopedia, laryngologia, patologia, radiologia, torako- i kardiouchirurgia, urologia.

Sześć kolejnych specjalności zostało włączonych do badania na życzenie i zamówienie ich specjalistycznych towarzystw, a były to: alergologia i immunologia, dermatologia, chirurgia

szczękowa, pediatria, psychiatria i reumatologia.

W roku 1990 Kongres USA zalecił rozszerzenie badania na kolejnych 15 specjalności i podspecjalności oraz przeanalizowanie procedur, które nie występowały w CPT, a powinny znaleźć się w ostatecznym systemie rozliczania Medicare, dodając w ten sposób do analizy 800 kategorii procedur.

W ciągu całego tego procesu AMA było aktywną stroną uczestnicząc w określaniu kierunków rozwoju systemu oraz służąc jako platforma porozumienia i wartościowania procedur pomiędzy specjalnościami.

W ten sposób dokonano wartościowania 800 procedur medycznych w 15 specjalnościach. Na podstawie tak ocenionych procedur dokonano w kilkudziesięciu mniejszych grupach eksperckich ekstrapolacji uzyskanych danych do pozostałych procedur, pogrupowanych w kategorie podobnych pozycji. Całość pracy została szeroko zaprezentowana i poddana dyskusji środowiska. W rezultacie przygotowano kilka dodatkowych analiz uzupełniających lub poprawiających wypracowane estymacje; m.in. kardiouchirurdzy zamówili osobną analizę generalnie potwierdzającą osiągnięte wcześniej wyniki.

Cały system jest użytkowany od kilku lat, a dla utrzymania jego aktualności powołane zostały określone inicjatywy, tak ze strony administracji *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS), jak i kontrpartniera w negocjacjach – AMA. W tym podziale pracy CMS zobowiązany jest do:

- ustalania corocznej wartości punktu oraz jego wag geograficznych, do celów rozliczania pracy lekarskiej w ramach kontraktów Medicare,
 - weryfikacji co pięć lat całości skali punktowej w każdej z części systemu,
 - wprowadzania do systemu RBRVS procedur i usług nie wykonywanych przez lekarzy ani pod ich bezpośrednim nadzorem.
- Z kolei AMA wykonuje:
- coroczne uzupełnienie i weryfikację katalogu procedur CPT zgodnie

z występującymi trendami w praktyce klinicznej i postępem technologii medycznych,

- weryfikację i analizę proponowanych przez CMS wartości punktów oraz ich skal.

Zastosowanie RBRVS jako systemu wartościowania pracy lekarza

Przegląd istniejących systemów oceny i wartościowania pracy lekarza stosowanych w różnych krajach nasuwa wniosek, iż system opracowany i wdrożony w pełni pod koniec lat dziewięćdziesiątych w programie Medicare w USA jest najbardziej dojrzałym i najlepiej udokumentowanym systemem, który mógłby być zastosowany jako narzędzie systemu wartościowania pracy lekarskiej.

Cechy, które wskazują, że system ten nadaje się do zastosowania w Polsce:

- **System posługuje się obszernym katalogiem procedur medycznych**, na tyle szczegółowych i rozbudowanych, że abstrahuje od schematów postępowania i prowadzenia czynności medycznych w poszczególnych krajach czy środowiskach; innymi słowy są na tyle uniwersalne, że mogą być z łatwością zastosowane w każdym kraju, w tym w Polsce.
- **Wspomniany katalog procedur jest wykorzystywany w wielokulturowym środowisku Stanów Zjednoczonych** z powodzeniem od wielu lat. Jest też corocznie aktualizowany i uzupełniany o procedury i techniki ich wykonania, jakie w poprzednim roku zostały wprowadzone na najbardziej innowacyjny rynek medyczny, jakim jest rynek w USA.
- **System jest wspierany przez AMA, amerykański odpowiednik izby lekarskiej**, która jest jego właścicielem i „gospodarzem”. Doświadczenia AMA mogłyby zostać w dobry sposób spożytkowane do wzmocnienia roli izby lekarskiej w negocjacjach z publicznym płatnikiem, jak to ma miejsce w USA w przypadku AMA.
- **System wartościowania składający się z trzech elementów: pracy lekarza, kosztów praktyki i kosztów ubezpieczenia, jest na tyle elastyczny**, że można, wykorzystując wybrane części, oderwać się od realiów ekonomicznych poszczególnych krajów.
- **W dziedzinie pracy lekarza system posługuje się liczbami punktów**, określonych w wyniku proce-

sów wielokrotnych powtórzeń poszczególnych grup lekarzy-specjalistów, które to punkty ilustrują proporcje kosztów poszczególnych procedur wzajemnie w stosunku do siebie. Proporcje te odzwierciedlają stopień trudności wykonania danej procedury, poziom niezbędnej kompetencji i biegłości, ryzyka popełnienia błędu, stresu oraz wysiłku fizycznego, a także czasu pracy poświęconego na wykonanie tej procedury.

- **Wycena punktowa poszczególnych procedur była przedmiotem długotrwałego procesu oceny**, trwającego od 1985 r., na który to proces wydano w USA dziesiątki milionów dolarów rządowych dotacji i grantów badawczych. Wycena ta jest także przedmiotem weryfikacji, która zgodnie z prawem ma się odbywać co 5 lat. Powtórzenie porównywalnego wysiłku badawczego w którymkolwiek kraju na świecie, w szczególności w Polsce, jest mało prawdopodobne.
- **System oparty jest na klasyfikacji procedur medycznych CPT-4**, własności AMA, która została w wieloraki sposób powiązana z używaną w Polsce klasyfikacją ICD-9-CM i będzie się w dalszym ciągu rozwijał i uaktualniał w powiązaniu z tą klasyfikacją.
- **System jest wykorzystywany w USA nie tylko w relacjach z płatnikami, tak publicznymi, jak i prywatnymi firmami ubezpieczeniowymi**, ale również jako narzędzie wewnętrznej oceny produktywności poszczególnych osób personelu lekarskiego. W ten sposób może być niezwykle przydatny jako narzędzie wspomagające zarządzanie praktykami grupowymi, które z definicji narażone są na silne konflikty wewnętrzne i jak pokazują doświadczenia często nie wytrzymują „ciśnienia” odśrodkowych.

Wnioski

System RBRVS, stanowiąc system wartościowania lekarzy, może stanowić istotne narzędzie w procesie wynagradzania lekarzy w Polsce.

Narzędzia te winny pozostawać w zakresie wpływu Naczelnej Rady Le-

karskiej i winny być administrowane przez Naczelną Izbę Lekarską. W tym celu zdecydowano o rozpoczęciu adaptacji systemu CPT-4 wraz z RBRVS do warunków polskich. Obecnie dobiegają końca ustalenia w sprawie umowy z AMA w sprawie przekazania Naczelnej Izby Lekarskiej praw do rozpoczęcia tego procesu. Według zamierzeń Naczelnej Izby Lekarskiej składać się on będzie z:

1. Podpisania umowy z *American Medical Association* nadającej prawo do tłumaczenia oraz publikowania klasyfikacji CPT-4 i towarzyszących materiałów (instrukcji kodowania, tabel transkodowania do ICD-9-CM i innych klasyfikacji) Naczelnej Izby Lekarskiej.



2. Dokonania tłumaczenia systemów CPT i RBRVS oraz przeprowadzenia pilotażu przed ostatecznym sporządzeniem adaptowanej wersji o nazwie CPT-P (*Current Procedural Terminology – Polska*).
3. Podjęcia starań o wprowadzenie do systemu prawnego oraz praktyki działania Narodowego Funduszu Zdrowia i innych publicznych oraz niepublicznych płatników usług zdrowotnych systemu CPT-P jako narzędzia wyceny pracy lekarzy.

Adam Kozierekiewicz
Konstanty Radziwiłł
fot. Marek Stankiewicz

Tak blisko i tak daleko

Zbigniew Żak

Od lat w państwach europejskich opieka stomatologiczna opiera się na prywatnej praktyce lekarza dentysty.

W 1999 r. Europejska Regionalna Organizacja Światowej Federacji Dentystycznej wydała „Zasady prowadzenia wolnorynkowej praktyki lekarsko-dentystycznej w Europie”. Zasady te są przestrzegane z całą sumiennością w krajach wspólnoty europejskiej i są podstawą do tworzenia krajowych zasad opieki stomatologicznej.

Wolnorynkowa praktyka lekarsko-dentystyczna charakteryzuje się następującymi cechami:

1. Jest przede wszystkim zorientowana na działania dla dobra indywidualnego pacjenta.
2. Bezpośrednim i osobistym związkiem pomiędzy stomatologiem i pacjentem.
3. Ekonomiczna niezależność w warunkach gospodarki wolnorynkowej, wraz ze wszystkimi prawami i zagrożeniami, które to ze sobą niesie. Całkowita odpowiedzialność za przedsięwzięcie ekonomiczne, jakim jest praktyka stomatologiczna.
4. Indywidualna odpowiedzialność właściciela praktyki za swoją praktykę, wykluczenie właścicieli spoza zawodu. Świadczenie usług osobiście. Nie jest możliwe zlecenie całkowitej opieki innym.
5. Niezależność zawodowa, swoboda przy wyborze rodzaju leczenia.

6. Wewnętrzne przepisy w obrębie zawodu, gwarancje jakości, stosunki kolegialne, tzn. obowiązujące prawo i etyka zawodowa. Organizacje zawodowe wolne od ingerencji państwa.

7. Swoboda obywateli w korzystaniu z usług stomatologicznych, zgodnie z własnym wyborem, wybór stomatologa. Pacjent sam ponosi odpowiedzialność za swoje zdrowie.

8. Zawód stomatologa wymaga wykształcenia uniwersyteckiego, z potwierdzonymi kwalifikacjami na poziomie najnowszych zdobyczy naukowych.

Mimo ogromnych zmian w ochronie zdrowia zakład opieki zdrowotnej – publiczny bądź niepubliczny – nadal dominuje na rynku świadczeń medycznych. Praca w charakterze pracownika najemnego ze wszystkimi zależnościami nie sprzyja wykonywaniu wolnego zawodu, jaki w Europie wykonuje lekarz dentysta.

Zakłady opieki zdrowotnej w stomatologii to relikty minionego systemu kultywowany przez wielu pseudomedyków szukających taniej siły roboczej i nie wyrażających zgody na przekształcenia poradni stomatologicznych w praktyki indywidualne, bądź grupowe praktyki lekarzy dentystów!

W Polsce natomiast, mimo iż zarejestrowanych w izbach lekarskich jest ok. 18 tys. praktyk lekarsko-dentystycznych, większość naszych kolegów pracuje w

systemie robotniczo-chłopskim, tzn. w zakładzie opieki zdrowotnej na etacie, jako pracownik najemny, a potem na swoim, w prywatnym gabinecie

„Prywatna, ekonomicznie niezależna wolnorynkowa praktyka (indywidualna lub grupowa) jest skuteczną formą opieki stomatologicznej dla społeczeństwa. Lekarz dentysta lub lekarze dentyści powinni być właścicielami praktyk i jako tacy powinni ponosić odpowiedzialność ekonomiczną za przedsięwzięcie ekonomiczne, jakim jest ich praktyka”.

Taki właściciel nie podpisze kontraktu z NFZ na świadczenia oferowane poniżej ich rzeczywistej wartości (co robią teraz nagminnie dyrektorzy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej). A podpisywane w niektórych województwach kontrakty nie pokrywają nawet 30% wartości świadczenia stomatologicznego. Przy takich uwarunkowaniach praktyki lekarzy muszą padać lub obniżać jakość świadczenia.

„Wszyscy lekarze dentyści powinni mieć dostęp do pracy w systemie opieki lekarsko-dentystycznej, ograniczenia przy przyjmowaniu do wykonywania zawodu są niedopuszczalne. Poprzez właściwą politykę szkoleniową kraje europejskie dostosują liczbę stomatologów do istniejących potrzeb”!

W Polsce szkolimy zdecydowanie za dużo studentów stomatologii. Na wszystkich uczelniach medycznych kształci się ok. tysiąc studentów na roku i prawie tyłu absolwentów stomatologii opuszcza mury uczelni i rozpoczyna staż podyplomowy.

Nie chcę omawiać znanych prawd o niedostatku szkolenia w części poświęconej praktycznej nauce zawodu, co przy ograniczonej bazie dydaktycznej i nadmiarze studentów jest zrozumiałe.

Chcę zwrócić uwagę na nadmiar lekarzy stomatologów na polskim rynku pracy.

Co roku z naszego zawodu ubywa ok. 350 do 430 kolegów, a na rynek świad-

Rytro k.Nowego Sącza. Konferencja lekarzy stomatologów

Koło Terenowe Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego w Nowym Sączu oraz Komisja Stomatologiczna ORL w Krakowie organizują w dn. **18-19 czerwca br.** w miejscowości Rytro k.Nowego Sącza, w Ośrodku „Perła Południa”, konferencję lekarzy stomatologów.

Program będzie podzielony na dwie sesje:

1) **naukowo-szkoleniowa** w ramach kształcenia ustawicznego (punkty edukacyjne),

2) **samorządowa** – omówienie aktualnej sytuacji i problemów związanych z wykonywaniem zawodu (zmiany w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, kształcenie przed- i podyplomowe oraz zasady wykonywania zawodu w aspekcie członkostwa Polski w UE).

Przewidujemy uczestnictwo przedstawicieli NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia.

Informacje i zgłoszenia: lek. stom. Tomasz Fortuna, Koło Terenowe PTS w Nowym Sączu, adres: **33-300 Nowy Sącz, ul. J. Długosza 73 – Przychodnia Stomatologiczna i Lekarska „Fortuna”**, tel./fax (0-18) 444-22-44, e-mail: tomasz@fortuna.med.pl

Szczegółowe informacje dotyczące programu i warunków po 15 kwietnia br. również na stronie internetowej Komisji Stomatologicznej ORL w Krakowie www.stomatolodzy.tk

Koleżanki, Koledzy! Zapraszamy Was serdecznie do uczestnictwa w konferencji.

lek. stom Tomasz Fortuna
przewodniczący Koła PTS

dr n. med. stom. Andrzej J. Fortuna
przewodniczący KS ORL

czeń stomatologicznych przybywa przeszło dwa razy tyle lekarzy. Aktualnie stałe prawo wykonywania zawodu posiada w Polsce 32 835 lekarzy stomatologów.

W krajach UE na jednego lekarza dentystę przypada 1676 mieszkańców. W Polsce na jednego lekarza dentystę przypada 1157 potencjalnych pacjentów. Ta liczba pacjentów w biednej Polsce nie jest w stanie zabezpieczyć finansowo funkcjonowania praktyki lekarsko-dentystycznej, nie mówiąc już o godnym wynagrodzeniu lekarza! To jedna z przyczyn deprecjacji naszego zawodu.

„Zgodnie z zasadą odpowiedzialności wynikającej z posiadanego wykształcenia, każdy lekarz dentysta ma pełną swobodę przy wyborze rodzaju leczenia. Lekarz dentysta ponosi wyłączną odpowiedzialność za całościową opiekę stomatologiczną (...) Strony trzecie (takie jak kasy chorych, czy administracja publiczna) nie mogą interweniować w bezpośrednie stosunki pomiędzy lekarzem dentystą a pacjentem.”

Jak jest u nas – każdy dobrze wie. Trzeba pracować dużo i tanio, co zdecydowanie musi odbijać się na jakości świadczeń.

W „Zasadach wolnorynkowej praktyki dentystycznej” w rozdziale „Kompetencje lekarzy dentystów i ich personelu” jest zapis: „Prowadzenie praktyk lekarsko-dentystycznych zarezerwowane jest wyłącznie dla lekarzy dentystów (...) Niezależne udzielanie świadczeń stomatologicznych przez służby pomocnicze (techników dentystycznych lub higienistki stomatologiczne) jest niedopuszczalne, zaś ich podstawowym zadaniem jest pełne wspieranie lekarzy dentystów w ich pracy.”

Polskie ustawodawstwo (ustawa o zakładach opieki zdrowotnej) dopuszcza właścicieli praktyk lekarsko-dentystycznych spoza zawodu, praktyk prowadzonych w formie ZOZ bądź NZOZ. Dla wielu biznesmenów polskich i zagranicznych jest wygodne, by w Polsce tworzyć także przedsiębiorstwa zatrudniające lekarzy dentystów jako tanią siłę roboczą, płacąc im gorsze. Znałem mi przypadki zatrudniania w NZOZ-ach młodych lekarzy dentystów na 15% brutto, tzn. z każdego zarobionych 100 zł lekarz dostaje wynagrodzenie w wysokości 15 zł brutto (z tego podatek, ubezpieczenie itd.).

Problem udzielania świadczeń stomatologicznych przez służby pomocnicze, zwłaszcza w odniesieniu do techników dentystycznych, w wielu województwach nadal nie jest rozwiązany, a podejmowane działania są często mało skuteczne.

„Uznana zostaje wyższość zasady ubezpieczenia zdrowotnego w odniesieniu do opieki stomatologicznej. W porównaniu z finansowaniem ogólnym z podatków (system budżetowy) posiada ona tę przewagę, że umożliwia stworzenie bezpośredniego związku pomiędzy składkami ubezpieczonych a korzyściami z systemu ubezpieczeniowego (...) Obowiązkowe ubezpieczenia finansują jedynie te świadczenia, które są absolutnie konieczne dla przywrócenia zdrowia ubezpieczonemu. Wszelkiego rodzaju korzyści wykraczające poza ten zakres pokrywane będą przez ubezpieczenie prywatne (dodatkowe) lub płacone prywatnie przez ubezpieczonego, zgodnie z jego osobistymi życzeniami i zasobami finansowymi.”

Współzależność między wysokością składki ubezpieczonego a zakresem świadczeń stomatologicznych jest oczywista wszędzie w UE. W Polsce zakres świadczeń jest sprawą propagandową polityków opcji rządzącej.

Znaczne rozszerzenie świadczeń stomatologicznych w ostatnim roku poprzedniego rządu nie skutkowało zwiększeniem budżetu przeznaczanego na kontrakty stomatologiczne. Obecnie liczba świadczeń stomatologicznych przysługujących bezpłatnie ubezpieczonemu zwiększyła się, zmniejszył się zaś budżet przeznaczony przez NFZ na lecnicstwo stomatologiczne.

Aktualnie wynosi 3,03% budżetu NFZ, czyli 930 mln zł.

Według naszych wyliczeń przy 50% zgłaszalności pacjentów do gabinetów stomatologicznych, by zapewnić świadczenia opisane przez Ministerstwo Zdrowia jako bezpłatne podstawowe świadczenia zdrowotne lekarza stomatologa przysługujące ubezpieczonemu, należało na to – według stawek aktualnie płaconych przez NFZ – przeznaczyć rocznie 3 600 mln do 4 500 mln zł. A faktyczna wypłata za świadczenia stomatologiczne dokonywana przez Fundusz, korzystający ze swej monopolistycznej pozycji – według niezależnej ekspertyzy, opracowanej na zlecenie Komisji Stomatologicznej NRL – 2,6 raza niższa niż rzeczywisty koszt świadczenia.

Blisko, bo już od maja 2004 r. będziemy członkami Wspólnoty Europejskiej ze wszystkimi konsekwencjami naszej przynależności do wielkiej rodziny europejskiej.

Daleko, bo – moim zdaniem – polska stomatologia odbiega znacznie od standardów europejskich, zwłaszcza w zakresie organizacji lecznictwa stomatologicznego i regulacji prawnych

Za czym kolejka ta stoi?

Brytyjskie media biją na alarm.

Coraz mniej angielskich lekarzy dentystów ma podpisane umowy z NHS (odpowiednik naszego NFZ).

A ci co jeszcze mają, masowo z kontraktów rezygnują. Przyczyna? Zbyt niskie stawki płacone przez NHS. (Skąd my to znamy! – przyp.red.)

Angielska prasa opisuje przypadek dentysty z Holandii, który podjął się leczenia mieszkańców miejscowości Scarborough w hrabstwie Yorkshire na „kasę chorych”. W kolejce do rejestracji ustawiło się natychmiast... 300 osób.

W walijskim Carmarthen w kolejce przez całą noc stało już 1500 chętnych (na 300 wolnych miejsc) do zapisania się do dentysty mającego umowę z NHS. Na pomoc wezwano lokalną policję, po tym jak obsługa praktyki otrzymywała pogróżki od zdesperowanych pacjentów.

Gdy w tym czasie otwierano w pobliżu podobną praktykę, jej adres trzymano w głębokiej tajemnicy aby uniknąć dantejskich scen jakie działy się w Carmarthen.

Kolejne opisywane przypadki to konieczność podróżowania 240 km do najbliższego dentysty w Szkocji i przypadek niejakiego Stephena Brooksa, który przejechał ponad 340 mil do swojego dentysty w Bridgend.

Brooks, który wydał na paliwo ponad 40 funtów, był i tak zadowolony, gdyż miał bezpłatną usługę, a w miejscowości, do której się przeniósł, nie było dentysty leczącego w ramach NHS.

Jak alarmuje British Dental Association połowa stomatologów odmawia podpisywania kontraktów z NHS. Według niektórych źródeł w kraju brakuje około 4000 dentystów!

Zbyt mało też lekarzy dentystów kończy stomatologiczne uczelnie – ledwie 800, czyli mniej niż w Polsce! – przy czym ludność Wielkiej Brytanii liczy 60 mln obywateli.

Brytyjska minister zdrowia Rosie Winterton przyznaje, że brak dentystów świadczących usługi w ramach NHS jest dotkliwy ale rząd przygotowuje już specjalny program, umożliwiający rekrutację lekarzy dentystów z zagranicy.

DENTOnet.pl

Dyżury a czas pracy lekarza

Marek Szewczyński

Od 1 maja br. Polska będzie stosować przepisy prawne Wspólnoty, tzw. *acquis communautaire*. Obejmą one również warunki wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty.

Określenie czasu pracy lekarzy, przede wszystkim pełnienia przez nich dyżurów lekarskich, jest problemem, z którym zderzą się oni sami oraz i ich pracodawcy. Impuls w tej sprawie dało orzeczenie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (ETS) w sprawie chirurga z Kilonii Norberta Jaegera. Wystąpił on do niemieckiego sądu pracy uważając, że pełnione przez niego dyżury powinny być w całości uznawane za czas pracy w świetle postanowień Dyrektywy 93/104.

Przypomnijmy, że Dyrektywa zawiera postanowienia ogólne i po nowelizacji z roku 2000 odnosi się w zasadzie do wszystkich grup pracowników. W pierwotnej wersji Dyrektywa 93/104 nie była stosowana m.in. do działalności lekarzy w trakcie szkolenia (*doctors in training*), jednak na mocy ww. nowelizacji od 1 sierpnia 2004 r. będzie miała zastosowanie również do nich.

Jej przyjęcie podyktowane było chęcią poprawienia warunków pracy, ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników. Określa ona maksymalny tygodniowy czas pracy, dzienny i tygodniowy czas przerw w pracy oraz minimalny wymiar urlopu.

Sprawa chirurga z Kilonii

Dyrektywa nie odnosi się bezpośrednio do kwestii dyżurów lekarskich, zawiera jednak definicję czasu pracy. Na tym tle pojawiły się problemy interpretacyjne związane z dyżurami lekarskimi, różnie traktowanymi w poszczególnych państwach członkowskich.

Lekarze uważają, że dyżury, do pełnienia których się ich zobowiązuje, powinny być zaliczane do normalnego czasu pracy.

Według prawa niemieckiego, dyżury (*Bereitschaftsdienst*) – czyli sytuacje, w których pracownik ma obowiązek prze-

bywać w miejscu wskazanym przez pracodawcę i świadczyć pracę, kiedy zachodzi potrzeba, a w pozostałym czasie ma prawo odpoczywać lub zajmować się swoimi sprawami – klasyfikuje się zasadniczo jako czas odpoczynku, z wyjątkiem tych okresów, gdy pracownik rzeczywiście wykonuje pracę.

Dr Jaeger powoływał się przed niemieckim sądem na orzeczenie Trybunału w sprawie, w której stwierdzono, że czas dyżurów hiszpańskich lekarzy zespołów podstawowej opieki zdrowotnej należy w całości traktować jako czas pracy w rozumieniu Dyrektywy 93/104, jeżeli wymagana jest stała obecność lekarza na terenie zakładu opieki zdrowotnej. Natomiast, jeżeli dyżur polega na tym, że istnieje możliwość skontaktowania się z lekarzem i niezwłoczne go wezwania – za czas pracy uznać należy jedynie okres faktycznego wykonywania pracy.

Najważniejszą kwestią do oceny Trybunału było, czy Dyrektywę 93/104 trzeba interpretować tak, że dyżur odbywany przez lekarza na terenie szpitala należy rozumieć jako okres w całości stanowiący czas pracy dla celów Dyrektywy, nawet jeżeli osoba zainteresowana ma prawo do odpoczynku w miejscu pracy, podczas gdy nie wymaga się od niej rzeczywistego świadczenia pracy.

ETS stwierdził, że nie ma znaczenia fakt, iż w tamtym orzeczeniu sąd nie odniósł się bezpośrednio do tego, że lekarze mogą podczas dyżuru odpoczywać, a nawet spać, gdy nie wymaga się od nich świadczenia pracy. Ta kwestia – a nawet to, że pracodawca udostępnia lekarzowi odrębne pomieszczenie do wypoczynku – nie zmieniła stanowiska Trybunału, że czas dyżuru odbywanego przez lekarza w szpitalu spełnia charakterystyczne cechy czasu pracy w rozumieniu Dyrektywy 93/104. Podstawowe znaczenie bowiem ma fakt, że wy-

maga się od lekarza obecności w miejscu wskazanym przez pracodawcę po to, aby w razie konieczności mógł natychmiast świadczyć pracę.

W świetle tych rozważań ETS orzekł, że Dyrektywa 93/104 musi być interpretowana w ten sposób, iż oznacza, że dyżur (*Bereitschaftsdienst*) lekarski, podczas którego wymagana jest fizyczna obecność lekarza na terenie szpitala, musi być traktowany jako stanowiący w całości czas pracy. Nawet jeżeli zainteresowana osoba ma prawo do odpoczynku w miejscu pracy w okresach, gdy nie jest wymagane od niej rzeczywiste świadczenie pracy. W rezultacie, Dyrektywa wyłącza stosowanie przepisów państwa członkowskiego klasyfikujących okresy nieświadczenia pracy podczas dyżuru jako czas odpoczynku.

Polska praktyka

Można więc stwierdzić, że również **ustawodawstwo polskie w zakresie czasu pracy lekarzy jest aktualnie niezgodne** z Dyrektywą 93/104. Ostatnia nowelizacja kodeksu pracy, dostosowująca go do przepisów Dyrektywy, nie rozwiązała tego problemu, choćby z tego powodu, że kwestie dyżurów medycznych reguluje ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.) i są to przepisy szczegółowe w stosunku do postanowień kodeksu pracy.

Art. 18d ustawy o ZOZ-ach wyjaśnia, co rozumie się przez dyżur medyczny. W definicji tej należy zwrócić uwagę, że dyżur medyczny obejmuje czynności zawodowe wykonywane przez lekarza „poza normalnymi godzinami pracy”. Natomiast w art. 32j wyraźnie stwierdza się, że czasu pełnienia dyżuru medycznego nie przysługuje czas wolny od pracy. Jedynie w uzasadnionych przypadkach pracownik,

po zakończonym dyżurze, może zostać zwolniony z części dnia pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.

Warto zauważyć, że dyżur medyczny w całości nie jest wliczany do czasu pracy, tj. czasem pracy nie jest ani okres, w którym lekarz nie świadczy pracy (np. odpoczywa), ani okres rzeczywistego wykonywania pracy. Przepisy polskie są w tym zakresie jeszcze bardziej restrykcyjne niż zakwestionowane przez ETS przepisy niemieckie.

W związku z tym można stwierdzić, że przedstawione orzeczenie Trybunału – a także wspomniane orzeczenie w sprawie hiszpańskich lekarzy – **będzie, od dnia przystąpienia do Unii Europejskiej podstawą do dochodzenia analogicznych uprawnień przez lekarzy w Polsce.**

Wiceminister pracy Krzysztof Pater na łamach „Gazety Prawnej” stwierdził, że dopóki Trybunał nie nakaze Polsce zmienić regulacji dotyczących czasu dyżurów lekarskich, dopóty w polskim porządku prawnym nie będą one wliczane do czasu pracy lekarzy.

Jeśli lekarz w Polsce uważa, że naruszane są jego uprawnienia, ponieważ ustawodawstwo naszego kraju jest sprzeczne z ustawodawstwem wspólnotowym, powinien wystąpić do odpowiedniego sądu pracy w Polsce – nie ma natomiast możliwości bezpośredniego wystąpienia do ETS-u.

Jednak w sytuacji, gdy ETS kilkakrotnie jednoznacznie wypowiedział się już w sprawie dyżurów, wydaje się, że polski sąd, który rozpatrywałby ewentualną skargę, miałby wystarczające podstawy do wydania orzeczenia bez konieczności zwracania się do ETS-u. W takim przypadku postępowanie trwałoby o wiele krócej.

Warto się w tym miejscu zastanowić, co w praktyce polskiej oznaczałoby wliczanie dyżurów do czasu pracy, przy jednoczesnym ograniczeniu jego wymiaru do 48 godzin tygodniowo łącznie z nadgodzinami. O ile lekarze zatrudnieni w państwach, w których wynagrodzenia są na wysokim poziomie (np. w Niemczech), obowiązek dodatkowego dyżurowania mogą uważać za przejaw nierównego traktowania w stosunku do pracowników wykonujących inne zawody i naturalne wydaje się ich dążenie do ograniczenia czy wręcz zniesienia tego obowiązku, o tyle w sytuacji polskiej sprawa ta może być postrzegana przez lekarzy zupełnie inaczej.

Przy obecnych nakładach na opiekę zdrowotną i związanym z tym pozio-

mem wynagrodzeń w publicznych zakładach opieki zdrowotnej dyżury stanowią dla wielu słabo zarabiających lekarzy możliwość dorobienia do pensji i pomimo związanych z tym niedogodności i ograniczenia wolnego czasu są jednak istotnym źródłem dodatkowego dochodu. Zniesienie dyżurów w obecnej formie, przy braku perspektyw szybkiego wzrostu wynagrodzeń, oznacza dla dużej grupy lekarzy utratę części zarobków.

Z jednej więc strony takie rozwiązanie wcale nie musi oznaczać poprawy sytuacji polskich lekarzy. Z drugiej zaś, dla pracodawców wiązałoby się to niewątpliwie z problemami natury finansowej oraz z koniecznością pozyskania dodatkowych kadr.

Wskazuje się, że konieczne byłoby wprowadzenie systemu pracy zmianowej. Możliwe wydaje się też zmuszanie lekarzy do rejestrowania działalności gospodarczej i podpisywanie z nimi umów cywilnoprawnych.

Ocenia się, że w Niemczech koszty mogą wzrosnąć o ok. 1,7 mld euro i trzeba będzie zatrudnić dodatkowo nawet 25 tys. lekarzy, a w Wielkiej Brytanii ok. 12 tys. Także pozostałe państwa obawiają się takiej perspektywy, zwłaszcza że już obecnie w niektórych odczuwa się niedobór lekarzy. Inna sprawa, że dla lekarzy polskich taka sytuacja może stanowić szansę otrzymania atrakcyjnej, dobrze płatnej pracy poza granicami Polski.

Co dalej?

Aktualnie państwa członkowskie przygotowują rozwiązania prawne mające na celu ograniczyć negatywne skutki wynikające z orzeczeń Trybunału.

Po pierwsze, starają się skorzystać z możliwości niestosowania przepisu ograniczającego maksymalny czas pracy do 48 godzin tygodniowo łącznie z nadgodzinami. Dyrektywa 93/104 przewiduje, że państwo może przyjąć regulacje, na mocy których pracownika nie będzie obowiązywało ograniczenie czasu pracy, jeżeli wyrazi on na to zgodę (tzw. *opt-out*).

Należy jednak zapewnić, żeby zgoda taka była wyrażana dobrowolnie – pracownik nie był do tego zmuszany – a w razie odmowy nie ponosił żadnych konsekwencji. Ponadto pracodawcy powinni prowadzić wykazy pracowników, którzy wykonują pracę na takiej zasadzie, i udostępniać je właściwym organom kontroli.

foto: Marek Stankiewicz

Dyżury lekarskie po wejściu do Unii, to dziś temat dnia. Po wyroku Trybunału Konstytucyjnego sprzed kilku lat i dodaniu przepisów o czasie pracy do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, sytuacja ustabilizowała się. Doszło do powszechnie akceptowanego kompromisu: dyżury nie są nadgodzinami, ale są opłacane dość przyzwoicie. Tam, gdzie to możliwe (a stosunki są poprawne), lekarz może po dyżurze wyjść wcześniej do domu. Dla wielu jest to możliwość dorobienia do marnej pensji.

Wchodząc do Unii, stajemy ponownie przed podobnym problemem: ustawodawca, czy raczej „dyrektywodawca”, nie przyjmuje do wiadomości, że praca lekarza wymaga dłuższej obecności w szpitalu i że przepisy opisujące pracę urzędników czy robotników budowlanych po prostu nie dają się tu zastosować. I co ważne: nie wynika to z jakichś wąsko pojętych interesów lekarzy, ale stawką są tu takie sprawy jak konieczność zapewnienia ciągłości leczenia oraz możliwości kształcenia młodszych lekarzy i studentów.

Na szczęście nie ma tu żadnego automatu od 1 maja; jest także możliwość takiej zmiany polskich przepisów, aby wilk był syty i owca cała. Jedno jest pewne: praca zmianowa być może dopuszczalna w niektórych specjalnościach, nie może być wprowadzona jako zasada do polskich szpitali. Rysuje się przed nami w najbliższym czasie perspektywa tworzenia piramid obchodzenia prawa (kontrakty dyżurowe z indywidualnymi lekarzami, NZOZ-ami „dyżurowymi” itp.).

Niestety, już dziś widać także skłonność niektórych dyrektorów szpitali wprowadzających zmianowy tryb pracy do wykorzystywania związanego z tym zamętu do zupełnie nieuzasadnionego ograniczania funduszu płac i obsad dyżurowych, a w konsekwencji dramatycznego zmniejszania dochodów lekarzy. Takie, niczym nie poparte, praktyki należy z całą mocą potępić.

Konstanty Radziwiłł

Początkowo jedynie Wielka Brytania skorzystała z tej możliwości i wprowadziła ją do swego ustawodawstwa już w 1998 r. Obecnie, m.in. na skutek orzeczeń Trybunału, przewidują to także przepisy francuskie, a odpowiednie projekty przygotowywane są w Niemczech,

dokończenie na str. 23

Zjednoczona Europa nie powstanie od razu ani też w wyniku realizacji jakiegoś pojedynczego planu. Może być zbudowana poprzez konkretne czyny, z których pierwszym jest prawdziwa solidarność. Tak mówił w 1950 r. Robert Schuman, obywatel francuski urodzony w Luksemburgu. Jeden z twórców zjednoczonej Europy.



Podejrzliwość wzajemna

Grażyna Ciechomska

Kontynent europejski zmienia swoje oblicze. Pierwszego maja 2004 r. w gronie jednoczącej się Europy będzie 25 państw. Do „15” najlepiej zorganizowanych, zarządzanych i gospodarczo rozwiniętych dołączy „10” kolejnych. Wśród nich jest Polska.

Wspólną Europę mieszkańcy kontynentu budują od ponad pięćdziesięciu lat. Nasz kraj zadeklarował chęć przynależności w 1994 r. W ostatniej dekadzie w „10” państwach przystępujących do UE nastąpiły olbrzymie zmiany polityczne, gospodarcze, ale także administracyjne i prawne. Teraz całą „25” czekają nieprzewidywalne do końca przemiany społeczne.

Pierwszego maja tego roku będzie miało miejsce wydarzenie niebagatelne w dziejach Europy. Narody o odmiennej historii i różnych doświadczeniach gospodarczych spróbują się połączyć. Po raz pierwszy my, mieszkańcy starego kontynentu, zaczniemy budować wspólny dom. Po raz pierwszy deklarujemy rezygnację z wojen, napaści i grabieży. Tylko od naszej wspólnej europejskiej woli i rozumu zależy czy podolałyśmy zadaniu i marzeniom pokoleń Europejczyków.

Termin rozszerzenia Wspólnoty Europejskiej już za progiem. Ale równocześnie rośnie napięcie wśród państw i narodów. Nerwowość daje się zauważyć wśród społeczeństw zachodnich. Przestają zachowywać się racjonalnie. Niekiedy zapominają o elegancji i kulturze.

Zaproszonym gościom zaczynają okazywać nieufność i niezrozumienie. Wcześniej wyrazili chęć budowy wspólnej przyszłości. Teraz zamierzają być jedynymi jej autorami. Nowe państwa chcą traktować jak intruzów dybiących na ich bogactwa, a nie jak współgospodarzy.

Spółeczności zachodnie skutecznie naciskają na rządy swoich państw o wycofanie się z wcześniejszych deklaracji, np. szybszego otwarcia rynków pracy, niż przewiduje to traktat akcesyjny. W nim bowiem zapisano dla nas siedmio-

letni okres przejściowy w dostępie do tych rynków. I dopiero po tym czasie będziemy mieli pełny do nich dostęp.

Wśród „15” były jednak państwa, które zapowiedziały otwarcie krajowych rynków pracy od 1 maja 2004 r. Tak deklarowały: Wlk. Brytania, Irlandia, Szwecja, Holandia i Dania. Inne kraje miały bacznie przyglądać się swobodnemu przemieszczaniu się nowych współobywateli. Obiecywały po dwóch latach uwolnić rynki pracy. Na siedmioletnią blokadę zdecydowały się tylko Niemcy i Austria. Ale na kilkadziesiąt dni przed zjednoczeniem większość państw wycofuje się z obietnic.

„Będą utrudnienia w dostępie do unijnych miejsc pracy” – mówią przywódcy Szwecji, Holandii, Danii i Norwegii. Będą potrzebne zezwolenia na zatrudnienie i wyrosną inne przeszkody. Swoje decyzje uzasadniają ochroną krajowych systemów socjalnych przed nadmiernym ich wykorzystywaniem przez nowych członków.

Unia Europejska tuż przed akcesją odnosi się do nas z nieufnością. Dotychczasowi jej obywatele niezgodnie z duchem procesu zjednoczeniowego wykazują podejrzliwość i ksenofobię. Czy uważają, że my jedynie dybiemy na zasiłki socjalne, zapomogi i inne wypłaty finansowe? Bzdura. Do Unii wchodzi ponad 80 mln ludzi. Czy możliwe jest, aby szykowali się do życia z zachodnich zapomóg!

Komisja Europejska wyraża zaniepokojenie postawami swoich dotychczasowych członków. Przypomina im, że w pierwszym przejściowym okresie państwa UE mogą stosować ograniczenia w dostępie do rynków pracy. Natomiast nie mają prawa odmawiać świadczeń socjalnych osobom legalnie przebywającym na ich terytorium.

W odpowiedzi na zapowiadane przez niektóre państwa restrykcje w dostępie

do świadczeń socjalnych przez nowych współobywateli UE Komisja Europejska mówi: „Wszyscy tutaj jesteśmy zaniepokojeni tym, co się dzieje”.

Lekarzy w Polsce najbardziej interesuje to, czy dla tych spośród nich, którzy zechcą osiedlić się za granicą będzie praca czy nie.

„Będzie to zależało od pracodawców. Jeśli chodzi o Duńczyków, Szwedów, Norwegów i Niemców to tam w jakiś sposób otwiera się rynek pracy dla nowych kolegów. Już teraz jest dużo ogłoszeń w rozmaitych pismach fachowych, w których proponuje się zatrudnienie. Jest tam dużo wolnych etatów w związku z nową regulacją czasu pracy. Jest parę przyczyn, które składają się na to, że na Zachodzie potrzebują lekarzy” – mówi Jan Adamus, przewodniczący Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej NRL.

Tezę o zapotrzebowaniu na lekarzy w państwach „15” potwierdza Michał Rumeld, polski anestezjolog od 22 lat pracujący w Niemczech: „Pod koniec lat osiemdziesiątych była w Niemczech nadprodukcja lekarzy. Dlatego szpitale zaczęły zachowywać się w stosunku do nich nieracjonalnie. Np. zatrudniali 3 stażystów w ramach jednego etatu za 1800 marek. Każdy z nich otrzymywał tylko 600 marek miesięcznie, a musiał pracować cały dzień. To była praca za darmo. Niewolnicy. Młodzi ludzie nie mieli innego wyboru. Następne roczniki wybierały już inne kierunki studiów. Coraz mniej osób szło na medycynę. Teraz mniej kończy studia.”

Lekarz opowiada też, że młodzi lekarze nie mają u siebie w kraju perspektyw finansowych, bo obecne miesięczne wynagrodzenia w niemieckich szpitalach są niskie w porównaniu z innymi państwami. Mówi tak: „Młodzi lekarze uciekają do innych krajów. Norwegia

oferuje kilkakrotnie wyższe stawki dla początkujących. W Niemczech np. asystent może zarobić 2 tys. euro miesięcznie, wliczając w to dyżury. W Norwegii zarobi 6 – 8 tys. euro też z dyżurami.”

Wyższe stawki płaci lekarzom Austria, Szwajcaria, Francja i kraje Beneluksu. „Ogłoszeń w «Deutsches Arzteblatt» jest pełno, bo tamte kraje poszukują lekarzy. Młodzi ludzie chętnie tam jadą. Znając język niemiecki nie jest trudno nauczyć się norweskiego. Oba języki są bardzo podobne. A Niemiec jadący do Norwegii dostaje od rządu norweskiego stypendium na zrobienie kursu językowego. Po trzech miesiącach mówi płynnie po norwesku. I zarabia o wiele więcej” – dodaje Rumeld.

Lekarze niemieccy tak samo masowo wyjeżdżają do Szwajcarii, której też brakuje personelu. „W kraju tym zmieniono przepisy dla cudzoziemców spoza Unii. Oni w pewnym momencie wyrzucili tych ludzi. A teraz im zabrakło. Francuzi też potrzebują lekarzy. O wiele więcej płacą Holendrzy i Belgowie” – kontynuuje lekarz.

Następujący przykład świadczy o tym, jak krucha jest sytuacja na niemieckim lekarskim rynku pracy. Opowiada mój rozmówca: „Moja żona, która jest zastępcą ordynatora w dużym szpitalu, szukała anestezjologa. I znalazła. O świetnym nazwisku Kropidłowski. Lekarka przyleciała do nas z Filipin. Wyślzała za męża z Niemca. Filipinka. Rynek lekarski jest pusty. Nie można znaleźć ani chirurga, ani anestezjologa. Nie ma tych specjalistów.”

Wszystkie te informacje są obiecujące dla naszych lekarzy. Ale my i pozostale nowo wstępujące do UE narodowości jesteśmy nieufni. Obawiamy się tego, czy starzy członkowie nas nie oszukają. Czy nie potraktują jak ludzi drugiej kategorii? Czy nie wykorzystają do wzmocnienia tylko swojej pozycji?

Pod koniec lat dziewięćdziesiątych w krajach „15” było około 1,5 mln lekarzy. Dane te podaje Główny Urząd Statystyczny. Mieszkańcy obecnej Unii są znacznie od nas bogatsi. Z tego powodu znacznie większe fundusze przeznaczają na opiekę zdrowotną niż Polacy. Dlatego mogą utrzymać większą liczbę lekarzy. Mogą też pozwolić sobie na bardziej powszechne stosowanie nowoczesnych metod diagnozy i leczenia. Mogą wykupić naszych najlepszych absolwentów i specjalistów.

„Myśmy mieli już łowców głów. Była u nas firma z Anglii. Są firmy niemieckie, które składają oferty pracy – mówi Elżbieta Ey-Chmielewska, członek NRL, reprezentująca izbę szczecińską. - Absolwenci nie chcą wyjeżdżać

z kraju. Ale problem jest. W większości przypadków na pracę za granicą decydują się ludzie młodzi. Od nas do Prenzlau jest 100 km. I pensja tam wynosi 3 tys. euro. W Polsce młody lekarz, w tym stomatolog, otrzymuje 1 tys. zł. Jestem pracownikiem naukowym akademii medycznej. Jestem stomatologiem. Często rozmawiam z moimi studentami. Wiem od nich, że nie chcą wyjeżdżać. Oni chcą pracować tu. Na tym miejscu. Ale chcieliby mieć możliwość otwarcia indywidualnej praktyki i dostania kontraktu.”

Czy lekarze będą masowo wyjeżdżać z Polski? Na razie oczekują na prawy systemu funkcjonowania ochrony zdrowia. Marzą o normalnych warunkach wchodzenia do zawodu. O możliwości specjalizowania się. O zatrudnieniu się. O normalnym wynagrodzeniu, pozwalającym na utrzymanie się, do kształcanie i specjalizowanie.

Jeżeli nasze wejście do UE powiedzie się, to sytuacja gospodarcza, finansowa i społeczna będzie się systematycznie poprawiała i normowała. Także w dziedzinie ochrony zdrowia. Wówczas lekarze przestaną myśleć o karierach poza ojczyzną. W przeciwnym razie nie zahamujemy wyjazdów zdolnych i ambitnych lekarzy.

Nasi młodzi absolwenci akademii medycznych nie mają kompleksów w stosunku do kolegów z Zachodu. Są bardzo otwarci na zmianę miejsca zamieszkania i pracy niż ich rodzice i dziadkowie. Ci, którzy chcą osiągnąć sukces w życiu, znają języki obce. I to nie tylko angielski, niemiecki czy francuski.

Obecnie studenci medycyny już od pierwszych lat studiów uczą się norweskiego czy szwedzkiego z myślą o wyjeździe za granicę. To polskie władze i ustawodawcy muszą tak organizować państwo polskie, abyśmy nie stali się krajem przysparzającym bogactwa innym, a biedy sobie. To nam teraz potrzebni są zdolni młodzi lekarze. I to im trzeba umożliwić pracę i normalne życie w Polsce.

Mieszkańcy Zachodu mają pieniądze. My dobrze wykształconych, utalentowanych i pracowitych lekarzy. To pacjenci z Zachodu powinni przyjeżdżać do polskich klinik i szpitali. Tu, u nas, leczyć się. Nie wolno nam dopuścić do sytuacji masowych, ekonomicznych wyjazdów najlepiej wykształconych ludzi.

Silna i bogata Polska jest także gwarantem pomyślności UE. Biednej, źle rządzonej i nie potrafiącej korzystać z szans tworzonych przez Wspólnotę Europejską nikt nie będzie chciał. Ze słabą Polską nikt nie będzie się liczył.

Dyżury a czas pracy lekarza

dokończenie ze str. 21

Hiszpanii i Holandii. Również większość państw przystępujących do Unii wprowadziła takie rozwiązanie. Co ciekawe, klauzula *opt-out* dotyczy w prawie wszystkich stosujących ją krajach jedynie służby zdrowia. **Polska, jak dotychczas, nie przewidziała powyższego rozwiązania w ustawodawstwie z zakresu prawa pracy.** Możliwość wykonywania przez lekarzy – tych którzy się na to zgodzą – pracy w większym wymiarze godzin (oczywiście przy zapewnieniu odpowiedniego wynagrodzenia) na pewno ograniczyłaby problem. Z miarodajną oceną efektu tego rodzaju rozwiązania warto by jednak poczekać do czasu zastosowania go przez większą ilość państw.

Po drugie, we wszystkich państwach członkowskich przyjęto lub planuje się przyjęcie środków mających na celu uelastycznienie czasu pracy.

Komisja Europejska zdaje sobie sprawę, że orzeczenia ETS-u mogą w efekcie bardzo skomplikować funkcjonowanie niektórych sektorów, przede wszystkim służby zdrowia. O ile argumenty finansowe lub o trudnościach z naborem dodatkowej kadry mogą nie być wystarczające dla zmiany przepisów, o tyle obawa, że niektóre państwa będą nadużywać klauzuli *opt-out* lub wprowadzą rozwiązania zapewniające znacznie mniejszą ochronę (kontraktowanie lekarzy prowadzących własną działalność zamiast zatrudniania ich), zmusza Komisję do rozpoczęcia prac nad zmianą Dyrektywy. Celem ma być wprowadzenie większej elastyczności organizacji czasu pracy.

Trudno więc przewidzieć jakie rozwiązania dotyczące czasu pracy lekarzy zostaną przyjęte zarówno na poziomie ustawodawstwa unijnego jak i polskiego. Należy jednak dążyć do tego, aby władze polskie przyjęły takie rozwiązanie, które zapewni właściwe funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej oraz polepszy, a przynajmniej nie pogorszy i tak trudnej sytuacji pracowników służby zdrowia.

Marek Szewczyński

m.szewczynski@hipokrates.org

Autor jest prawnikiem Naczelnej Izby Lekarskiej.

Synowi wybiłem z głowy medycynę. Syn niedawno spotkał na terenie Warszawy swojego kolegę z liceum, który skończył medycynę. Był on szczęśliwy, gdyż po długim czasie dostał etat w szpitalu i ok. 800 zł pensji. Z tego ma się utrzymać, opłacić kursy szkoleniowe do specjalizacji, pojechać czasem na jakiś zjazd naukowy – mówi Mirosław Barszczewski, lekarz z czterdziestoletnim stażem pracy.

Staż i co dalej?

Grażyna Ciechomska

Jednym z najważniejszych elementów życia lekarza jest doskonalenie zawodowe. Wprowadzenie w 1999 r. nowego systemu specjalizacji przyjęte zostało przez środowisko lekarskie z aprobatą i nadzieją.

Ustawodawca wprowadził do systemu pojęcie rezydentury. Miała ona być najdoskonalszą formą tego kształcenia. W początkowym okresie Ministerstwo Zdrowia przewidywało 2 tys. rezydentur rocznie. Preferowało medycynę rodzinną. I opłacało rezydentury z budżetu państwa.

W praktyce nowe rozwiązania okazały się mało efektywne. W pierwszym okresie kandydaci narzekali na to, że nie mogą wybrać sobie upatrzonej dziedziny medycyny. Później zaczęły się jeszcze większe kłopoty. Powoli zaczęła brakować miejsc specjalizacyjnych w szpitalach. System przestawał być drożny. Dwa lata temu młody lekarz Klaudiusz Komor, członek NRL mówił: „Zdarzają się takie sytuacje, że niektórzy młodzi lekarze zdają egzamin, otwierają specjalizację, ale nie mają gdzie się specjalizować.”

Nowy system kształcenia specjalizacyjnego już wówczas lekarz oceniał nie najlepiej. „Jest w tej chwili trudniej niż kiedyś. W przeszłości specjalizację rozpoczynał kto chciał i taki kierunek jaki chciał. To było przed wprowadzeniem jednostopniowego trybu specjalizacji. Teraz liczba miejsc jest limitowana ogólnie. System zaczyna się blokować” – mówi „Ga-

zecie Lekarskiej”. Od tamtego czasu sytuacja jeszcze się pogorszyła.

W Polsce pieczę nad kształceniem specjalizacyjnym sprawuje Ministerstwo Zdrowia. Natomiast w UE rozwiązania są różne. U naszych najbliższych sąsiadów w Niemczech kształcenie specjalizacyjne pozostaje w gestii niemieckich izb lekarskich. I choć tam lekarze też krytykują system, to działa on sprawnie. Tak sprawnie, że coraz chętniej młodzi Polacy jadą do Niemiec i tam rozpoczynają specjalizację.

„Ostatnio mój znajomy, który jest po stażu, wyjechał prawie pod Hamburg. Tam otrzymał pracę w małej miejscowości. Tam będzie się specjalizował. To nie jest tak, że lekarze wyjeżdżają tylko do strefy przygranicznej. Wyjeżdżają do całych Niemiec” – opowiada Jacek Chodorski, specjalista neurochirurg z Wrocławia.

Jak wygląda kształcenie specjalizacyjne w Niemczech? Wyjaśnia Michał Rumeld, polski anestezjolog pracujący tam od 22 lat. „Specjalizacja jest robiona automatycznie w ramach pracy. Izby lekarskie ustalają dla danej dziedziny katalog. Są w nim podane rodzaje zabiegów i ich liczba. Kandydat na specjalistę musi zabiegi te wyko-

nać. Np. w anestezjologii jest chyba 1800 znieczuleń. W tym musi być np. 50 znieczuleń do cesarskiego cięcia, 20 u małych dzieci, 50 u ludzi starszych. Wykonanie zabiegów jest podzielone na grupy wiekowe.”

Podobną konstrukcję mają katalogi dla kandydatów z innych dziedzin medycyny. „I tak – mówi Michał Rumeld – w chirurgii trzeba przeprowadzić określoną liczbę operacji brzusznych, ustaloną liczbę operacji w obrębie klatki piersiowej, zadaną przez izby liczbę operacji w obrębie kończyn dolnych i górnych.”

Specjalizujący się lekarz samodzielnie zbiera protokoły znieczuleń czy operacji. Wypełnia odpowiednie rubryki w katalogu. Na końcu katalog zabiegów podpisuje jego szef. Wykonanie wszystkich zadań upoważnia do sprawdzianu końcowego.

Egzamin specjalizacyjny też należy do zadań izby. To ona wyznacza jeden lub dwa terminy w miesiącu. Egzamin zawsze odbywa się w sobotę. Izba jest zobowiązana do tego, aby powiadomić zdającego co najmniej dwa tygodnie wcześniej o wyznaczonej dacie. W przeciwnym razie w przypadku niezdania egzaminu sądy rozstrzygają zażalenia na korzyść lekarza. W uzasadnie-

niu wskazują na błąd izby lekarskiej. I nie zdany egzamin nie jest liczony.

„Z anestezjologii specjalizację najszybciej można zrobić w ciągu 5 lat. Wcześniej były to 4 lata. Nie można przepracować 2 lat i zgłosić się do izby z wykonanym katalogiem. **Trzeba przepracować co najmniej 5 lat. W przypadku pracy np. na pół etatu specjalizację robi się przez 10 lat. Górnej granicy izby nie określają.** Można pracować wiele lat i specjalizacji nie robić” – kontynuuje Rumeld.

Kto finansuje kształcenie specjalizacyjne w Niemczech? „Nikt nie finansuje. Podkreślam **specjalizacja jest robiona podczas codziennej pracy** – odpowiada mój rozmówca. – Natomiast płaci się z własnej kieszeni za egzamin specjalizacyjny. Kiedy ja zdawałem, a było to 12 lat temu, zapłaciłem 200 marek. Wydaje mi się, że teraz opłata ta wynosi 100 – 200 euro.”

Opisany system wydaje się prosty i niekosztowny. Ale ma też swoje mankamenty. Są pewne utrudnienia. Np. lekarz, który pracuje w małym szpitalu, nie jest w stanie przeprowadzić wszystkich zapisanych w katalogu zabiegów. Niektórych operacji nie wykonuje się w jego miejscu pracy. Jak można rozwiązać problem?

„Moi koledzy chirurdzy z Polski chodzą do innego szpitala, żeby przeprowadzić duże operacje brzuszne, przeszczepy czy resekcje przełyków. W naszym szpitalu takich operacji nie ma. Dlatego u nas nie można wykonać wszystkich koniecznych do zaliczenia katalogu” – informuje dr Rumeld.

Obecnie w Polsce sytuacja lekarzy po stażu jest nie do pozazdroszczenia. Wielu z nich zadaje sobie pytanie: Co dalej? Brakuje dla nich etatów w szpitalach. Przykre jest to, że zamiast wcześniej deklarowanych 2 tys. rezydentur, ich liczba zmniejsza się. Chętni ustawiają się w kolejkach. Niektórzy czekają po kilka lat na wejście do systemu.

W obecnej formie system nie sprawdza się w pełni. Krytykują go absolwenci akademii medycznych. Nie najlepiej oceniają lekarze starsi, którzy specjalizowali się w systemie starym. Wydaje się, że nadchodzi pora, aby decydenci baczniej przyjrzeni się kształceniu specjalizacyjnemu i jego efektom.

Zapewne słuszne byłoby, aby wzięli pod uwagę opinię samych zainteresowanych. Tych, którzy właśnie specjalizują się, czekają na wejście do systemu i tych, którzy dopiero co go opuścili. Ich uwagi i spostrzeżenia mogą być cenne.

Bardzo uważnie od lat obserwuje proces specjalizowania się samorząd lekarski. Wielu członków NRL bardzo krytycznie ocenia sprawność oraz rezultaty obecnego systemu. Niektórzy z nich wysuwają propozycje przejęcia opieki i kontroli nad kształceniem lekarzy specjalistów przez izby lekarskie. W gronie tym znajduje się Konstanty Radziwiłł, prezes NRL. Dążenia samorządu znajdują uzasadnienie w doświadczeniach zagranicznych.

Samorząd lekarski obecnie zajmuje się stażem poddyplomowym absolwentów medycyny. I czyni to w miarę nieźle. Może niedoskonale, ale radzi sobie. Natomiast ucieczki lekarzy za granicę w celu specjalizowania się potwierdzają tezę o tym, że ministerstwo w niedostatecznym stopniu radzi sobie ze specjalizacjami.

Może na razie wyjazdy specjalizacyjne nie są masowe, ale po naszej akcesji do UE mogą stać się podstawowym lekarstwem dla ludzi przebojowych i operatywnych.

Niekorzystnym zjawiskiem jest nierówność w dostępie do specjalizacji.

Absolwenci są przekonani o tym, że wejście do systemu w takich dziedzinach jak: chirurgia, interna czy ginekologia zależy od układów rodzinno - towarzyskich, a nie uzdolnień i predyspozycji.

Problem specjalizacji jest pilny. Mamy dużą grupę młodych lekarzy, chętnych do kształcenia się. Zapłać tego nie można zmarnować. W karierze zawodowej lekarza najważniejsze jest kształcenie specjalizacyjne. Dlatego jego realizacja powinna być sprawna i efektywna.

System specjalizacji nie może zniechęcać młodych do zawodu i pracy lekarskiej. Perspektywy zawodowe lekarzy nie mogą zależeć od przypadku i widzimisię osób wpływowych. Absolwentom trzeba przedstawić precyzyjne kryteria rozwoju lekarskiego, kariery i awansu.

Opiekę nad kształceniem specjalizacyjnym powinni sprawować ludzie kompetentni, dobrze znający kandydatów oraz potrzeby mikrośrodków. Także orientujący się w możliwościach technicznych i finansowych placówek, w których lekarze specjalizują się w danych dziedzinach medycyny. Wydaje się, że najlepiej przygotowane do tego trudnego zadania są izby lekarskie.

Jeden procent na Misję

W tym roku po raz pierwszy każdy podatnik ma możliwość przekazania jednego procenta swojego podatku wybranej przez siebie organizacji pożytku publicznego.

Stało się to możliwe dzięki nowym przepisom ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie oraz zmienionej ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych. Polska Misja Medyczna jest taką organizacją. Zwracamy się do Państwa o wsparcie jej działalności – apeluje szefowa Misji dr Elżbieta Lipska.

Jak przekazać 1% swojego podatku dochodowego na rzecz Polskiej Misji Medycznej?

Trzeba **samodzielnie wypełnić PIT!** Jeśli do tej pory robił to za Was pracodawca lub ZUS, trzeba pobrać wypełniony już PIT i **przepisać go** z jedną zmianą.

W **PIT-36** w pozycji nr **192**, lub w **PIT-37** w poz. nr **122** wpisujemy kwotę równą wysokości jednego procenta naszego rocznego podatku. O tę samą kwotę pomniejszamy podatek, należny urzędowi skarbowemu.

Następnie **obliczoną kwotę** wpłacamy – w banku lub na pocztę – **na konto Polskiej Misji Medycznej**. Jako tytuł wpłaty należy na formularzu przelewu wpisać „**wpłata na podstawie art. 27d ustawy o podatku osób fizycznych**”. Dowód przelewu, podobnie jak inne dokumenty poświadczające odliczenia w PIT, trzeba przez pięć lat zachować do ewentualnej kontroli.

W przypadku **nadpłaty podatku**, kwota podatku przekazanego Polskiej Misji Medycznej **zostanie Państwu zwrócona** przez urząd skarbowy w ciągu trzech miesięcy.

Jeżeli Państwo **wysłali już** do urzędu skarbowego swoje zeznanie podatkowe za rok 2003, **nadal mogą** Państwo skorzystać z możliwości przekazania 1 procenta podatku na rzecz Polskiej Misji Medycznej, **dokonując korekty** zeznania.

Wpłat można dokonywać na konto:
Bank Pekao S.A. III O/Kraków filia 8,
ul. Krakowska 46,
Stowarzyszenie Polska Misja Medyczna,
nr 10701193-459811-2221-0100

(ms)

Notatki rzecznika prasowego



Amerykańskie CPT dla polskich lekarzy

W dn. **16-17.02.br.** w siedzibie NIL przedstawiciele NRL spotkali się z delegacją Amerykańskiego Towarzystwa Lekarskiego (AMA), które przekazało do tłumaczenia NIL nieodpłatnie **katalog świadczeń lekarskich (CPT)**. Pierwszymi grupami świadczeń tłumaczonymi na j. polski i dostosowywanymi do potrzeb i realiów organizacji zdrowia w naszym kraju będą ginekologia i położnictwo. Następnie NIL otrzyma zgodę AMA na tłumaczenie i wprowadzenie do polskiej ochrony zdrowia pełnego zakresu katalogu. Cały proces realizacji przedsięwzięcia potrwa ok. 2 lat.

Zmiany personalne

19.02.br. na posiedzeniu Komisji Stomatologicznej NRL dotychczasowy sekretarz Komisji **Halina Ey-Chmielewska** (OIL



Szczecin) – z powodu kontynuacji pracy naukowej – zrezygnowała z pełnionej funkcji. Nowym sekretarzem Komisji Stomatologicznej została **Jolanta Szczurko** (fot.) (OIL Białystok).

Obrady Prezydium NRL

Członkowie Prezydium NRL na dwóch kolejnych posiedzeniach:

■ 20.02.br. m.in.:

- podjęli następujące **uchwały**:
 - zmieniającą uchwałę w sprawie ustanowienia przedstawicieli NRL w:
 - zespołach ds. opracowania i aktualizacji programów specjalizacji w odpowiednich dziedzinach medycyny,
 - zespołach ekspertów ds. oceny jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia w zakresie spełniania wymogów dotyczących prowadzenia specjalizacji lub stażu kierunkowego,
 - zespołach ekspertów ds. uznawania równoważności tytułów specjalistów w danej dziedzinie medycyny,
 - komisjach przeprowadzających państwowy egzamin specjalizacyjny,
- przyjęli następujące **stanowiska**:
 - w sprawie programu specjalizacji z następujących dziedzin:
 - medycyny transportu – z uwzględnieniem opinii dr. M. Targowskiego,
 - transfuzjologii klinicznej – z uwzględnieniem opinii prof. W. Jędrzejczaka,
 - rehabilitacji klinicznej – z uwzględnieniem opinii prof. J. Oparę;
 - w sprawie projektu rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycz-

nej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą;

– dotyczące projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania takiego planu;

– uwzględniające uwagi prof. W. Jędrzejczaka dotyczące projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie trybu przeprowadzania kontroli spełniania wymagań niezbędnych do realizacji zadań określonych ustawą o publicznej służbie krwi przez regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Lecznictwa oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa;

• ponadto **zlecieli** Komisji Kształcenia Medycznego NRL opracowanie stanowiska w sprawie rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów.

■ 5.03.br. m.in.:

- podjęli następującą **uchwałę**:
 - w sprawie współfinansowania Konferencji Samorządów Zaufania Publicznego,
- przyjęli następujące **stanowiska**:
 - dot. projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw,
 - dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu obowiązujących szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień ochronnych, w którym czytamy m.in.: „(...) **wprowadzenie obowiązkowego szczepienia przeciw Haemophilus influenzae typu b do «Programu szczepień ochronnych» jest uzasadnione i korzystne, szczególnie dla małych dzieci do ukończenia 2 roku życia, w takich skupiskach jakie stanowią domy małego dziecka i przekształcone z nich placówki opiekuńczo-wychowawcze oraz rodzin wielodzietnych, gdzie ryzyko wystąpienia zakażenia i epidemii jest szczególnie duże.**”
 - dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w którym czytamy m.in.: „(...) **proponuje zmian zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej zawarte w tym projekcie są niewystarczające i nadal nie zapewniają godziwych wynagrodzeń dla zatrudnionych w nich lekarzy i innych pracowników medycznych. Zwalaszcza zaś zbyt niskie są dolne granice miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego.**”
 - dot. projektu ustawy o zawodach wykonywanych w ochronie zdrowia, w którym czytamy m.in.: „(...) **Uwaga ogólna: Tytuł ustawy o zawodach wykonywanych w ochronie zdrowia wydaje się być zbyt**

szerokim ujęciem. Ochrona zdrowia to nie tylko opieka zdrowotna, a wszystkie działania środowiskowe i społeczne służące zachowaniu zdrowia i pozwalające na samorealizację każdemu z uczestników życia społecznego. W projekcie powinien się znaleźć podział na zawody, których wykonywanie polega na:

- udzielaniu świadczeń zdrowotnych np. fizjoterapeuta, który wykonuje zlecenie lekarza, ale bezpośrednio wykonuje określone zabiegi, lub higienistka dentystyczna, która wykonuje określone zabiegi na zlecenie i pod nadzorem lekarza dentysty,

- uczestniczeniu przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez lekarza, lekarza dentystę, gdzie wykonujący zawód uczestniczy bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, np. asystentka dentystyczna,

- pośrednim uczestniczeniu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, gdzie osoba wykonująca zawód uczestniczy pośrednio bez kontaktu z pacjentem (np. technik dentystyczny, który wykonuje czynności techniczne związane z wykonywaniem protez dentystycznych i aparatów ortodontycznych oraz ich naprawami w pracowni techniki dentystycznej i czynności te wykonuje wyłącznie na zlecenie lekarza dentysty i nie przyjmuje w pracowni pacjentów). (...)"

- w sprawie programu specjalizacji w ginekologii onkologicznej,

- dot. projektu ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w którym czytamy m.in.: „(...) 3. Wadą projektu jest to, że nie reguluje tego, co zapowiada w tytule. Sprawia to wrażenie, jakby chorobom zakaźnym można było zapobiegać i zwalczać je udoskonalając system sprawozdawczości pionu sanitarnego i ewidencjonując dodatnie wyniki oraz osoby z czynnikami zakaźnymi rozpoznawanymi w referencyjnych laboratoriach. Lekarz ma obowiązek zgłaszać podejrzenia, ale już nie wiadomo co ma dalej robić z chorym lub podejrzanym (chyba, że jest to gruźlica i choroby weneryczne oraz AIDS – bo głównie o tym mowa w projekcie). Wojewoda może ogłosić stan epidemii, ale nie wiadomo, kto ma realizować i w jaki sposób nakazy administracyjne. Wadą projektu jest bowiem nieprawidłowe ustalenie zasad postępowania w przypadku zaistnienia podejrzenia lub stwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej”.

Pełne teksty dokumentów znajdują się na stronach internetowych NIL:
www.nil.org.pl

Goście z RPA

28.02.br. w siedzibie NIL odbyło się spotkanie **prezesa Konstantego Radziwilla i prof. Zbigniewa Czernickiego** – naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej z **grupą lekarzy z prowincji Limpopo**. Zagadnieniami omawianymi w trakcie spotkania były: stały niedobór lekarzy w tym rejonie i ewentualna możliwość sprowadzenia do RPA polskiej grupy specjalistów.

Jubileusz samorządu lekarskiego – wkrótce

Rozpoczęły się przygotowania do obchodów jubileuszu 15-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego i 84 rocznicy powstania samorządu w Polsce. Uroczystości zaplanowano w Krakowie. Prezydium NRL powierzyło rolę koordynatora zespołu organizacyjnego obchodów **Maciejowi Czerwińskiemu** – przewodniczącemu Konwentu Przewodniczących OIL.

Kolejna konferencja nt. naprawy systemu ochrony zdrowia

„Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i możliwości rozwiązań”, zorganizowane **16.03. br.** w Warszawie przez firmę Case-Doradcy sp. z o.o., koordynatora projektu poświęconego opracowaniu rekomendacji do reformy polskiego systemu ochrony zdrowia. Moderatorami – pierwszego z cyklicznych spotkań – byli: prof. **Cezary Włodarczyk** i prof. **Stanisława Golińska** – członkowie zespołu przy ministrze zdrowia, powołanego w celu przygotowania propozycji naprawy ochrony zdrowia, którzy bardzo ogólnikowo przedstawili wpływy przeszłości na dzisiejszy obraz resortu zdrowia oraz jego teźniejszość. Ponieważ większość prelegentów reprezentowała Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ w Krakowie, referaty zawierały w zasadzie jednolite spojrzenie na system naprawy w ochronie zdrowia. Paneliści, mimo założenia organizatorów, nie wywołali też tzw. burzy mózgów wśród uczestników spotkania. Niewielu chętnych z sali zabrało głos. Wyjątkiem, oprócz zagranicznych gości, był **prezes NRL**, który przedstawił obecnym – można powiedzieć – już wieloletnie stanowisko samorządu lekarskiego na temat sposobu naprawy w ochronie zdrowia. Z dużym zainteresowaniem wysłuchano również prezentacji: **prof. Hansa Maarse’a z Uniwersytetu w Maastricht**



i **prof. Nansa-Georga Petersena z Uniwersytetu w Poczdamie** (fot.), którzy przedstawili przykłady rozwiązań problematyki systemów opieki zdrowotnej w krajach UE. Niektóre sposoby są może przedwcześnie dla Polski, jednak w przyszłości na pewno warte naśladowania.

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

Daleko od oczekiwań

Tadeusz Chruściel

Z początkiem 2003 r. wprowadzono do wykazów leków refundowanych liczne leki generyczne. Z końcem 2003 r. i w lutym 2004 r. uzupełniano i korygowano wykazy. Od 1 marca 2004 r. obowiązują też aneksy, którymi na razie resort zakończył zmiany. Wprowadzone zmiany są korektą decyzji obowiązujących od 1 grudnia 2003 r.

Jakie znaczenie mają zmiany farmakoterapii wynikające ze zmian, które wprowadziły nowe wykazy leków refundowanych? Pełną ocenę można będzie przeprowadzić zapewne dopiero po szerokim wejściu zmian w życie, a więc najwcześniej jesienią 2004 r. Istotną bowiem zmianą w wykazach leków refundowanych do chwili zamknięcia tego numeru „GL” jest wpisanie do wykazów nowych, tańszych leków generycznych, głównie polskiej produkcji, i obniżenie cen niektórych leków, wynikające stąd zmiany limitów i znaczne zmiany współpłacenia przez pacjentów.

Użytkowanie bowiem leków refundowanych nie jest zależne tylko i wyłącznie od ich ceny, niezależnie od tego, czy ustalana jest cena urzędowa maksymalna, czy też stała (jak tego chcą aptekarze), lecz od wiedzy lekarzy i przyzwolenia pacjentów. Samorząd lekarski bierze aktywny udział w dyskusji przez cały czas uzgodnień międzyresortowych projektów ustaw i rozporządzeń dotyczących polityki i gospodarki lekowej oraz farmakoterapii. Niestety, projekty aktów prawnych z ogromną *zawartością merytoryczną*, jak np. wykazy leków, przekazywane są do zaopiniowania w przeciągu kilku dni.

Wysiłek ekspertów NRL jest jednakże w dużym stopniu zmarnowany, gdyż najoczywiej nikt nie zapoznaje się z tymi uwagami, lub całkowicie pomija je, kwitując w sposób, co najmniej nieelegancki, „wpłynięciem po ustalonym terminie”. Terminu tego nie da się dotrzymać, gdyż dokumenty przekazywane są na 2-3 dni przed jego upływem!

Prezes NRL wielokrotnie wnioskował o urealnienie terminów przysyłania uwag, pośpieszenie bowiem stanowione prawo jest prawem złym. Oczywiście jest brak szacunku administracji centralnej dla partnerów społecznych. W niektórych wypadkach dopiero usilne domaganie się przeprowadzenia konfe-

rencji uzgodnieniowej umożliwiło podjęcie rzeczywistej dyskusji nad poszczególnymi rozwiązaniami.

Rozporządzenia dotyczące leków powstały na podstawie upoważnień z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ z 23.01.2003 r. oraz ustawy o cenach z 5.07.2001 r. Nie podano do publicznej wiadomości, ani nie można tego dowiedzieć się z przekazywanych do oceny dokumentów, czy treść ich była konsultowana przez ekspertów z różnych dziedzin medycyny, lub przez Krajowy Zespół Konsultantów. Przezroczystość („transparentność”) działań, o której zapewnia resort, pozostawia tu wiele do życzenia.

Szczegółowo zmiany polegają na:

- wprowadzeniu (20) preparatów generycznych od dawna zarejestrowanych, a także niektórych niedawno wprowadzonych do obrotu (*Risset, Steri-Nneb Ipratropium*),
- usunięciu całkowitym niektórych substancji (*disopyramidum, ethisteronum i norethisteronum*),
- usunięciu całkowicie preparatów, których produkcję zaprzestali producenci (np. *Disocor*),
- usunięciu niektórych preparatów na wniosek producentów (np. *Oestradiolum benzoicum*),
- wprowadzeniu lub usunięciu niektórych opakowań niektórych preparatów [np. usunięto opakowania szpitalne perindoprilu (*Prestarium*) i tienepiny (*Coaxil*) (łącznie na wniosek producentów usunięto 17 preparatów, lub opakowań)],
- obniżeniu wysokości cen licznych preparatów (wg Z. Kotuli – „Kosmetyczne zmiany”, „Służba Zdrowia” nr 17-20/2004 – ustalono 329 nowych cen limitowych, w tym 190 to zmiany większe o więcej niż 1 zł),
- obniżeniu licznych limitów,
- poprawieniu błędów w kolejnych rozporządzeniach.

Akty wykonawcze przygotowywane przez resort w wykonaniu delegacji z

pakietu uchwał zwanego prawem farmaceutycznym, ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w ramach NFZ, i ustawy o cenach, powinny służyć realizacji polityki lekowej. Niestety, tak nie jest. Wprawdzie dokument polityka lekowa państwa jest nadal dokumentem wirtualnym i od czerwca br. nie został przez rząd potwierdzony, niemniej wersja dokumentu przedstawiona przez resort zawiera dążenie do zmniejszenia współpłacenia przez pacjentów za leki.

Treść rozporządzeń jest więc sprzeczna z zasadami polityki lekowej państwa.

Obniżanie bowiem cen leków, które są podstawą limitów grupowych, nie powinno powodować zwiększenia współpłacenia, a wynikiem ostatecznym zmian dla pacjentów jest wprawdzie rzeczywiste zmniejszenie wydatków z kieszeni pacjenta w tych przypadkach, w których pacjent używał leku, dla którego wprowadzono lek generyczny, jednakże w innych przypadkach i dla pacjentów, którzy z różnych przyczyn będą nadal używać leków oryginalnych lub droższych (ale tych, do których się przyzwyczaili), koszty farmakoterapii rosną.

Dla zmniejszenia współpłacenia przez pacjenta

niezbędne są zmiany systemu refundacji.

Przed wszystkim należy zwiększyć stopień refundacji dla leków, których ocena, przeprowadzona metodami GCP w oparciu o zasady EBM, wykazała wysoką skuteczność. Klasycznym przykładem są statyny, które powinny być refundowane na poziomie ryczałtowym. Z wykazów refundowanych należy usunąć leki, których skuteczność jest wątpliwa. Liczne zmiany mogą być wprowadzone już obecnie, bez zmian ustawowych, nowelizując jedynie rozporządzenia resortowe. Do takich zmian na-

leży np. uwzględnienie farmakoekonomiki w podejmowaniu decyzji: czy obniżenie limitu dla leków z grupy objętej limitem terapeutycznym nie spowoduje wzrostu kosztu leków, których nie można zastąpić, powyżej możliwości ekonomicznych, tj. czy stać na to pacjenta (*affordability*)?

Najbardziej jednak uderza przy analizie nowych wykazów, że

nie wprowadzono leków innowacyjnych

żadnych kategorii (wg EMEA), nie wprowadzono też form innowacyjnych. Pomimo kilkakrotnych oficjalnych wypowiedzi ministrów zdrowia od 6 lat nie wpisano na listy refundacyjne nowych leków. Lków zarejestrowanych już lub dostępnych tylko w drodze importu indywidualnego, leków, które stanowią o postępie farmakoterapii oraz umożliwiają spełnianie prawnych i kodeksowych zobowiązań każdego lekarza, tj. obowiązku stosowania leków zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej. Dyrektywy UE i zalecenia Stałego Komitetu Lekarzy UE są tu jednoznaczne. Warto wspomnieć tylko o kilku ostatnio zarejestrowanych substancjach, nie dokonując selekcji, ani nie określając, ze względu na koszt, ich ważności dla poprawy farmakoterapii: kabergolina, drotrekogin alfa, ertapenem, najnowsze „bezikowe” analogi insuliny i in.

Negatywne jest również

zbyt duże obciążenie współpłaceniem

tych pacjentów, którzy z różnych powodów nie przejdą na tańsze leki generyczne. Zwiększa się gwałtownie koszt terapii cukrzycy dla pacjentów, którzy nie będą mogli stosować gempuliny, leku generycznego polskiej produkcji. Cena gempuliny, niższa od ceny odpowiedników oryginalnych leków patentowych, jest zresztą dość wysoka.

Pacjenci ze schizofrenią, którzy dotychczas otrzymywali preparaty antypsychotyczne nowej generacji, stanęli wobec dylematu nieosiągalności na rynku tańszego leku generycznego, co można było łatwo przewidzieć.

Negatywne jest także to, co przewidyują analizy, że średnie współpłacenie z kieszeni pacjenta nie zmniejszy się, a według szacunków IMS nawet wzrośnie.

IMS (Bogusławski, „Analiza wpływu nowych regulacji refundacyjnych na wartość rynku leków i kwotę refundacji”. Ref. na konf. Banku Św.) podaje, że – bez uwzględnienia zmian ordynacji – w porównaniu z analogicznym

okresem ubiegłego roku średnie współpłacenie z kieszeni pacjenta wzrośnie. Podstawą obliczeń był pomiar sprzedaży leków z hurtowni do aptek otwartych prowadzony przez IMS Health w okresie od września 2002 r. do sierpnia 2003 r. Analiza uwzględnia zmianę zachowań terapeutycznych lekarzy, substitucję apteczną oraz zachowania zakupowe pacjentów w ciągu pierwszych 12 miesięcy obowiązywania nowych regulacji.

Analizę przeprowadzono na poziomie poszczególnych opakowań produktów, każdorazowo uwzględniając (przed i po zmianie) cenę detaliczną, poziom opłaty pacjenta, poziom dopłaty NFZ oraz, jeśli było to właściwe, poziom dopłat pacjenta do leku. Na poziomie każdego ze 180 segmentów terapeutycznych oceniano wpływ zmiany wysokości współpłacenia pacjenta (współpłacenie + ewentualna dopłata do limitu) na strukturę danego segmentu. Pominęto całkowicie „efekt zapasów u pacjentów”.

Każda obniżka ceny urzędowej lub limitowej jest korzystna dla płatnika, a niekorzystna dla pacjenta.

Budżet NFZ może oczekiwać oszczędności (liczonych w odniesieniu do sytuacji, gdyby żadnych zmian nie wprowadzono) w wysokości około 560 mln PLN. Największe oszczędności przyniosą zmiany wykazów leków hormonalnych, leków stosowanych w chorobach układu sercowo-naczyniowego (obniżenie limitu dla statyn ma przynieść oszczędności ok. 40 mln PLN) i układu kostnego (oszczędność w wydatkach na *acidum alendronicum* ok. 10 mln PLN), a najmniejsze oszczędności dla budżetu przyniosą leki stosowane w dermatologii i specjalnościach zabiegowych (tabela).

Zmianę wielkości dopłat pacjentów spowodowaną obniżeniem wysokości cen limitowych oraz zmianą produktów referencyjnych dla określania limitów można oceniać na około 240 mln PLN. Podniesie to, i tak bardzo wysoki, współczynnik współpłacenia za leki, z 54 do 58% – w segmencie leków na receptę.

Czy zmiany wykazów spowodują zmiany nawyków przepisywania ordynujących leki? Niewątpliwie jest to proces długotrwały. Badania nad konsumpcją leków w Polsce są prowadzone głównie dla celów handlowych i statystycznych, toteż nie dają odpowiedzi na liczne pytania lekarskie, jak np. jaki jest: wpływ zmian w wytycznych farmakoterapeutycznych w poszczególnych jednostkach chorobowych na przepisywanie; wpływ postępu wiedzy na ordynację, jaka jest celowość stosowania poszczególnych leków i ich właściwe wykorzystanie; jakie są możliwości ekonomiczne pacjenta do wykupienia leku (*affordability*). Dopiero ostatnio zajęła się tym Polska Akademia Nauk, powołując Komisję ds. Społecznego Odbioru Farmakoterapii przy Komitecie Nauki o Leku.

Jak zawsze, zmiany mają oprócz negatywnych także i pozytywne aspekty. Należy do nich usunięcie z wykazów niektórych preparatów, które z różnych powodów wycofał przemysł farmaceutyczny. Stało się to zresztą przyczyną zabawnych nieporozumień, które odbiły się szerokim echem w mediach. Czym innym bowiem jest wycofanie produktu leczniczego, tj. pojedynczego preparatu w określonej postaci farmaceutycznej, a czym innym skreślenie leku z wykazów. Media nie uchwyciły tej różnicy i podały wiadomość, że *Prestarium* i *Coaxil* zostały usunięte z wykazów, co spowodowało burzę telefonów i zapytań pacjentów, podczas gdy chodziło o usunięcie z wykazów pojedynczych preparatów tych leków.

Oczywiście pozytywne również jest obniżenie cen detalicznych preparatów oryginalnych i wprowadzenie leków generycznych, głównie produkcji polskiej. Obniżone zostały ceny detaliczne dla 134 preparatów.

Liczne leki generyczne jednakże zbyt długo czekały na wpisanie na listy.

Preparaty usunięte z wykazów i leki wprowadzone do wykazów będą przedmiotem dalszych publikacji „GL”.

Całkowita kwota refundacji – rynek apteczny, leki Rp (wg IMS)

	08. 2003	2004	Zmiana	
			PLN	%
C. układ sercowo-naczyniowy	751,0	644,8	-106,2	-14,1
D. dermatologia	58,7	644,8	-106,2	-5,9
H. leki hormonalne do stosowania wewnętrznego	67,9	65,7	-2,2	-15,9
M. układ mięśniowo-szkieletowy	231,8	197,5	-34,3	-14,8
S. narządy wzroku i słuchu	69,8	67,9	-1,9	-2,7

W odróżnieniu od sektora pielęgniarek i położnych nie ma żadnych norm zatrudnienia lekarzy w szpitalu.

Ilu lekarzy w oddziale?



Marek Wójtowicz

W każdym szpitalu doszło lub nieuchronnie dojdzie do redukcji zatrudnionego personelu. Ten sposób obniżania kosztów funkcjonowania firmy jest chętnie i szeroko stosowany nie tylko w służbie zdrowia, ale w każdym innym sektorze gospodarki też.

fol. Marek Stankiewicz

Place stanowią w rocznym budżecie firmy od 50 do 70 % wszystkich kosztów, więc oczywiste, że w sytuacji kryzysowej największy i najszybszy efekt oszczędnościowy daje zwalnianie ludzi. Nie nazywa się tego zwalnianiem lub redukcją, tylko ogólnie: restrukturyzacją zatrudnienia albo jeszcze mądrzej: racjonalizacją zasobów ludzkich.

Co jakiś czas media donoszą, że znana firma samochodowa w trybie nagłym zamyka fabryki i zwalnia 10 albo nawet 30 tys. ludzi, bo spadła sprzedaż aut. Jeżeli sprzedaż wzrośnie, to się otworzy fabrykę i ponownie zatrudni automobilowych fachowców. Jednak różnica pomiędzy fabryką, a szpitalem polega na tym, że chętnych i umiejących przykręcać śrubki oraz całe nadwozia znajdzie się zawsze i wszędzie, a latami kształconego profesjonalistę medycznego bardzo trudno jest ot tak od ręki pozyskać.

Ostatnio byłem zmuszony zredukować zatrudnienie o ponad 150 osób i odbyło się to w miarę spokojnie dzięki przepisom o wcześniejszej emeryturze i alternatywnym źródłom dochodów zwalnianych. Pojawiły się jednak pretensje, że zwolniłem za mało lekarzy i cały ciężar redukcji wzięły na siebie pielęgniarki, salowe i sanitariusze.

Szczególnie ostro wystąpiło trzech powiatowych opozycyjnych radnych „Samoobrony” stwierdzając, że oni wiedzą dobrze, iż na zachodzie Europy pracuje tylko jeden lekarz w oddziale, a chorym przez całą dobę opiekuje się przede wszystkim salowa.

Wychodzi na to, że przy planowaniu zwolnień w szpitalu, tak jak przy podwyższaniu wynagrodzenia, należałoby dla uspokojenia lokalnej opinii publicznej brać pod uwagę historyczną zasadę „równych żółdków” i ciąć kadry

równo, statystycznie powierzając salowej prowadzenie wizyt lekarskich i udzielanie informacji o stanie zdrowia, zwłaszcza w pierwszej dobie po operacji. Kompletna bzdura.

Niemniej szef szpitala musi brać pod uwagę odczucia całej załogi i nie może być tak, że redukuje personel niższy i średni, a „zapomina” o tym jednym, dwóch czy trzech lekarzach niepotrzebnych firmie, którzy nie chcą się kształcić, których pacjenci omijają lub po prostu są tak mało przydatni, że nawet jak pójdą na urlop, to nikt tego nie zauważy i jakość pracy w oddziale nie spada, a nawet paradoksalnie rośnie.

W każdym szpitalu są tacy i liczę, że po przeczytaniu tego felietonu wezmą się za siebie, przeanalizują swoje możliwości, kwalifikacje, dalsze perspektywy pracy i ewentualnie alternatywne sposoby zarabiania na życie.

W odróżnieniu od sektora pielęgniarek i położnych nie ma żadnych ministerialnych norm zatrudnienia lekarzy w szpitalu. Pielęgniarki i położne strajkami wywalczyły sobie w roku 2000 rozporządzenie ministra zdrowia, które określa, ile ich powinno pracować w oddziale w zależności od liczby i stanu zdrowia chorych. W przypadku zespołów lekarskich w zasadzie decyduje o liczbie zatrudnionych wyłącznie potrzeby zgłaszane przez ordynatora, udokumentowane koniecznością pełnienia dyżurów, obsługą poradni i historycznie utrwalonym modelem zatrudnienia 6, 7 lub więcej lekarzy w danym zespole.

Pomocne mogą być normy czasu trwania porady specjalistycznej narzucone przez NFZ. Skoro porada ma trwać 20 min., to po pomnożeniu tej normy przez liczbę porad i podzieleniu przez godziny etatu można wyliczyć, ilu specjalistów trzeba zatrudnić w poradni i ilu

ich ubędzie w tym czasie z oddziału.

W oddziale musi stale przebywać co najmniej jeden lekarz do interwencji nagłych i niespodziewanych. Jeżeli jest to oddział zabiegowy, to bez dwóch zdań koniecznych jest kolejnych dwóch lub trzech lekarzy, w tym zazwyczaj ordynator do wykonania operacji (ale tylko jednej na raz!).

Od tzw. wskaźnika przelotowości pacjentów, a także profilu leczonych chorób zależy: ile wypisów, ile badań przedmiotowych, podmiotowych i innych należy wykonać w trakcie dnia oddziałowego. Od biedy może to wykonać ten jeden wspomniany wcześniej lekarz „pilnujący” oddziału, ale z uszczerbkiem dla jakości świadczeń. Wypisy, konsultacje w innych oddziałach i interwencje w izbie przyjęć będą wykonane z opóźnieniem.

Wydawać by się mogło, że mniejszy zespół lekarski potrzebny jest w tzw. oddziałach „niezabiegowych”. Ale takich już prawie nie ma! Postęp technologiczny, rozwój diagnostyki endoskopowej i innej poszedł tak daleko, że w każdym oddziale wykonuje się jakieś „zabiegi”, prawie równie pracochłonne i skomplikowane jak chirurgiczne, wymagające obecności i nadzoru lekarza.

Należy także uwzględnić w planie kadrowym stałą nieobecność lekarza, który zszedł po ciężkim dyżurze (to się może zmienić po 1 maja 2004) oraz obecność co najmniej jednego młodego (lub jednej młodej) zdolnego, wchodzącego w profesję kandydata na przyszłego starszego asystenta, a może nawet ordynatora.

Po uwzględnieniu dodatkowych, lokalnych potrzeb pojawi się ostateczna liczba lekarzy, którzy powinni pracować w oddziale i poradni, aby wszystko szło gładko, bez roszczeń i bez nerwów.

Podróż po Funduszu czyli szkoła przeżycia

Konrad Pszczółowski

Poszukując nowych wzorów skierowań, wprowadzonych przez NFZ, przejrzałem wszystkie strony internetowe Funduszu i jego oddziałów. Była to bardzo ciekawa wędrówka (przeprowadziłem już niegdyś – dwukrotnie – penetrację wszystkich stron kas chorych w Polsce i wszystkich stron medycznych). Oto moje wrażenia z obecnej podróży.

Strona lubelskiego oddziału NFZ (www.nfz-lublin.pl) zawiera wyszukiwarkę, która proponuje sprawdzenie, czy jest się ubezpieczonym w NFZ (trzeba wpisać PESEL). W Funduszu nie ma przecież (jak w kasach chorych) odrębności regionów, więc powinni być wpisani wszyscy ubezpieczeni. Sprawdziłem siebie i kolegę Piotra Krasuckiego. Okazuje się, że żaden z nas nie jest ubezpieczony w NFZ. Musimy się trzymać z daleka od Lublina. Od Olsztyna też, bo na ich stronie jest to samo.

Na stronie opolskiego oddziału NFZ (www.nfz-opole.pl) w rozdziale „Ważne dla lekarza” znajdujemy następujące punkty:

- zakres obowiązków lekarza POZ,
- leczenie uzdrowiskowe,
- objęcie pacjenta stałą opieką,
- recepty dla rodziny,
- wystawienie aktu zgonu.

Taka kolejność to oczywisty przejaw supernowoczesnego podejścia (**NFZ based medicine**) oraz daleko posuniętej profilaktyki wobec rodziny pacjenta – wobec i tak oczywistego końca ubezpieczonych w najnowszym i jedynie słusznym systemie (najpierw wypisujemy receptę rodzinie, potem akt zgonu pacjentowi). Chciałem się czegoś więcej dowiedzieć na ostatni temat, ale uzyskałem następującą informację: **„Przepraszamy, że w ostatnim czasie na naszej stronie znajdowała się błędna informacja dotycząca wystawiania aktów zgonu.”**

W rozdziale „Ważne dla pacjentów” próbowałem wejść w punkt „Czy jesteśmy Twoim funduszem?”, ale wyświetla się tylko informacja „**Strona w budowie**” z małą, ruchomą ikonką – człowieczek energicznie oklepuje łopatą kupkę piachu (nagrobek?). To samo pokazuje się po próbie otwarcia punktu „Reforma zdrowia w obrazkach”...

Próbowałem też dowiedzieć się czegoś o konkursie ofert 2004. Ostatni zapis pochodzi z sierpnia ubiegłego roku i brzmi: **Ważne – konkurs ofert na rok 2003 – Konkurs unieważniony!** Ikonki z człowieczkiem oklepującym łopatą nagrobek tym razem, nie wiedzieć czemu, nie ma.

Na stronie kujawsko-pomorskiego oddziału NFZ (www.nfz-bydgoszcz.pl) „Wydarzenia” w biuletynie „Droga Do Zdrowia” kończą się na XI Światowym Dniu Chorego (11 lutego 2003) – choć niżej jest data ostatniej modyfikacji strony – 16.01.2004... Jest też wyszukiwarka ubezpieczonych, ale ze szczerym wyznaniem, że dotyczy tylko ubezpieczonych w tym oddziale NFZ. Czy oznacza to, że można zaryzykować wyjazd do Bydgoszczy?

Oddziału małopolskiego NFZ w Internecie (www.nfz-kra-kow.pl) nie było w ogóle – pojawiała się jedynie reklama firmy promującej serwery internetowe. Kilka dni potem strona już była. Dowiedziałem się z niej („Vademecum ubezpieczonego – NFZ w pytaniach i odpowiedziach”) co się zmieni na lepsze dla pacjenta po wprowadzeniu NFZ (wszystko) i kiedy przeciętny pacjent odczuje pozytywne zmiany. Otóż **„pierwsze pozytywne zmiany odczują pacjenci, którzy mieszkają w regionach słabszych ekonomicznie. Fundusz pozwala na bardziej sprawiedliwy dostęp do służby**

REKLAMA

REKLAMA

zdrowia. Nie będzie już sytuacji, w której jedna kasa chorych za jakiś zabieg płaci, a w innym województwie jest on dla pacjenta niedostępny. Dzięki likwidacji kas chorych i zastąpieniu ich NFZ system będzie bardziej efektywny ekonomicznie”.

Potrzebne mi formularze znalazłem na stronach oddziału podkarpackiego (www.nfz-rzeszow.pl), który ma chyba najbardziej dokładnie sporządzone strony internetowe. Zwraca ponadto uwagę bardzo wysoki poziom kwalifikacji osób zarządzających tym oddziałem, co dało mi szczególnie do myślenia w świetle ostatnich problemów z zakontraktowaniem umów o świadczenie usług medycznych. Wygląda na to, że wiedzieli co czynią czekając na pisemne potwierdzenia płatności i pieniądze z NFZ.

Tak się już jednak rozgrzałem tą wędrówką, że po wydrukowaniu formularzy (to osobny temat, czekający na felieton) surfowałem dalej po funduszowych zasobach informacyjnych.

Na stronach oddziału podlaskiego (www.nfz-bialystok.pl) znajdujemy (dawno już stworzony) tekst pt. „Sytuacja ubezpieczonego w świetle ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia w porównaniu z Ustawą o Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym” z pięknym fragmentem pod tytułem: **„Świadczenia zdrowotne związane z ciążą, porodem i pologiem oraz udzielane dzieciom do 18 roku życia dla nieubezpieczonych”**, gdzie napisano, że „Świadczenia zdrowotne związane z ciążą, porodem i pologiem oraz świadczenia dla dzieci do ukończenia 18 roku życia udzielane są bezpłatnie. **Także leki związane z udzielaniem tych świadczeń są bezpłatne na zasadach określonych w ustawie, czyli za opłatą ryczałtową, odpłatnością 30%, 50% lub 100%.**”

Świadczenia są bezpłatne, czyli za odpłatnością. To najlepiej charakteryzuje dialektyczne zasady funkcjonowania NFZ. Przy okazji: jakieś dwa lata temu wytykano już ten błąd, ale jak widać nie uznano za konieczne poprawienie tego tekstu.

Oddział pomorski informuje, że nie można już wystawiać recept na kuponach RUM (www.nfz-gdansk.pl). Trzeba mieć recepty nowego typu (identyczne z kuponami RUM). Mamy więc instrukcję, jak wypełniać kupony RUM. Strona zawiera też punkty „Refundacja leków w PRKCH” oraz „Model finansowania PRKCH 2002 r.”

Na stronie oddziału warmińsko-mazurskiego „Informacja dotycząca ważności skierowań” prowadzi do całkowicie pustego pola (www.nfz-olsztyn.pl/).

Oddział wielkopolski wprowadza system numerowanych recept lekarskich (www.nfz-poznan.pl). Tenże oddział – jako jedyny – ma punkt „Pokój Prasowy” (to chyba coś z Big Brothera).

W jednych oddziałach funkcjonuje RUM, w innych START. W każdym inny zestaw informacji, ogromna ilość wymagań w stosunku do świadczeniodawców, dziesiątki blankietów do wypełnienia, programów do zastosowania, rubryk do sprawozdawczości i tak dalej.

A poza tym wszystko w porządku.

Pacjent jest cierpliwy. Wytrzyma?

Autor jest dr n. med., specjalistą chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej, uczestnikiem zespołu ekspertów prof. Zbigniewa Religi, współpracownikiem Zakładu Zdrowia Publicznego AM w Warszawie, członkiem Prezydium ORL w Warszawie.

Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej



Tadeusz Maria Zielonka

Artykuł 57 tertio

3. Lekarz nie powinien dokonywać wyboru i rekomendacji ośrodka leczniczego oraz metody diagnostyki i terapii ze względu na własne korzyści.

Nie jest to łatwy do zaakceptowania zapis, gdyż wymaga od lekarza rezygnacji z własnych korzyści w imię nieokreślonych zasad.

Bardzo często lekarz rekomenduje choremu innego specjalistę lub ośrodek. Jego opinia, jako znawcy przedmiotu, ma dla pacjenta duże znaczenie. Jeśli lekarz zaleca choremu po szpitalu wizytę u siebie w poradni przy szpitalnej, to odnosi z tego korzyść. Nawet jeśli nie bezpośrednio, to pośrednio przez realizację kontraktu z NFZ. Nie jest to bez znaczenia, bo kontrakt może być podstawą jego etatu, a tym samym źródłem utrzymania. Można zatem stwierdzić, że w takim rozumieniu lekarz postępuje niezgodnie z KEL.

Skoro otrzyma nawet niewielką zapłatę za wizytę chorego w poradni przy szpitalnej, nie może zaprzeczyć, że polecał choremu ośrodek, odnosząc przy tym osobiste korzyści. Przy takiej interpretacji można stwierdzić, że paragraf ten jest dość często naruszany. Co więcej, przełożeni, dbając o kondycję finansową kierowanej przez nich placówki, często nakazują takie postępowanie. Czy nie powstaje zatem konflikt pomiędzy poleceniem służbowym a wymogiem etycznym?

Dla uniknięcia niepotrzebnych oskarżeń lepiej więc na kartach wypisowych ze szpitala zalecać dalsze leczenie w poradni nefrologicznej, endokrynologicznej czy urologicznej, niż wskazywać konkretny adres. Wybór placówki należy pozostawić choremu.

Prawdopodobnie autorem tego zapisu chodziło o inne przypadki, niemniej nie zostało to precyzyjnie określone.

Zdarza się, że w kartach wypisowych ze szpitala spotkać można zapis, aby chory zgłosił się do prywatnego gabinetu ordynatora celem ustalenia dalszego leczenia. Wobec utrudnionej dostępności do badań diagnostycznych pacjenci wielokrotnie decydują się na wykonanie badań na własny koszt, wówczas lekarz kierujący wskazuje im miejsce, w którym mogą je wykonać. Może się zdarzyć, że jest to ośrodek, w którym pracuje jego żona, brat lub szwagier.

Oczywiście, lekarz zawsze może uzasadniać swoją decyzję zaufaniem, jakim darzy polecaną placówkę. Nie jest zatem łatwo postawić granice dopuszczalności takiej rekomendacji.

W świetle oceny etycznej najważniejsze są intencje, którymi kieruje się lekarz przy wyborze ośrodka, a tego nie sposób obiektywnie ocenić. Można jednak z całą pewnością stwierdzić, że nieetyczne jest przyjęcie zapłaty lub innej korzyści przez lekarza za wskazanie określonego ośrodka od właściciela czy przedstawiciela tegoż.

Działania reformatorskie w Polsce bardzo sprzyjają powstawaniu patologicznych zjawisk. Dobrze prosperujące firmy sektora prywatnego kuszą biednych lekarzy żyjących z publicznych pieniędzy, aby wykorzystali swój autorytet wskazując chorym określone leki, sprzęt, zabiegi, ośrodki itp. Oferują im za to upominki, prezenty, kolacje, wycieczki, a nawet gotówkę za każde skierowanie czy receptę lub stały ryczałt z tytułu takiej współpracy. Im biedniejsze środowisko lekarskie, tym bardziej podatne jest na takie niemoralne propozycje. Jakże łatwo usprawiedliwić się argumentem, że przecież to dobry lek lub placówka.

Przypomina to sytuację z krajów azjatyckich, w których rozpowszechniony jest zawód naganacza. Taksówkarze, ryksiarze lub przewodnicy za drobną opłatą otrzymywaną od sklepikarzy przyprowadzają turystów do określonych jubilerów, krawców, kuśnierzy itp. Problem tkwi w odmiennej pozycji materialnej lekarza i przedstawiciela handlowego w Polsce w porównaniu z krajami zachodnimi. Różnice w statusie finansowym pozwalają zrozumieć przyczyny niestosownych relacji lekarz – przedstawiciel firmy, ale nie mogą być usprawiedliwieniem dla postaw niezgodnych z etyką.

Lekarzowi nie wolno działać na usługach prywatnych firm. Nie można kupczyć autorytetem wynikającym z wykonywanego zawodu.

W świetle wydarzeń jakie wstrząsnęły opinią publiczną, a dotyczących prze-

kazywania informacji o zgonie chorego firmom pogrzebowym za odpowiednim wynagrodzeniem, można dodać do artykułu 57, że lekarz nie powinien rekomendować dla własnych korzyści nie tylko ośrodka leczniczego lub diagnostycznego, lecz także firmy pogrzebowej. Nie powinniśmy uciekać przed problemem, który z pewnością istnieje w polskiej rzeczywistości. W przypadkach zakończonych zgonem lekarz jest posiadaczem informacji, która przedstawia określoną wartość dla firm zajmujących się pochówkiem. W kraju, w którym zyski z tytułu ratowania życia ludzkiego są niewspółmiernie niskie w stosunku do tych, jakie przynosi pochowanie zwłok, może dochodzić do prób przekupywania lekarzy lub innych pracowników służby zdrowia w zamian za udzielenie informacji.

Choć środowisko lekarskie oburzone było oskarżeniami, jakie padły na lekarzy łódzkiego pogotowia, to jednak nie wypowiedziało się o jakimś stopniu dopuszczalnym jest styk medycyny i zakładów pogrzebowych. Samorząd lekarski stanowczo sprzeciwiał się tym oskarżeniom, ale równocześnie nie określił jednoznacznie jak daleko można posunąć się w rekomendowaniu zakładów pogrzebowych. W KEL nie ma stwierdzenia, że sprzedawanie informacji o zgonie chorego jest nieetyczne. Można wprawdzie zarzucać lekarzom naruszenie tajemnicy lekarskiej i ustawy o ochronie danych osobowych, ale dla pieniędzy zasady te często są naruszane przez lekarzy nie tylko w Polsce, szczególnie w przypadku sławnych pacjentów.

Czy lekarz w żadnym przypadku nie może wskazywać określonej firmy pogrzebowej? Czy tylko nie może przyjąć jakiegokolwiek korzyści materialnej z ich strony? Wydaje się, że tylko przy rygorystycznym podejściu uniknie się niebezpieczeństw działań korupcyjnych.

Ważną rolę izb lekarskich jest precyzyjne określenie zasad współpracy medycyny z biznesem. Powszechnie znana sytuacja materialna lekarzy powoduje często nieuzasadnioną pobłażliwość dla różnego rodzaju dorabiania sobie do pensji. Sytuacja taka grozi demoralizacją środowiska lekarskiego, które zachęcone milczącym przyzwoleniem ze strony swych liderów może rekomendować określone ośrodki, czy przepisywać leki w zamian za osobiste korzyści.

Lekarz powinien dobrze zarabiać z tytułu wykonywanego zawodu, a nie dorabiać sobie działaniami o typie stręczycielstwa. Potrzeba nam więcej godności, nie dajmy się sprowadzić do roli naganacza, nawet jeśli można na tym lepiej zarobić niż na medycynie.

Od 1 maja 2004

Indywidualna praktyka, składki prawo wykonywania zawodu

Małgorzata Brzozowska

Czy lekarz, lekarz dentysta po 1 maja 2004 r. będzie mógł otworzyć indywidualną praktykę bez wymogu przepracowania dwóch lat?

Z art. 50, ust. 1, pkt 2 ustawy o zawodzie lekarza wynika, że w celu uzyskania zezwolenia na prowadzenie indywidualnej praktyki lekarz ma obowiązek wykonywania zawodu co najmniej przez dwa lata od ukończenia stażu podyplomowego. Po wejściu do UE wymóg ten nie będzie obowiązywał ani w stosunku do polskich lekarzy, ani w stosunku do lekarzy – obywateli innych państw członkowskich UE.

Czy jeśli lekarz będzie pracował w kraju członkowskim UE innym niż Polska, będzie miał obowiązek opłacania składki członkowskiej na rzecz okręgowej izby lekarskiej w Polsce? Czy z powodu nieopłacania składki członkowskiej lekarz może zostać pozbawiony prawa wykonywania zawodu?

Nie we wszystkich krajach członkowskich UE istnieje obowiązek opłacania składki na rzecz samorządu zawodowego lekarzy i nie we wszystkich krajach istnieją organizacje na wzór polskich izb lekarskich.

Wynikający z ustawy o izbach lekarskich obowiązek opłacania składki członkowskiej na rzecz okręgowych izb lekarskich jest związany z przynależnością do samorządu zawodowego. Jeżeli lekarz chce należeć do (polskiego) samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów i posiadać prawo wykonywania zawodu, pomimo że w danym momencie nie wykonuje tego zawodu na terytorium Polski, powinien opłacać składkę na rzecz okręgowej izby lekarskiej. Ustawa o izbach lekarskich oraz przepisy uchwalone przez Naczelną Radę Lekarską nie przewidują wyjątku od obowiązku opłacania składki członkowskiej w sytuacji takiej jak wyżej opisana.

Nieopłacona w terminie składka może zostać przymusowo ściągana przez komornika. Nie ma jednak ustawowo określonych podstaw do pozbawienia lekarza, lekarza dentysty prawa wykonywania zawodu i skreślenia z listy członków okręgowej izby lekarskiej z powodu nieopłacania składki.

Czy jeżeli lekarz, lekarz dentysta zostanie pozbawiony prawa wykonywania zawodu w Polsce, utraci też to prawo w innym kraju członkowskim UE?

Przepisy UE nie określają zasad przyznawania prawa wykonywania zawodu. Określają natomiast zasady uznawania kwalifikacji zawodowych, zobowiązując każde państwo członkowskie UE do uznania (m.in.) dyplomów ukończenia studiów i dokumentów poświadczających posiadanie specjalizacji w określonej dziedzinie, wydanych przez inne państwo członkowskie UE, oraz nadania tym kwalifikacjom takiej samej mocy – w zakresie prawa do podejmowania i prowadzenia działalności lekarskiej – jak państwo to przyznaje kwalifikacjom „swoich” lekarzy, lekarzy dentystów.

Funkcjonujące w polskim systemie prawo wykonywania zawodu nie występuje w każdym państwie członkowskim UE. Przepisy unijne określają bowiem zasady uznawania kwalifikacji zawodowych, ale zasady przyznawania prawa wykonywania zawodu regulują przepisy prawa krajowego.

Wyłącznie więc z przepisów państwa, w którym lekarz, lekarz dentysta będzie wykonywać zawód po 1.05.04 r., zależy czy utrata prawa wykonywania zawodu w Polsce będzie skutkowałą również utratą możliwości wykonywania tego zawodu w tym innym państwie.

W ustawie o zawodzie lekarza nie ma przepisów, które powodowałyby automatyczne pozbawienie lekarza, lekarza dentysty prawa wykonywania zawodu z powodu utraty przez niego możliwości wykonywania zawodu na terenie, innego niż Polska, państwa członkowskiego UE.

Jeżeli okręgowa rada lekarska otrzyma informację, że lekarz, lekarz dentysta, będący jej członkiem, wykonywał zawód na terenie, innego niż Polska, kraju członkowskiego UE i został tam pozbawiony możliwości wykonywania zawodu, to będzie mogła pozbawić takiego lekarza, lekarza dentystę prawa wykonywania zawodu w Polsce, tylko po przeprowadzeniu odpowiedniego postępowania, zgodnie z polskimi przepisami, i tylko przy stwierdzeniu zaistnienia przesłanek, które są określone w polskich ustawach.

m.brzozowska@hipokrates.org

Autorka jest prawnikiem Naczelnej Izby Lekarskiej.

• **Konserwa.** „Można się spodziewać zakonserwowania wszystkich negatywnych cech obecnego systemu” – tak o nowym prezesie NFZ Lesław Abramowicz mówi były szef Małopolskiej Kasy Chorych Jacek Kukurba. • **Taryfy ustali agencja?** Eksperci pracujący pod kierunkiem ministra zdrowia chcą zachować NFZ i powołać jednocześnie... Agencję ds. Taryf w Opiece Zdrowotnej. „Konierny jest podział świadczeń medycznych na gwarantowane i rekomendowane” – uważa szef zespołu ekspertów prof. Cezary Włodarczyk.

• **Teraz chciałbym zajmować się etyką...** Były minister zdrowia Mariusz Łapiński zrezygnował z udziału w sejmowej Komisji Zdrowia i wyraził chęć pracy w... Komisji Etyki Poselskiej. • **Jak podzielić budżet?** Specjalny algorytm do dzielenia pieniędzy między oddziałami NFZ przygotowuje do nowej ustawy o ochronie zdrowia zespół ekspertów ministra zdrowia. • **Pod czujnym okiem Inspektora.** Główny Inspektor Farmaceutyczny pilnie śledzi w Internecie serwisy medyczne. Są już pierwsze decyzje nakazujące wstrzymanie niektórych internetowych akcji reklamowych, dotyczących zwł. leków wydawanych wyłącznie z przepisu lekarza. • **Pacjent z chipem.** „Każdy pacjent otrzyma kartę chipową” – o nowym systemie RUM czytamy na łamach „Pulsu Biznesu”.

• **Bezrobocie lekarstwem na zdrowie?** Bezrobocie zażegnało epidemię zwolnień lekarskich; liczba „dni chorobowych” Polaków spadła średnio z 20 do 12 / rok – informuje „Rzeczpospolita”. • **Loteria ze śmiercią.** W Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym na 37 śmigłowców lata tylko... 16. Maszyny mają po 20-30 lat, ale nie ma pieniędzy na ich wymianę. • **Ponad milion złotych łapówki.** Waldemar D. – były szef gabinetu politycznego ministra zdrowia Mariusza Łapińskiego jest podejrzanym o łapownictwo i wyłudzenie. • **„Pozytywna” opinia psychiatryczna za 16 tys. zł.** We Wrocławiu aresztowano trzech lekarzy psychiatrów pod zarzutem przyjmowania łapówek i wystawiania fałszywych opinii w sprawie oskarżonych o przestępstwa kryminalne.

• **Tajemnicze wędrówki pacjentów.** Dwa świnoujskie NZOZ-y oskarżyły konkurencyjną przychodnię o... wykradzenie danych osobowych swoich pacjentów. • **NFZ tropi oszustów.** Dentysta z okolic Piły „usunął” 15 zębów pacjentce noszącej od kilkunastu lat... protezy zębowe. Za oszustwo grozi mu kara do 8 lat więzienia. • **W kolejce na odwyk.** „Co raz częściej leczymy lekarzy, in-

Słaba płeć czy zimne dranie?

Panowie, przegrywamy! Nie ma co udawać, że nie się nie dzieje. Trwa walka płci i po męsku musimy przyznać, że kobiety triumfują. Zostaliśmy pokonani. Padliśmy ofiarą „słabej płci”. Śmiechu warte – słaba płeć! Zwyciężyła nie takich jak my. I to z zimną krwią.

Już w I w. p.n.e. poeta Wergiliusz ostrzegał: *Zmienna zawsze i niestała kobieta*.

Dziś to smutny banal. W czasach poety był odkryciem. Autor długo i naiwnie wierzył, że *Miłość wszystko zwycięża i my ulegamy miłości*, aż w końcu wiedział *Co w szale potrafi niewiasta*. A to znaczy, że wiedział wszystko. Ale stary Rzym nie słuchał jego ostrzeżeń. I dlatego musiał upaść. A nie przez łowiane rury.

Nie dajmy nigdy przewodzić kobiecie! – kilka wieków później sformułowana mądrość budzi szacunek. To w końcu Sofokles. Ale i jego nie słuchano.

Minęły wieki i William Shakespeare, ustami Hamleta wołał: *Słabości, twe imię kobieta!*. Być może cała treść wielkiego dramatu, razem z perłą literatury teatralnej, owym słynnym monologiem głównego bohatera, cała intryga stworzona została tylko po to, aby widzom przekazać to jedno, ale jakże dramatyczne ostrzeżenie?

Kobieto! puchu marny! ty wietrzna istoto! – wołał poruszony kobiecą przewrotnością Adam Mickiewicz, a więc ten, który o kobietach wiedział niejedno i który na dodatek przewidywał polskie dziady.

Mimo tych licznych ostrzeżeń stało się to co nieuniknione: *My rządźmy światem a nami kobiety!* – wołał z przerażeniem i poniewczasie inny poeta, Ignacy Krasicki. Ale było już za późno.

Wiele lat później Winston Churchill, na naiwne i „odkrywcze” stwierdzenie jednego z socjologów, że w przyszłości światem rządzić będą kobiety, nie zapanował nad emocjami i zawołał: *Nada!*?

Potem już tylko kwestią czasu było odkrycie Richardsona, że *Za tymi knowaniami kryje się kobieta*. Za tymi! A za tamtymi to nie?!

Kobieta stanowi niebezpieczeństwo dla każdego raju – zdecydowanie twierdził Paul Claudel, a Francuzi o kobietach wiedzą prawie wszystko.

Kobieta jest ostatnią rzeczą jaką stworzył Bóg. Musiał to robić zapewne w sobotę wieczorem. Wyczuwa się zmęczenie – To inny Francuz, Aleksander Dumas, syn. No, ten poszedł na całość.

Mówimy, że kobieta jest ostoją rodziny i małżeństwa. Akurat! To dlaczego mówi się o kryzysie małżeństwa? Bo w dzisiejszych czasach małe jest bez szans. Odkrycia tego dokonał Marian Żałucki i ostrzegał, nawet wierszem: *Instytucja małżeńska wpadła w impas groźny. Instytucja małeńka: szefowa i woźny*.

Inni uznali, że rzecz jest przesadzona i próbowali kolaborować. *Kto nie kocha wina, kobiety i śpiwu, ten całe życie pozostaje głupcem* – podlizywał się ktoś, kto z oczywistych względów wołał pozostać anonimowy.

Bardzo trudno być kobietą, ponieważ przede wszystkim ma się do czynienia z mężczyznami – stwierdził Conrad i już nie powrócił do Polski.

Najpiękniejsza z kobiet jest noc – pisał następny sługus i lizus, niejaki Gałczyński!

A pogodzony widać z losem Antoni Słonimski, spokojnie dodał, że kobiety są w swoich poczynaniach dużo bardziej od nas, mężczyzn, rozważne (czyt. wyrachowane). I na koniec dodał: *gdybym się nie bał to bym napisał, że to zimne dranie*.

Ja to bym się bał nawet tak pomyśleć!

Andrzej Baszkowski

Kontrakt na własne ryzyko

„Pracuję jako lekarz w pogotowiu ratunkowym na kontrakcie. Czy w przypadku uszkodzeń ciała lub utraty życia w razie wypadku karetki R dyrekcja pogotowia ponosi odpowiedzialność i winna zapłacić mi lub rodzinie odszkodowanie?”

W ostatnich latach stacje pogotowia ratunkowego w całej Polsce zatrudniają lekarzy w zespołach wyjazdowych najczęściej na zasadzie kontraktu. Warunki kontraktów i konstrukcje umów między pogotowiem a lekarzem są różne, ale zwykle dyrekcje pogotowia jako silniejsze strony umowy starają się przerzucić na barki lekarzy jak najwięcej obowiązków, pozostawiając sobie jak najmniejszy zakres odpowiedzialności. Wszystko zależy od warunków zapisanych w zawartej umowie. Bez analizy treści umowy i kontraktu nie można na tak postawione pytanie jednoznacznie odpowiedzieć.

Na przykładzie rozwiązań przyjętych w pogotowiu lubelskim można powiedzieć, że sytuacja pracujących tam lekarzy jest różna.

Część lekarzy (przede wszystkim na dyżurach przedpołudniowych) pogotowie zatrudnia na umowę o pracę, płacąc za nich zgodnie z prawem pełne ubezpieczenie społeczne i zdrowotne. Ci lekarze, jak wszyscy pracownicy, objęci są ochroną zgodnie z przepisami ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. nr 199 z 2002 r., poz. 1673).

Inna jest sytuacja pracowników zatrudnionych na kontraktach.

W umowie o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne lubelskiego pogotowia jest wyraźnie zapisane, że przyjmujący zamówienie (lekarz na kontrakcie) nie jest pracownikiem. W tej samej

umowie w § 15 zapisano, że „przyjmujący zamówienie osobiscie rozlicza się z urzędem skarbowym z podatku dochodowego i ZUS w celu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego, zdrowotnego i wypadkowego.” Jeżeli lekarz sam płaci w ZUS-ie pełne ubezpieczenie w razie wypadku przy pracy również objęty jest przepisami cytowanej wyżej ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (ustalenie okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy należy do ZUS-u).

Jednak powszechną praktyką lekarzy pracujących w pogotowiu dodatkowo (a takich jest znakomita większość) jest opłacanie w ZUS-ie jedynie najniższego ubezpieczenia zdrowotnego. I ta, największa, grupa lekarzy, pozbawiona jest ustawowej ochrony z tytułu wypadku przy pracy. Nie oznacza to, że nie mają żadnej ochrony.

Rzeczywista sytuacja każdego z lekarzy zależy od tego, czy ubezpieczyli się sami (i na jakich warunkach) w wybranym towarzystwie ubezpieczeniowym na wypadek śmierci lub skutków nieszczęśliwego wypadku.

W lubelskim pogotowiu jakiś czas temu zdarzył się wypadek karetki, w wyniku którego jeden z lekarzy był poszkodowany. Nie był ubezpieczony w ZUS-ie w pełnym zakresie. Za pośrednictwem pogotowia uzyskał jedynie odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia komunikacyjnego ambulansu pogotowia (NW).

(p)

Czy warto uczestniczyć w badaniu klinicznym?

Perspektywa pacjenta

Dzisiaj lekarz ma coraz częściej do czynienia z pacjentem uczestniczącym w badaniu klinicznym. Bardzo często pacjent poszukuje potwierdzenia u innego lekarza, że dokonał właściwego wyboru.

Co mamy mu powiedzieć, warto czy też nie warto uczestniczyć w takim projekcie? Czy grozi mu niebezpieczeństwo?

Pierwsze, co się nasuwa na myśl, to nieoczekiwane działania niepożądane badanego leku, kolejne to prawdopodobieństwo otrzymania placebo. Ponadto zwiększone ryzyko związane z podejmowaniem dodatkowych badań diagnostycznych, zazwyczaj szerszych niż w standardowym postępowaniu.

W rzeczywistości działania niepożądane są bardzo ściśle monitorowane, a badacz i pacjent na bieżąco informowani o wszystkich ewentualnych zagrożeniach wynikających z zastosowanego eksperymentalnego leczenia.

Placebo pacjent może otrzymać jedynie w przypadku, gdy nie jest ustalony aktualnie jednoznaczny standard leczenia w danej chorobie. W innym przypadku pacjent zamiast placebo otrzyma jako porównawcze leczenie przyjęte za standardowe. Badania z zastosowaniem placebo są rozpatrywane przez komisję etyczną ze szczególną uwagą.

Co do szerszych badań diagnostycznych – oczywiście są one obciążone zazwyczaj pewnym, dodatkowym ryzykiem, ale tak naprawdę mogą przynieść ogromne korzyści.

Dają prawdopodobieństwo wcześniejszego wykrycia innych chorób i co za tym idzie wcześniejszego rozpoczęcia ich leczenia, a czasami nawet uratowania życia. Lekarze prowadzący badania kliniczne mogą przytoczyć przykłady pacjentów, którzy w ramach badania obejmującego chorobę wrzodową żołądka wykrywali wczesne stadia raka, a w badaniach dotyczących przerostu prostaty, w materiale biopsyjnym znajdowano komórki nowotworowe, czy też w badaniu rtg klatki piersiowej znajdowano zupełnie „przypadkowo” podejrzaną zmianę. U wielu z tych pacjentów w normalnej, codziennej, „zabieganej” opiece ambulatoryjnej takie badania nie byłyby przeprowadzone, a z pewnością rozpo-

znanie zostałyby postawione znacznie później, może nawet zbyt późno...

Często w przypadkach badań międzynarodowych diagnostyka ta jest przeprowadzana w wiodących w świecie ośrodkach naukowych.

Badania diagnostyczne bywają nieprzyjemne dla pacjenta, ale jeżeli jest szansa na wczesne wykrycie poważnej choroby, to te odczucia schodzą na dalszy plan.

Często swoją decyzję o uczestnictwie w badaniu pacjent opiera na uzyskaniu szansy na efektywniejsze leczenie, które nie jest jeszcze dostępne w inny sposób, zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych. W ośrodkach prowadzących badania kliniczne np. z zakresu reumatologii pacjenci kończąc jeden program naukowy deklarują, iż chętnie wezmą udział w kolejnym, bo nowy lek poprawił choć na trochę ich komfort życia. Czasami w przypadku choroby nowotworowej nowe leczenie jest nadzieją.

Dla wielu pacjentów decyzję o uczestnictwie umacnia fakt łatwego i regularnego dostępu do specjalisty sprawującego opiekę nie tylko w trakcie, ale również po zakończeniu programu.

W coraz cięższych czasach na decyzję może mieć wpływ również to, że jest to szansa na uzyskanie całkowicie bezpłatnego leczenia i diagnostyki. Niewątpliwie są to ważne aspekty z perspektywy pacjenta.

Zdarzają się też pacjenci, którzy mówią wprost, że biorą udział w odkrywaniu nowych leków, by pomóc innym cierpiącym na tę samą chorobę.

Ale choć bilans uczestnictwa pacjenta w badaniu wydaje się być zdecydowanie dodatni, to na szali należy położyć ewentualne straty i zyski. Dlatego decyzję o uczestnictwie w badaniu musi podjąć sam pacjent w oparciu o pełną informację uzyskaną do lekarza.

Elżbieta Klęczar-Domańska
Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki
Badań Klinicznych w Polsce

dokończenie ze str. 35

zynierów, prawników” – mówi o leczeniu odwykowym alkoholików dyrektor Szpitala Psychiatrycznego w Żurawicy Jacek Barket. • **Kobieta z ciężkim krwotokiem odesłana do innego szpitala.** Ordynator oddziału położniczego szpitala w Kraśniku został oskarżony o nieumyślne spowodowanie śmierci pacjentki. • **Pacjenci zatrzymani przez policję.** W Białymstoku lekarze donieśli na pacjentów, którzy próbowali wręczyć im łapówki w zamian za orzeczenia o rencie. • **Cudowne ozdrowienia na Łódzkiej Politechnice.** Po wprowadzeniu dla „chorych” studentów zajęć korekcyjnych (noszenie woreczków i patyczków) liczba zwolnień lekarskich z zajęć wychowania fizycznego spadła... 25-krotnie. • **Fałszywa lekarka.** Oszustka podająca się za lekarzkę sprzedaje na Pomorzu „cudowne” aparaty do masażu – donosi „Głos Pomorza”. • **Winny, ale bez kary.** Dyrektor Szpitala Miejskiego w Kielcach jest winny niewypłacenia podwyżek z tytułu ustawy 203. Sąd odstąpił jednak od wymierzenia kary. • **Poznańscy lekarze pomagali groźnym przestępcom.** Policja aresztowała 9 groźnych przestępców oraz... trzech lekarzy, którzy udzielali im pomocy medycznej i schronienia. • **Więzienie za aborcję.** Ginekolog z Płocka został skazany przez sąd za dwie nielegalne aborcje na 2 lata więzienia w zawieszeniu na 5 lat. • **Anestezjologzy mówią dość!** Anestezjologzy ze szpitala w Gryficach grożą wstrzymaniem znieczuleń do operacji, jeśli nie otrzymają zaległych wynagrodzeń. • **Śmierć pod śniegiem.** 86-letnia pacjentka zamarła na terenie Szpitala Miejskiego nr 1 w Bytomiu. • **Skorzystają bezdomne dzieci.** Za fałszowanie sprawozdań przychodni w Chojnowie jej były szef ma zapłacić... 500 zł na dom dziecka – orzekł sąd w Złotorii.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 53 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl. Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW. Serdecznie zapraszamy.



SKOK IZB LECARSKICH

W IMIENIU ZARZĄDU SPÓŁDZIELCZEJ KASY OSZCZĘDNOŚCIOWO-KREDYTOWEJ IZB LECARSKICH
PRZEDSTAWIAMY AKTUALNĄ OFERTĘ DOTYCZĄCĄ KREDYTÓW I DEPOZYTÓW,
KTÓRA DOTYCZY WSZYSTKICH LECARZY, 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).

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

Minimalna wpłata
100 PLN/miesięcznie

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

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

CZĘSTOCHOWA Iwona Coner, tel. (0-34) 324-76-19
Okręgowa Izba Lekarska, ul. Waszyngtona 42, 42-200;
KATOWICE Jolanta Wojewoda, Irena Saternus
Śląska Izba Lekarska, ul. Grażyńskiego 49A, tel. (0-32) 203-65-47;
KIELCE Irena Michalska, tel. (0-41) 368-75-67
Świętokrzyska Izba Lekarska, ul. Wojska Polskiego 52, 25-389;
KRAKÓW Agnieszka Widła, tel. (0-12) 429-21-41
Okręgowa Izba Lekarska, ul. Krupnicza 11A, 31-123;
LUBLIN Kamila Chudaszek, tel. (0-81) 536-04-50
Lubelska Izba Lekarska, ul. Chmielna 4, 20-079;
ŁÓDŹ Halina Urbaniak, tel. (0-42) 683-17-91
Okręgowa Izba Lekarska, ul. Czerwona 3, 93-005;
OLSZTYN Agnieszka Pierzycka, tel. (0-89) 523-60-61
Okręgowa Izba Lekarska, ul. Żołnierska 16, 10-560;
OPOLE Barbara Oborska, tel. (0-77) 454-59-39
Okręgowa Izba Lekarska, ul. Grunwaldzka 23, 45-054;
PŁOCK Ewa Szakoła, tel. (0-24) 262-64-24
Okręgowa Izba Lekarska, ul. Kościuszki 8, 09-402;
TORUŃ Wiesława Jarysz, tel. (0-56) 655-41-61
Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska, ul. Chopina 20, 87-100;
WROCŁAW Ewa Gaździk, tel. (0-71) 322-50-56
Dolnośląska Izba Lekarska, ul. Matejki 6, 50-333;
WARSZAWA Tadeusz Pawlikowski, tel. (0-22) 824-71-21
Okręgowa Izba Lekarska, ul. Grójecka 65A, 02-094.

PEŁNA OFERTA KREDYTÓW I DEPOZYTÓW
NOWA STRONA INTERNETOWA

<http://www.skokil.pl>

sport@gazetalekarska.pl

I znów się udało

Już tradycyjnie po raz siódmy, a w Bystrem
po raz szósty, spotkali się najlepsi lekarze narciarze.

Najlepszą zawodniczką mistrzostw została Katarzyna Smolik ze Śląskiej Izby Lekarskiej, najlepszym zawodnikiem Klimczak Leszek również ze Śląskiej Izby Lekarskiej – gratulujemy jeszcze raz sportowej rywalizacji i wspaniałych wyników.

W kategorii Izb Lekarskich I miejsce zajęła, podobnie jak w tamtym roku, Śląska Izba Lekarska, II miejsce – OIL Kraków, III miejsce – Beskidzka Izba Lekarska.

Co roku mistrzostwom towarzyszy sesja naukowa „Medyczne aspekty uprawiania sportów zimowych”. W tym roku przedstawiono dwa „ortopedyczne” referaty: G. Inglot, K. Cyran, S. Snela „Zastosowanie tomografii 3 D w leczeniu schorzeń i urazów narządu ruchu” oraz R. Turkiewicz „Zasady operacyjnego leczenia złamań wg AO. Przegląd systemów i technik Synthes” oraz referat M. Janickiego pod intrygującym tytułem „Sport, zdrowie i miłość”.

WYNIKI: Kobiety: Grupa III: 1) Herman Elżbieta, OIL Kraków, 0:47,35 (I przejazd) - 0:51,09 (II przejazd) - 1:38,44 (suma); **2) Rembiasz Jolanta**, OIL Kraków, 0:42,24 - 1:04,08 - 1:46,32; **3) Sieradzka Barbara**, OIL Kraków, 0:51,64 - 0:54,88 - 1:46,52; **Grupa II: 1) Smolik Katarzyna**, Śląska IL, 0:40,16 - 0:43,27 - 1:23,43; **2) Kacka Katarzyna**, OIL Kraków, 0:42,11 - 0:47,03 - 1:29,14; **3) Ciegiel-Tochaczek Anna**, Beskidzka IL, 0:46,12 - 0:49,44 - 1:35,56; **Grupa I: 1) Pakosz Katarzyna**, Śląska IL, 0:41,77 - 0:44,31 - 1:26,08; **2) Bilska Joanna**, OIL Tarnów, 0:45,91 - 0:51,61 - 1:37,52; **3) Rodak Katarzyna**, Beskidzka IL, 0:52,11 - 0:52,88 - 1:44,99; **Mężczyźni: Old boy: 1) Macyszyn Ryszard**, Śląska IL, 0:43,91 - 0:46,60 - 1:30,51; **2) Prokopowicz Antoni**, OIL Rz-ów, 0:44,89 - 0:48,56 - 1:33,45; **3) Lenczyk Aleksander**, OIL Kraków, 0:47,25 - 0:49,82 - 1:37,07; **Grupa III: 1) Lewandowski Janusz**, Beskidzka IL, 0:36,99 - 0:40,17 - 1:17,16; **2) Gałaszek Michał**, Śląska IL, 0:37,60 - 0:40,39 - 1:17,99; **3) Blaszkowski Leszek**, Śląska IL, 0:39,22 - 0:40,88 - 1:20,10; **Grupa II: 1) Klimczak Leszek**, Śląska IL, 0:35,98 - 0:38,22 - 1:14,20; **2) Sroczynski Jacek**, Śląska IL, 0:36,06 - 0:38,85 - 1:14,91; **3) Plaskacz Jan**, OIL Rz-ów, 0:36,81 - 0:39,03 - 1:15,84; **Grupa I: 1) Berendt Wojciech**, Dolnośl. IL, 0:38,34 - 0:41,09 - 1:19,43; **2) Drozd Bartosz**, Śląska IL, 0:39,44 - 0:41,64 - 1:21,08; **3) Chodyra Dominik**, Dolnośl. IL, 0:39,93 - 0:42,36 - 1:22,29.

Lista zawodników, wyniki, zdjęcia z mistrzostw na stronie
OIL w Rzeszowie: free.med.pl/oil_rzeszow

K. Szuber

Prośba o dane biograficzne prof. Leśniowskiego

W związku z opracowywaną biografią prof. dr. hab. Antoniego Leśniowskiego (1867-1940), byłego dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, uprzejmie prosimy rodzinę i wszystkich, którzy mogą dostarczyć danych biograficznych na temat życia i działalności tego wybitnego lekarza.

Klinika Gastroenterologii i Hepatologii

Akademii Medycznej we Wrocławiu,

tel. (0-71) 322 99 18, fax (0-71) 322 44 01,

kom. 0604 911 743, e-mail: rkempin@poczta.onet.pl

IV Mistrzostwa Lekarzy w WĘDKARSTWIE Muchowym i Spinningowym

odbędą się w dn. **28-30.05.2004 r. na Dunajcu i Popradzie**. Patronat nad imprezą przyjęła OIL w Krakowie oraz „Gazeta Lekarska” i miesięcznik „Wędkarski Świat”. *Informacje i zgłoszenia: lek. Maciej Fortuna, tel. kom. 0-604-230-468 lub e-mail: maciejfortuna@poczta.onet.pl*

II Mistrzostwa Polski Lekarzy w WĘDKARSTWIE Spławikowym

Beskidzka Izba Lekarska oraz Federacja Sportowa Energetyk zapraszają na **5.06.2004 r. (sobota) od godz. 9.00 na zbiornik Elektrowni Łaziska w Łaziskach Górnych**. *Dokładne informacje i zapisy: Klaudiusz Komor, tel. 608-365-164 (kkomor@hospital.com.pl)*

Mistrzostwa Polski Lekarzy w BIEGU na 10 km

odbędą się **29.05.2004 r. w Radziechowach k/Żywca**. Start o **godz. 11.00**. *Informacje i zgłoszenia: Maciej Pająkowski 0-602-177-857.*

Ogólnopolski Rodzinny RAJD Medyków ROWEROWO-SAMOCHODOWO-PIESZY

organizowany przez Komisję Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie **2.05.2004 r.**, na terenie przygranicznym województwa zachodniopomorskiego i Meklemburgii w Niemczech. Impreza pomyślana jest jako wspólne spotkanie lekarzy z Polski i Niemiec z okazji przystąpienia Polski do UE. *Informacje można uzyskać u organizatorów: Grażyna Dudarenko, tel. 0-606-668-096, (0-91) 488-05-69, e-mail: biuro@oil.szczecin.pl mtm@inet.pl*

V Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w STRZELECTWIE MYŚLIWSKIM – Osie 2004

Komitet Organizacyjny serdecznie zaprasza do wzięcia udziału w piątej edycji zawodów pod patronatem Bydgoskiej Izby Lekarskiej i Okręgowego Zarządu Polskiego Związku Łowieckiego w Bydgoszczy oraz Telewizji Polskiej Bydgoszcz. w dn. **10-11.09.2004 r. na strzelnicy w Osiu nad Zalewem Wdeckim w województwie kujawsko-pomorskim**. *Zgłoszenia z pełnym adresem – do 30.05.br. – prosimy kierować: listownie – Klinika Ortopedii AM w Bydgoszczy, 85-094 Bydgoszcz, Skłodowskiej-Curie 9. Internet – jedmar@ozzl.org.pl, telefonicznie (sms) +48601993222. Po otrzymaniu zgłoszenia wyślemy na podane nazwisko i adres ankietę uczestnika wraz z dokładnym harmonogramem imprezy. „Darz bór” – dr n. med. Marek Jedwabirski, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego*

Otwarte Mazowieckie Zawody STRZELECKIE „MEDYKÓW”

Klub Strzelectwa Sportowego „FENIKS” w Węgrowie oraz Lekarski Klub Strzelecki „DZIEWIĄTKA” przy OIL w Warszawie zaprasza lekarzy, osoby związane z szeroko pojętą medycyną oraz sympatyków służby zdrowia na **15.05.2004 r. do obiektu strzelnicy sportowej Klubu Strzelectwa Sportowego „FENIKS” w Węgrowie** (rozpoczęcie zawodów o **godz. 10.00.**). Zawody przeprowadzone zostaną w konwencji – open (klasyfikacja wspólna dla kobiet i mężczyzn). Przewiduje się przeprowadzenie następujących konkurencji strzeleckich: pistolet standardowy (małokalibrowy) 20+20+20, pistolet centralnego zapłonu 10+10.

Warunkiem uczestnictwa jest zgłoszenie: *list: 07-100 Węgrów, ul. Bohaterów Warszawy 10, tel.: (0-25) 691-73-08; (0-25) 792-45-59; GSM 608429121, faks: (0-25) 691-73-08, e-mail: radek@poczta.fm* i wniesienie opłaty startowej na rzecz organizatora – 80 zł. W zawodach mogą brać udział zawodnicy dysponujący własną bronią sportową, (możliwość skorzystania z broni organizatora). Istnieje możliwość zakwaterowania przed i po zawodach.

I Ogólnopolski Festiwal PIOSENKI ŻEGLARSKIEJ – FOSA 2004 Szydłowiec

Lekarski Klub Żeglarski „Bocianie Gniazdo”, Zespół Szanty Klasycznej i Pieśni Kubryku „KLIPER”, Szydłowiecki Ośrodek Kultury „ZAMEK” mają zaszczyt zaprosić Lekarzy wraz z Rodzinami na **5.06.2004 r. do Szydłowca**. Impreza ma charakter dobroczynny. Kwota ze sprzedaży biletów (cena biletu 5 zł) jest przeznaczona na zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla dzieci dotkniętych problemem niepełnosprawności, uczących się w dwóch grupach integracyjnych w Przedszkolu Samorządowym nr 2 w Szydłowcu. Docelowo sprzęt ten będzie wyposażeniem sali gimnastycznej. *Informacje: www.bocianiegniazdo.radom.net*

Esdent **Dental Equipment**.
Szkolenia w **2004 r.**:

- **3.04. Ergonomia pracy w gabinecie stomatologicznym. Współpraca lekarz – asysta. Znaczenie sposobu pracy dla precyzji zabiegów oraz ochrony zdrowia lekarzy stomatologów.** Pokaz zabiegu konwencjonalnego w warunkach ergonomicznych z uczestnictwem asysty
- **15.05. Powikłania i trudne przypadki w endodoncji**
- **22.05. Marketing w stomatologii. Komunikacja lekarz – pacjent – asysta. Praca na cztery ręce w gabinecie stomatologicznym.** Kurs praktyczny II stopnia
- **29.05. Korony pełnoceramiczne i metalowo-ceramiczne. Planowanie leczenia, przedstawienie różnych metod preparacji. Innowacyjny sposób preparacji wg dr. Zbigniewa Piankowskiego i dr. Stefana Neumeyera. Prawidłowe metody pobierania wycisków, cementowanie koron** (pokaz z uczestnictwem pacjenta)
- **19.06. Chirurgiczne pokrywanie recesji dziąsłowych** (pokaz z udziałem pacjenta)
- **26.06. Licówki i wkłady pełnoceramiczne. Różne metody preparacji, prawidłowe pobieranie wycisków. Nowe metody cementowania wkładów i licówek** (pokaz z udziałem pacjenta)

Informacje i zapisy: Esdent Dental Equipment, ul. Pomarańczowa 8, 54-058 Wrocław, tel. (0-71) 353-83-51, 354-02-17, e-mail: esdent@stomatologiczny.com
ING Bank Śląski 271050157510000022 54542323

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

- **15-18.04. Ultrasonografia gruczołu piersiowego**
- **18-21.04. Podstawy echokardiografii**
- **21-22.05. Ultrasonografia dopplerowska kończyn dolnych** - kurs doskonalący
- **27-30.05. Ultrasonografia jamy brzusznej i tarczycy**
- **10-13.06. Ultrasonografia dopplerowska** – kurs podstawowy

Szkolenia dają prawo do punktów edukacyjnych TIP. Konto: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, 62-050 Mosina, ul. Świerkowa 23, Tel./fax (0-61) 819-25-00, tel. kom. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

- **17.04.2004 r.** Wrocław. Eye Care Associates, Houston, Texas & Wrocławskie Eye – Laser Center zaprasza na pierwszy w Polsce kurs teoretyczno-praktyczny dla lekarzy okulistów: **Ortokeratologia – kontrolowana korekcja krótkowzroczności**. Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Eye – Laser Center sp. z o.o., 50-125 Wrocław, ul. św. Mikołaja 7, tel. (0-71) 785-83-61, fax/tel. (0-71) 785-83-62, e-mail: info@eyelaser.pl

- **18.04.2004 r.** Lublin. Kurs organizowany przez Fundację Rozwoju **Protetyki: Rehabilitacja protetyczna pacjentów po zabiegach chirurgicznych w zakresie twarzoczek**. Dla zainteresowanych, po za-

liczonym kolokwium pisemnym, kurs zaliczany jest do specjalizacji w dziedzinie **protetyki stomatologicznej**, na podstawie wydanych obowiązujących zaświadczeń. Zapraszamy wszystkich zainteresowanych tematyką **lekarzy stomatologów**. Imienne zgłoszenia, z podaniem adresu do korespondencji należy kierować na adres Fundacji Rozwoju Protetyki Stomatologicznej 30-112 Kraków, ul. Syrokomli 10. W zgłoszeniu proszę podać na kogo należy wystawić fakturę. Koszt uczestnictwa – 250 zł. Wpłata na konto Fundacji Rozwoju Protetyki Stomatologicznej Bank Przemysłowo-Handlowy IV/O w Krakowie nr 10601389-320000469031 z dopiskiem: **KURS 2004-04-18**. Informacje: Sekretariat Komitetu Organizacyjnego w Krakowie: tel.(0-12) 421-18-87 - pn.-pt. w godz. 10.00-18.00, sb. do 14.00

- **23.04.2004 r.** Katowice. Międzynarodowe Sympozjum: **Koksartroza II**. Zgłoszenia na adres: Górnośląskie Centrum Medyczne, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządów Ruchu ŚIAM, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice-Ochojec, tel./fax 202-99-32. Sekretariat czynny w godz. 8.00-14.00.

- **27.04.2004 r.** Warszawa, godz. 10.00, Sala Instytutu Biocybernetyki PAN, ul. Ks. Trojdena 4. II Konferencja Naukowa Polskiego Towarzystwa **Farmakoekonomicznego**. Część edukacyjną poprowadzi prof. Lieven Annemans, prezes Międzynarodowego Towarzystwa Farmakoekonomicznego (ISPOR). Informacje i formularz zgłoszeniowy na stronie internetowej www.farmakoekonomika.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 Consulting 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. Jacewskiego 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

- **8.05.2004 r.** Warszawa. Teatr Polski. XIV Warszawska Konferencja **Kardiologiczna**. Przedsiębiorca: Galeria Teatru Polskiego. Warszawa, Krakowskie Przedmieście 6, tel. (0-22) 826-61-84 lub BATUMI Conference, tel. (0-22) 885-89-47, fax (0-22) 885-62-81, e-mail: batumi@supermedia.pl

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

- **9-12.05. Doppler przezczaszkowy i tętnice szyjne**
 - **5-11.09. Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej**
 - **12-18.09. Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych: szyi, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych**
 - **19-25.09. Diagnostyka USG narządu ruchu**
 - **10-16.10. Echokardiografia w kardiologii**
 - **17-23.10. Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy, narządów miednicy mniejszej – Ultrasonografia w gabinecie lekarza rodzinnego**
 - **17-23.10. Kurs atestacyjny PTU wymagany do uzyskania Certyfikatu Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego**
 - **24-30.10. Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie**
 - **14-20.11. USG w ginekologii i położnictwie – kurs doskonalący**
 - **14-20.11. Diagnostyka USG narządów położonych powierzchownie:**
- diagnostyka obrazowa sutka
- diagnostyka USG tarczycy, węzłów chłonnych i innych narządów szyi
- Zapisy i informacje: (0-84) 638-55-12, 638-80-90

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

- **10-11.05. Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie**
 - **10-14.05., 14-18.06. Diagnostyka USG jamy brzusznej**
 - **17-19.05. Podstawy echokardiografii w pediatrii**
 - **31.05.-1.06. Diagnostyka USG w pediatrii**
 - **3-4.06. Diagnostyka USG gruczołu piersiowego**
 - **22-25.06. Diagnostyka USG narządów małych powierzchniowo leżących (ślinianki, gruczoł piersiowy, tarczyca)**
 - **22-26.09. Kurs szkoleniowy do specjalizacji dla chirurgów: Podstawy ultrasonografii**
 - **24-28.05. Cytologia onkologiczna w ginekologii system klasyfikacji Bethesda – kurs podstawowy**
 - **14-16.06. Cytologia onkologiczna w ginekologii system klasyfikacji Bethesda – kurs doskonalący**
- Informacje i zgłoszenia: WCP, 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/>

- **13-15.05.2004 r.** Jurata. Międzynarodowy Kongres **Implantologii Stomatologicznej OSIS**. Informacje na stronie internetowej: www.osis.org.pl lub www.exactus.pl

- **14-15.05.2004 r.** Zakopane. X Polsko-Niemiecka Konferencja „Postępy w pulmonologii” oraz Warsztaty Naukowo-Szkoleniowe: **Spirometria, terapia inhalacyjna, pulsoksymetria, how know dla lekarzy rodzinnych, ogólnych, internistów**. Informacje: Instytut Medycyny Doświadczalnej

i Klinicznej oraz Instytut Gruźlicy i Chorób Pluc, tel./fax (0-22) 668-54-16, e-mail: mpokorski@cmdik.pan.pl

- **21.05.2004 r.** Warszawa. Polskie Towarzystwo **Pediatryczne** Oddział Warszawski organizuje symposium z udziałem wykładów z kraju i zagranicy: **Szczepienia ochronne**. Informacje: prof. dr hab. n. med. Ewa Bernatowska, Klinika Gastroenterologii, Hepatologii IP CZD, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, tel. 815-73-84, 815-73-85, e-mail: immuno@ezd.waw.pl
- **22.05.2004 r.** Warszawa. Szkolenie: **Spironometria – zasady prawidłowego wykonania i interpretacji wyników**. Uczestnicy otrzymają 10 punktów edukacyjnych. Informacje: tel. (0-22) 431-22-23, e-mail: fizpat@igichp.edu.pl
- **27-30.05.2004 r.** Augustów. **Wybrane problemy diagnostyki i terapii w praktyce lekarza POZ**. Informacje i zapisy: tel./fax (0-86) 275-04-22, (0-86) 477-14-66, tel. kom. 0-602-786-532
- **3-6.06.2004 r.** w Kielcach. VII Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa **Ultrasonograficznego**. Zgłoszenia i rezerwacja hoteli: Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii ul. Chopina 3A, 22-400 Zamość, tel. 0-84 638-55-12, 638-80-90, fax. 0-84 638-80-92, e-mail: rsu@roztocze.pl
- **5-6.06.2004 r.** Warszawa, hotel Marriott. I Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa nt. „**Metody stymulacji wzrostu kostnego**”. Patronat: Polskie Towarzystwo **Ortopedyczne i Traumatologiczne**, Polskie Towarzystwo **Rehabilitacji**, Polskie Towarzystwo **Fizjoterapii**, Dekada **Kości i Stawów WHO**. Organizatorzy: Fundacja Edukacji Medycznej i Promocji Zdrowia, Agencja Wydawnicza „Medsportpress”. Tematyka: *Miejsce polskiej ortopedii, rehabilitacji i fizjoterapii w UE, Przegląd klasycznych metod wspomagających wzrost kości, Przegląd będących w ocenie klinicznej i doświadczalnych metod wspomagających wzrost kości, Operacyjne metody wspomagania wzrostu, Inwazyjne, nieoperacyjne metody wspomagania wzrostu, Nieinwazyjne metody wspomagania wzrostu, Kiedy i jak wspomagać wzrost kości?* Efektem Kongresu będzie wydanie numeru czasopisma naukowego „Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja”. Informacje: Komitet organizacyjny kongresu, 01-813 Warszawa, ul. Marymoncka 34 (skr. 23), tel./fax: (0-22) 834-67-72, 834-04-31 w. 404, tel. kom. 0-601-22-78-99, e-mail: nauka@medsport.pl, www.medsport.pl, przewodniczący: Wiesław Tomaszewski, Dariusz Białoszewski
- **10-12.06.2004 r.** Busko Zdrój. XXVI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa **Neurologów i Neurochirurgów Wojskowych: Postępy w diagnostyce i terapii chorób układu nerwowego**. Propozycje doniesień proszę przysyłać do 10.05.2004 r. na adres: Klinika Neurologiczna WIM, Warszawa 60, 00-909, ul. Szaserów 128, tel./fax (0-22) 810-61-00, fax (0-22) 681-76-73,

e-mail: neuroklin@wim.mil.pl. Zgłoszenia uczestnictwa do 10.05.2004 r. na adres: dr med. Wiesław Bujalski, 21 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny, 28-100 Busko Zdrój, ul. F. Rzewuskiego 8, fax (0-41) 378-03-32, tel. (0-41) 378-03-21, e-mail: 21szu-r@wp.pl, 00-909, Warszawa 60, ul. Szaserów 128, fax: (22) 6817673, tel/fax: (22) 8106100

- **8-11.09.2004 r.** Warszawa. XXXI Kongres Europejskiego Towarzystwa **Sztucznych Narządów (ESAO)**. Szczegółowe informacje na stronie internetowej: <http://www.ibib.waw.pl/esao2004>. Dodatkowe informacje: Sekretariat Kongresu – prof. Jan Maria Wójcicki, Instytut Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN, ul. Trojdena 4, 02-109 Warszawa, tel. (0-22) 658-28-75, fax (0-22) 659-70-30, e-mail: esao96@ibib.waw.pl
- **23-26.09. 2004 r.** Opole. 8 Zjazd Polskiego Towarzystwa **Ortodontycznego**, organizowany przez Śląskie Koło Regionalne PTO: **1. Organizacja pracy i wyposażenie gabinetu ortodontycznego. Metody dokumentowania przebiegu leczenia. Porównanie zaawansowania technologicznego gabinetów krajowych i zagranicznych w aspekcie naszego przystąpienia do UE. 2. Problem zgryzu krzyżowego bocznego. Metody leczenia zwiężenia szczęki i ich skuteczność oraz trwałość osiągniętych rezultatów. 3. Usystematyzowanie i podsumowanie wiedzy na temat terminów i wskazań do podjęcia leczenia ortodontycznego**. Informacje: Sekretariat Zjazdu – Polskie Towarzystwo Ortodontyczne Śląskie Koło Regionalne 45-202 Opole, ul. Budowlanych 2, tel. (0-77) 456-47-80, fax (0-77) 454-62-22, 454-99-05, tel.kom.608-443-523, www.8pto.gtn.pl
- **21-23.10.2004 r.** Szczyrk. XVI Kurs: **Kliniki osteoporozy i chorób metabolicznych kości**. Szczegółowe informacje i formularz zgłoszeniowy na stronie internetowej PFO <http://www.pfo.com.pl>

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

Wydział Lekarski AM w GDAŃSKU z roku 1954

21 maja 2004 r. w naszej Alma Mater odbędzie się uroczystość odnowienia dyplomów lekarza medycyny, w związku z 50 rocznicą ukończenia studiów. Nie są znane nam, niestety, adresy wymienionych poniżej naszych koleżanek i kolegów lub ich rodzin. Są to: *Karol Będkowski, Franciszek Brodnicki, Krystyna Czaykowska, Bolesław Czyżewski, Henryka Farbotko-Ekler, Tadeusz Harasimowicz, Halina Hołubasz-Rożkowska, Zdzisław Jemielita, Jerzy Klusiński, Wacław Konieczny, Jan Kurzeja, Zygmunt Łuczak, Jan Malesa, Teresa (Fac) Mardkiewicz, Zbigniew Niziński, Jan Nożewski, Bronisław Piekarczyk, Jan Rutkowski, Wiesław Rutkowski, Barbara Samplawska-Maj, Władysław Sitko, Alalia Skulte, Adam Szuster, Wojciech Turosieński, Mieczysław Wąlaszewski, Jadwiga (Wiercińska)-Jaworska, Zofia Zdrzałka.*

Zwracamy się z gorącym apelem o pomoc w nawiązaniu kontaktów z nimi lub z ich rodzinami i o informacje w tej sprawie pod adresem: **Mirosława Narkiewicz, 80-210 Gdańsk, ul. Tuwima 23 m. 1** lub telefon **(0-58) 349-14-31**. (Za Komitet Organizacyjny Barbara Godlewska-Smiechowska)

Wydział Lekarski i Stomatologiczny PAM w SZCZECINIE z roku 1979

W dn. **25-27 czerwca 2004 r.** organizujemy II Zjazd Absolwentów PAM (25-lecie!) w **Kołobrzegu, hotel „ORBIS” Solny**.

Osoby, które uczestniczyły w I Zjeździe Absolwentów (1996 r.), otrzymają wkrótce kartę uczestnictwa wraz z niezbędnymi informacjami na adres podany podczas I Zjazdu. Pozostałych prosimy o kontakt.

Wszystkich prosimy o przekazanie informacji innym! Kontakt: **Zosia Kuc-Romanowska**, tel. **(0-94) 352-84-01**, kom. **605-258-128**.

Wydział Stomatologii PAM w SZCZECINIE z roku 1994

Z okazji 10 rocznicy naszego absolutorium organizujemy w dn. **4-5 czerwca 2004 r.** zjazd koleżeński w **Ośrodku „Rafa” w Mielnie**.

Planujemy 2-dniową imprezę. Całkowity koszt wraz z noclegami 250 zł/os. Zgłoszenia i wpłaty na konto: **49 12401864 1111 0000 21891964 PeKaO S.A. Jerzy Szymczak**, z dopiskiem: **Zjazd – „Mielno 2004”** oraz nazwiskiem wpłacającego do 30 kwietnia.

Informacje: **Jerzy Szymczak**, tel. **501-161-191**, e-mail: **laserdoc@free.polbox.pl**

Wydział Lekarski AM w WARSZAWIE z roku 1975

Spotkanie odbędzie się **17 kwietnia 2004 r.** w godz. **19.00-24.00** w **Klubie Lekarza w Warszawie, Al. Ujazdowskie 24**.

Wydział Lekarski UJ w KRAKOWIE rocznik 1945-49

Spotkanie z okazji 55 rocznicy absolutorium **17 czerwca 2004 r.** W programie Msza św. w kościele oo. Dominikanów o godz. 12.00, a następnie wspólny obiad. Zgłoszenia uczestnictwa do 30 kwietnia na adres: **Krystyna Chrzanowska-Szrednicka, ul. Czarnowiejska 41/68, 30-049 Kraków**.

**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.

Wydział Lekarski 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. Żwanowiecka 20**, na spotkanie integracyjne dla całego rocznika. Dodatkowe informacje: tel. **(0-22) 850-18-08, 0-603-583-910**.

Oddział Stomatologiczny Wydziału Lekarskiego AM w WARSZAWIE rocznik 1949-53

Jubileuszowy zjazd koleżeński połączony z uroczystym odnowieniem dyplomów i spotkaniem władz warszawskiej Alma Mater z Jubilatami odbędzie się **24 maja 2004 r. (poniedziałek) o godz. 18.00 w gmachu AM w Warszawie przy ul. Żwirki i Wigury 61**.

Koszt uczestnictwa 200 zł od osoby zainteresowanej i 150 zł od osoby towarzyszącej. Wpłaty pod hasłem „Jubileusz 50-lecia” w ostatecznym terminie do 15 kwietnia na konto **Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, V Oddział PKO BP Warszawa 4410201055 122830232**. Jednocześnie prosimy o pisemne zgłoszenie w tym samym terminie uczestnictwa, z podaniem adresu pocztowego, telefonu i danych osobowych koniecznych do wznowienia dyplomu (imię, nazwisko, nazwisko panięńskie mężatek, data i miejsce urodzenia oraz kserokopia dyplomu), na adres: **II Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AM, ul. Lindleya 4, Pawilon 8, 02-005 Warszawa**, z dopiskiem na kopercie: **Jubileusz Dyplomu**. Informacje o zjeździe uprzejmie prosimy przekazać koleżankom i kolegom z naszego rocznika. Komitet Organizacyjny: **Alicja Gietka**, tel. **(0-22) 619-91-87; Bogna Kulmińska**, tel. **(0-22) 851-61-78; Wacława Tarłowska**, tel. **(0-22) 621-34-81; Michał Sołtan**, tel. **(0-22) 760-43-90**.

Wydział Lekarski AM

w BIAŁYMSTOKU rocznik 1973-79
Z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów w dn. **10-12 września 2004 r.**, w **Hotelu „Warszawa” w Augustowie** odbędzie się zjazd koleżeński, na który serdecznie zapraszamy. Szczegółowe informacje i potwierdzenie udziału: **dr n. med. Sławomir Kosidło, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów**, tel. **0-604-672-602**, tel./fax **(0-87) 643-34-10**

Wydział Lekarski AM w GDAŃSKU z roku 1955

J.M. Rektor AM w Gdańsku, Dziekan Wydziału Lekarskiego, Stowarzyszenie Absolwentów AMG oraz Komitet Organizacyjny w składzie: **Eliza Myczkowska-Wilska, Krystyna Zawrocka-Czerniewska, Stefania Olszewska-Zapaśnik, Teresa Byczkowska-Nazimowa, Elżbieta Cieszyńska-Różycka, Edmund Olszewski i Tadeusz Wójcik** zapraszają Koleżanki i Kolegów do wzięcia udziału w uroczystości 50 rocznicy ukończenia studiów i odnowienia dyplomu lekarza medycyny **13 maja 2005 r.**

Zgłoszenia uczestnictwa prosimy przysyłać na adres: **Eliza Myczkowska-Wilska 80-245 Gdańsk-Wrzeszcz, ul. Podleśna 39**, tel. **347-80-80** lub **Krystyna Czerniewska 81-758 Sopot, ul. Grunwaldzka 18/4**, tel. **551-38-06**.

Prosimy o podanie w tym zgłoszeniu danych potrzebnych do dyplomu (imiona, nazwisko, nazwisko panięńskie, data i miejsce urodzenia), a także danych niezbędnych do korespondencji (adres z numerem kodu, numer telefonu, ewentualnie adres e-mail). (W imieniu Komitetu Organizacyjnego **Eliza Myczkowska-Wilska**)

Wydział Lekarski ŚIAM w KATOWICACH rocznik 1978-84

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

Koszt uczestnictwa: w zależności od standardu pokoju A – 300 zł lub B – 400 zł. Istnieje możliwość udziału osób towarzyszących. Wpłata zaliczki 110 zł od osoby do końca maja br. na konto bankowe: **ING Bank Śląski O/ Sosnowiec 24 1050 1360 1000 0022 7578 4060**, z dopiskiem „Zjazd” i zaznaczeniem standardu pokoju. Informacje: **Bożena Jaźwiec-Kanyon**, tel. kom. **0-604-775-775** praca: tel. **(0-32) 266-08-85**, fax **(0-32) 266-02-20**, e-mail: **b.jazwiec@imp.sosnowiec.pl**, **Iwona Konowska-Haczek**, tel. kom. **0-601-859-785**, praca: tel./fax **(0-33) 857-01-17**

Wydział Lekarski, Oddział Stomatologiczny AM w GDAŃSKU rocznik 1950-54

J.M. Rektor AMG i Dziekan Oddziału Stomatologicznego oraz Zespół Organizacyjny Zjazdu gorąco zapraszają na uroczystość 50 rocznicy ukończenia studiów i odnowienia dyplomu lekarza dentystry **4 czerwca 2004 r.**

Uczelnia przewiduje poniesienie wydatków związanych z przygotowaniem uroczystości i drukiem dyplomów. Uczestnicy zjazdu ponoszą koszty przejazdu, zakwaterowania oraz spotkania towarzyskiego. Zainteresowanych prosimy o niezwłoczne przesyłanie dokładnych adresów do kolegów: **Jerzy Dźwill, Skwer Kościuszki 17/19B m. 25, 81-370 Gdynia**, tel. **(0-58) 620-23-45; Danuta Nagórska, Kochanowskiego 19A m. 18, 84-200 Wejherowo**, tel. **(0-58) 672-25-16**. Dokładne informacje o zjeździe otrzymają Państwo na adres domowy.

Wydział Lekarski AM w WARSZAWIE z roku 1954 (1949-54)

W tym roku mija 50 lat od uzyskania dyplomu lekarza; z tej okazji **5 czerwca 2004 r. (sobota) w Warszawie** odbędzie się nasze kolejne spotkanie połączone z wręczeniem dyplomu.

Szczegółowy program prześlemy pocztą w terminie późniejszym, po uzyskaniu pisemnych zgłoszeń przysyłanych na adres: **Zdzisław Dziubek – Wojewódzki Szpital Zakaźny 01-201 Warszawa, ul. Wolska 37**; lub **Romuald Goraj – adres j.w.**, tel. **(0-22) 632-55-30**.

Zgłoszenia prosimy przysyłać możliwie najszybciej. Nie dysponujemy adresami wielu naszych kolegów, szczególnie tych, którzy nie brali udziału w poprzednich spotkaniach. Zależy nam na jak najliczniejszym udziale koleżanek i kolegów, dlatego prosimy o powiadomienie o tym tych, których adresy są Wam znane.

Informacje: **Z. Dziubek**, tel. kom. **503-548-070; R. Goraj**, tel. kom. **602-196-870** lub w godzinach pracy **(0-22) 632-55-30**. (Za Komitet Organizacyjny **Z. Dziubek**)

Wydział Lekarski, Pediatryczny i Stomatologiczny WROCŁAWSKIEJ AM z roku 1959

W dn. **28-30 maja 2004 r.** w **Sobótce Górcze 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

u.bakowska@gazetalekarska.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



PRACTICAL ALLERGY

Etan Milgrom, Richard P. Usatine, Richard A. Tan, Sheldon Spector

wyd. **Mosby (Elsevier Science)**, XII 2003, c. 43.99 GBP

Książka jest przeznaczona dla zapracowanych lekarzy opieki podstawowej: lekarzy rodzinnych, pediatrów, alergologów, immunologów klinicznych, którzy przyjmują i leczą pacjentów z zaburzeniami alergicznymi.

Wydana, z barwnymi ilustracjami, koncentruje się na najpowszechniejszych zaburzeniach. Wskazówki, informują czytelników, kiedy skierować pacjentów do specjalistów, natomiast praktyczne wytyczne dotyczące przeprowadzania zabiegów zawierają techniki i informacje, „w jaki sposób wykonywać” istotne zabiegi alergologiczne. Materiały dotyczące specjalnych przypadków dostarczają zaleceń na temat leczenia pacjentów z powikłaniami. Dołączona bezpłatna płyta CD-ROM zawiera materiały edukacyjne, przeznaczone na materiały pomocnicze dla lekarza oraz jako materiały przeznaczone do wręczenia pacjentowi, dotyczące zindywidualizowanych sposobów leczenia.



ATLAS OF AESTHETIC EYELID AND PERIORCULAR SURGERY

Henry Spinelli

wyd. **Saunders (Elsevier Science)**, XII 2003, c. 82.99 GBP

Publikacja dająca miarodajne i dobrze zilustrowane informacje, które w jasny sposób określają przedoperacyjne, operacyjne i pooperacyjne sposoby postępowania w przypadkach problemów dotyczących powieki i przydatków oka. Obejmuje specjalistyczną anatomię obszaru obejmującego okolice oczu, problemy dotyczące górnej i dolnej powieki oraz dróg łzowych, aż do problemów korekcy z dziedziny chirurgii drugorzędnej. Wykorzystuje ponad 250 bogatych, kolorowych ilustracji i fotografii, które pokazują czytelnikowi, w jaki sposób wykonywać zabiegi. W każdym rozdziale zawiera streszczenia dotyczące oceny stanu pacjenta i postępowania z pacjentem.



VALVULAR HEART DISEASE

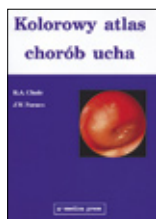
Catherine M. Otto

wyd. **Saunders (Elsevier Science)**, XII 2003, c. 96.99 GBP

Drugie wydanie publikacji encyklopedycznej omawia znaczące postępy w zarządzaniu problemami, procesami chorobowymi oraz optymalne metody leczenia pacjentów z zastawkową wadą serca. Książka ta podaje lekarzowi kardiologowi wzmocnienie i praktyczne informacje dotyczące aspektów klinicznych, podejścia diagnostycznego, opcji chirurgicznych jak też związane z prowadzeniem pacjenta. Uwzględniła nowe dane dotyczące reakcji mięśnia sercowego na poziomie komórkowym i tkankowym. Podaje wyczerpujące wskazówki dotyczące tego, w jaki sposób i w jakich powodach leczyć chirurgicznie pacjentów z chorobą zastawkową.

Wydawnictwo Medyczne alfa-medica press

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



KOLOROWY ATLAS CHOROBY UCHA

Richard A. Chole, James W. Forsen

red. wyd. polskiego **Grzegorz Janczewski**,

tłum. **Katarzyna Dzieciół**

wyd. II, Bielsko-Biała 2003, s. 112

Podręcznik zawiera zdjęcia wraz z opisem rozpoznanego przypadku wykonanego przy pomocy techniki endoskopowej: za wąską cieśnią przewodu słuchowego zewnętrznego umieszczono światłowód, dzięki czemu uzyskiwano obraz całej błony bębenkowej. Przedstawiają one znane przypadki chorób ucha. Dodatkowo rozszerzono część poświęconą zapaleniu ucha ukazując zmienność obrazu u poszczególnych chorych. W obecnym wydaniu znajduje się też rozdział o chorobach małżowiny.



PADACZKA – KLINICZNY PRZEWODNIK

P.E.M. Smith, S.J. Wallace

tłum. **Bogdan Kamiński**

wyd. I polskie, Bielsko-Biała 2003, s. 290

Celem podręcznika jest dostarczenie najistotniejszych informacji o padaczce, tak aby mogły one służyć nie tylko neurologom, lecz lekarzom praktykom innych specjalizacji stykających się z tym problemem, a zwłaszcza pediatrom. Omówiono nie tylko obraz choroby, badania, ale również wiele miejsca poświęcono wszystkim rodzajom leczenia. Są też rozdziały ogólniejsze poświęcone aspektom społecznym padaczki.

ZABURZENIA RYTMU SERCA – praktyczne uwagi dotyczące rozpoznania i leczenia.

David H. Bennett, tłum. **Justyna Palarczyk**,

wyd. I polskie, Bielsko-Biała 2003, s. 368

Jest to przewodnik z zakresu diagnostyki klinicznej i badawczej oraz leczenia zaburzeń rytmu serca, ze szczególnym omówieniem problemów spotykanych najczęściej w praktyce, wypełniający lukę między podręcznikami zawierającymi podstawowe wiadomości i podręcznikami dla elektrofizjologów, szczególnie przydatny dla lekarzy rozpoczynających praktykę kliniczną i studentów.

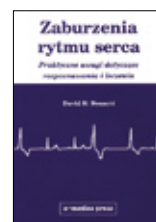
CHOROBA WIEŃCOWA – kliniczny przewodnik

Michael J. Walsh, Emer Shelly, Ross T. Murphy

tłum. **Katarzyna Dzieciół**

wyd. I polskie, Bielsko-Biała 2003, s. 232

Publikacja zawiera wyczerpujące i najbardziej aktualne informacje na temat epidemiologii, patofizjologii, rozpoznania klinicznego, badań dodatkowych, a także leczenia zachowawczego, interwencyjnego i chirurgicznego tej choroby. Tekst uzupełniają zdjęcia, rysunki i tabele



Ponadto nadesłano

WIKTORA DEGI ORTOPEDIA I REHABILITACJA

pod red. **Witolda Marciniaka i Andrzeja Szulca**

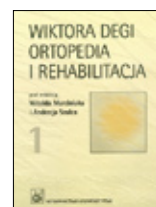
Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-251 Warszawa,

ul. Miodowa 10, tel. 695-440-33, fax 695-40-32

t. 1 i 2, wyd. I, Warszawa 2003; t. 1: 356 s., 300 ilustr.;

t. 2: 604 s., 680 ilustr., c. kat. 248 zł

Jest to nowoczesny podręcznik z dziedziny ortopedii i rehabilitacji, przygotowany przez przedstawicieli kolejnego pokolenia szkoły ortopedycznej prof. Wiktora Degi. W poszczególnych rozdziałach omówiono zagadnienia dotyczące patofizjologii narządu ruchu, jego diagnostyki i leczenia ortopedycznego oraz rehabilitacji. Podręcznik przeznaczony dla lekarzy specjalizujących się w ortopedii i rehabilitacji, studentów med., a także lekarzy POZ. Zamówienia: tel. (+22) 695-44-80, infolinia: 0801-142-080, faks: (+22) 695-44-87, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1, skr. poczt. 379, Internet: www.pzwl.pl, Księgarnia Wysyłkowa PZWL realizuje zam. za zalicz. pocztowym – 7 zł. (powyżej 150 zł koszty wysyłki pokrywa Wydawnictwo). Termin realizacji: 3 dni robocze (+czas pocztu). Pełna oferta wydawnicza PZWL: www.pzwl.pl oraz Katalogu Wydawnictwa. (W księgarni internetowej 10% rabatu).



LOGOPEDIA

T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.)

Interdyscyplinarne podstawy logopedii (t. I)

Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci

i osób dorosłych (t. II)

wyd. II, s. 395 (t. I), s. 859 (t. II), wym. 17 x 24 cm, opr. twarda,

Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2003, c. kompl. 110 zł

W pierwszym tomie tej publikacji znalazły się rozdziały eksponujące interdyscyplinarne podstawy logopedii. Autorzy uporządkowali dotychczasową wiedzę na temat jej językoznawczych, medycznych, psychologicznych i pedagogicznych podstaw. Tom drugi analizuje zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych, wzbogacając je o zagadnienia diagnozy i terapii logopedycznej. Wiele miejsca zajmuje w nim również problematyka dysleksji rozwojowej. Podręcznikowy charakter publikacji umożliwia zdobycie podstaw wiedzy logopedycznej. By ułatwić samodzielną naukę, zastosowano metodę wizualizacji tekstu, wprowadzając liczne wyróżnienia, dzieląc tekst na niewielkie segmenty, które są zarazem odpowiedziami na postawione pytania.



LEKI W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO

T. Demitrescu-Chrobak

wyd. I, s. 443, wym. 11 x 20 cm, opr. miękka,

Wydawnictwo Help-Med, 2002. **WYJĄTKOWA CENA 30 zł**

Leksykon ten pozwoli na szybkie rozstrzygnięcie ewentualnych wątpliwości, dotyczących optymalnego wyboru leku lub przypomnienia prawidłowego dawkowania. Aby ułatwić lekarzowi wybór leku i ustalenie odpowiedniej dawki w opisie uwzględniono jak najwięcej istotnych informacji o danym leku i jego działaniu. Książka adresowana jest do lekarzy medycyny rodzinnej, lekarzy pediatrów i innych specjalności.

opr. md



WIELKANOCNY KONKURS LITERACKI

Kto to napisał?

Przypomnij sobie i podaj autorów pięciu podanych niżej fragmentów zaczerpniętych z literatury polskiej.

Nazwiska autorów podane w kolejności alfabetycznej należy przypisać do niżej wydrukowanych fragmentów:

1. Konopnicka Maria
2. Prus Bolesław
3. Reymont Władysław
4. Staff Leopold
5. Żeromski Stefan

i na kartach pocztowych
– w terminie **do 10 maja br.** –
przesłać na adres redakcji.

A

Dzisiaj już się podnosił ku południowi, cichość zgola świąteczna ogarniała wieś, że nikaj głosów żadnych nie było, tyle jeno, co te wróble ćwierkania i świergoty jaskółek lepiących gniazda pod okapami. Czas był ciepły, pierwsza wiosna ledwie co trąciła ziemię i tknęła drzew; niebo wisiło młode, przemodrzone i dziwnie łyskliwe; sady stały bez ruchu, ku słońcu podając gałęzie, nabite spęczniałymi pąkami, zaś olchy, staw brzeżące, niby w cichuśkim dychaniu poruchiwały żółtymi baziami, a pędy topól rdzawe, lepkie i pachnące, a jakboby miodem ciekące, otwierały się na światło niby te dzioły piskłące...

Pod chałupami dogrzewało galanto, że już muchy wylazły na ogrzane ściany, a czasem i pszczoła się pokazywała, z brzękiem padając na stokrotki, patrzące spod płotów, albo się pilnie nosiła po krzaczach, co niby zielone płomienie buchały młodymi listkami.

Ale z pół i od borów zawiewały jeszcze ostry wilgotny wiatr.

Msza już musiała być w połowie, bo w cichym i jakoby wrzącym wiosną powietrzu przeżyły się głosy śpiewów dalekich, organowe grania i czasem jako ten deszcz rzęśisty rozsypywały się w mdlejące dźwięki dzwonek.

Czas snuł się wolno i cicho, bo kieć słońce stanęło najwyżej, to nawet ptaki zamilkły, jeno że wrony, czające się złodziejsko za gąsieniami, przewijały się nisko nad stawem, krzyk niecąc gąsiorów; bociek też raz zaklekotał gdzieś i przeleciał blisko, że ino jego cień wielgachny poniósł się po ziemi. (...)

Kiej wróciła z pełnymi szkopkami, już wszyscy byli w chałupie. Józka powiedała, o czym ksiądz mówił z ambony i kto był w kościele; gwarno stało się w izbie i na ganku, że to kilka rówieśnic z nią przyszło i społecznie łykali te kotki poświęcane, chroniące pono od bólów gardzieli.

Śmiechu było niemało, że to niejedna przekłnąć nie mogła i zakrztusiła się, aż wodą popijając, albo ją musiano pięścią grdykać w plecy, by łatwiej przeszło, co Witek z wielką uciechą robił.

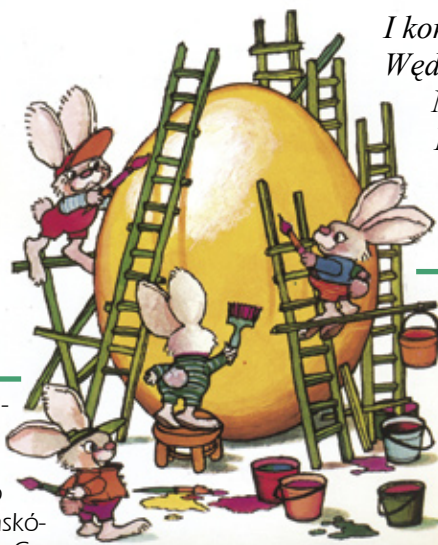


B

*Wielkanoc, co jednoczy szynki i kielbasy
Z wdziękami tulipanów i hiacyntów, stwarza
Między tym, co jest wrogie sobie po wsze czasy,
Raz do roku harmonię za oknem masarza.*

*Przeciwieństwo dwóch światów (co idą o lepsze
W nienawiści, w wieczystym ze sobą rozstaju):
Ducha, co wielbi kwiaty, brzucha, co czci wieprze,
W zgodę się nieskalaną zaokrągla w jaj.*

*I korzenne gwoźdźniki, zdobiące tak ślicznie
Wędlinę wraz z borówki zimowymi krzaki,
Najodleglejsze kraje łączą symbolicznie;
Nasze polskie zagaje z półwyspem Malakki.*



C

Kulminacyjny punkt karciarstwa przypadł na czas rekolekcji poprzedzających spowiedź wielkanocną. Cztery klasy wyższe zgromadziły się do jednej wielkiej Sali. Kilkunastu profesorów-katolików zasiadło w pierwszych ławach, a na katedrze stanął uproszony przez ks. prefekta wikariusz miejscowej fary. Ksiądz ten był chudy i mały, mówił głosem cichutkim, jednostajnym i tak dalece bezbarwnym, że najwytrwalszych słuchaczy morzyła senność. Wąsate i golące brody wolno-próżniactwo klas ostatnich zajęło tylne ławy w głębokościach sali a w sąsiedztwie pieca. W trakcie drugiego z rzędu posiedzenia, gdy ksiądz podjął dalszy ciąg wykładu o skrusze i zaczął snuć niezmiernie długie okresy, w Sali było cicho jak w świątyni. Zdawało się, że tam nie ma ani jednego żywego człowieka. Nauczyciele siedzieli bezwładnie, szklanymi oczyma z pobożnym skupieniem wpatrując się w mówcę, uczniowie nie zmieniali ruchu. Kto założył nogę na nogę – siedział tak ciągle, kto wlepił oczy w jakiś gwóźdź podłogi, nie odrywał ich ani na chwilę. Minęła jedna godzina, wybiły wszystkie kwadransy drugiej, zaczęła się wreszcie trzecia... Nagle wśród tej absolutnej ciszy z ostatnich ław rozległ się dobitny i zniecierpliwiony głos:

– Ależ bij treflem!

D

*Kocanki, kocanki
Gałązka wierzbowia!
Rozwinęła nam się
Ta palma kwietniowa.*

*Rozwinęła nam się
Nad tą bystrą wodą.
Zapachniała wiosną,
Kwietniową pogodą*



Wwielką środę, punkt o jedenastej rano (...) już siedziała w otwartym powozie wraz ze swoją nieodstępną towarzyszką, panną Florentyną. Po Alei chodziły wiosenne powiezy roznosząc tę szczególną, surową woń, która poprzedza pęknięcie liści na drzewach i ukazanie się pierwiosnków; szare trawniki nabrały zielonawego odcienia; słońce grzało tak mocno, że panie otworzyły parasolki.

Stanął i patrzył. Dzień przedświataczny i ładna pogoda wywabiły mnóstwo ludzi na bruk miejski. Sznur powozów i pstrokaty falujący tłum między Kopernikiem i Zygmuntem wyglądał jak stado ptaków, które właśnie w tej chwili unosiły się nad miastem dążąc ku północy.

W Wielki Piątek z rana (...) przypomniał sobie, że dziś i jutro hrabina Karolowa i panna Izabela będą kwestowały przy grobach.

„Trzeba tam pójść i coś dać – pomyślał i wyjął z kasy pięć złotych półimperiałów. – Chociaż – dodał po chwili – posłałem im już dywany, ptaszki śpiewające, pozytywkę, nawet fontannę!... To chyba wystarczy na zbawienie jednej duszy. Nie pójdę.”

Ale w Wielką Sobotę sprawa przedstawiła mu się całkiem z nowego punktu. (...)

Lecz jeszcze wahał się i dopiero około drugiej po południu wziął z kasy dwadzieścia pięć półimperiałów i poszedł w stronę kościoła. (...)

Lecz i w tym, i w tamtym wypadku nie wiedział dobrze, co się koło niego dzieje; więc patrzył w tej chwili na kościół jak na rzecz zupełnie nową dla siebie.

Mimo woli porównywał drobny wzrost stojących pod kościołem pobożnych z olbrzymimi rozmiarami świętego budynku i przyszła mu myśl szczególna. Że jak kiedyś na ziemi pracowały potężne siły dźwigając z płaskiego ładu tańcuchy gór, tak kiedyś w ludzkości istniała inna niezmierna siła, która wydzignęła tego rodzaju budowle. Patrząc na podobne gmachy można by sądzić, że w głębi naszej planety mieszkali olbrzymowie, którzy, wydzierając się gdzieś w górę, podważali skorupę ziemską i zostawiali ślady tych ruchów w formie imponujących jaskiń.

W Wielką Niedzielę (...) najętym powozem zajeżdżał przed mieszkanie hrabiny. Zastał już długi szereg ekwipażów bardzo rozmaitego dostojęstwa. Były tam eleganckie dorożki obsługujące złotą młodzież i dorożki zwyczajne, wzięte na godziny przez emerytów; stare karety, stare konie, stara uprząż i służba w wytartej liberii, i nowe, prosto z Wiednia powoziki, przy których lokaje mieli kwiaty w butonierkach, a furmani opierali bat na biodrze, jak marszałkowską buławę. Nie brakło i fantastycznych kozaków, odzianych w spodnie tak szerokie, jakby tam właśnie ich panowie umieścili swoją ambicję.

Warszawskim balom lekarzy i farmaceutów stuknęło 25 lat! Szampański nastrój towarzyszy im co roku dzięki Felicji „Lali” Łapkiewicz i Jerzemu Woyowi-Wojciechowskiemu.

Bale nie ulękły się ani zimy stulecia w 1979 r., ani godziny policyjnej w stanie wojennym w 1982 r. Blisko setka lekarzy i farmaceutów bawiła się wówczas w prywatnej willi na ulicy Małczewskiego na warszawskim Mokotowie, prawie pod nosem komisariatu milicji.

Co roku w balu biorą udział również wybitni artyści polskiej sceny i estrady, zaglądają ministrowie, chcą się pokazać w towarzystwie lekarzy również politycy i biznesmeni.

Od kilku lat regulaminie dołączają do wspólnej zabawy lekarze od dawna mieszkający w Europie Zachodniej i Ameryce.

Tegoroczny XXV Bal w salach recepcyjnych stołecznego hotelu FORUM otworzyli polonezem minister zdrowia Leszek Sikorski w towarzystwie „Lali” Łapkiewicz, tuż za nimi podążali doktorostwo Anna (stomatolog) i Tadeusz (lekarz rodzinny) Pyzowie z New Jersey, a dalej już długi orszak blisko dwustu par. Bawiono się do białego rana. Do tańca zachęcali m.in. „Trubadurzy” i Majka Jeżowska.

Od wielu lat organizatorzy balu wspierają Dom Lekarza Seniora w Warszawie. Zakupiono już samochód dostawczy, aparat EKG, szczepionki przeciw grypie.

Tekst i zdjęcie: Marek Stankiewicz



Rozwiązanie rodzinnego konkursu literackiego

Prawidłowe rozwiązanie to:

- A – (4) Zbigniew Herbert**
B – (5) Franz Kafka
C – (2) Michał Bułhakow
D – (6) Stanisław Lem
E – (1) Tadeusz Boy-Żeleński
F – (3) Stanisław Dygat

Nazwiska trzech pisarzy, którzy studiowali medycynę: **Boy-Żeleński, Bułhakow, Lem**

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosowaliśmy 30 książek ufundowanych przez składnicę medyczną LSM.

Oto lista nagrodzonych:

Czesław Zuzio – Częstochowa, **Elżbieta Dąbrowska** – Belchatów, **Agnieszka Stasińska** – Zgierz, **Marian Skrzypek** – Łódź, **Elżbieta Lewandowska** – Grzybowo, **Maria Pawlik** – Stalowa Wola, **Bogusław Lenard** – Moszczenica, **Andrzej Wiśniewski** – Bielsko-Biała, **Barbara Materzok** – Wodzisław Śląski, **Tomasz M. Opala** – Wołów, **Aleksandra Olawska-Szymańska** – Kielce, **Jolanta Ponikowska** – Skarżysko Kam., **Danuta Klonowska** – Zamość, **Tadeusz Sobczak** – Pleszew, **Joanna Pikula** – Złotów, **Krystyna Głodzik** – Bochnia, **Michał Stronka** – Poznań, **Józef Rosa** – Brzesko, **Kamila Zawieja** – Luboń, **Marian Łysik** – Radomsko, **Elżbieta Kociura** – Siemiatycze, **Ludwik Niedbach** – Karpacz, **Bernard Maryniak** – Prudnik, **Wojciech Sosnowski** – Szczecin, **Romuald Adamik** – Krynica, **Maciej Kabaciński** – Połajewo, **Agnieszka Malicka** – Sosnowiec, **Tadeusz Błażowski** – Oświęcim, **Agnieszka Matusik** – Jasło, **Alina Kozik** – Sucha Beskidzka.