

7-8 2006

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Egzemplarz bezpłatny
Pismo Izby Lekarskich



Niespokojnie w bastionie socjalizmu

REKLAMA

REKLAMA



Co jedenasty zielenieje z zazdrości

60% społeczeństwa uważa, że lekarze zarabiają za mało; jedna trzecia twierdzi, że w sam raz, a co jedenasty obywatel oburza się, że stanowczo za dużo. Co więcej, 37% ankietowanych dałoby podwyżkę lekarzom, a 33% górnikom. Tak z grubsza prezentuje się socjologiczna fotografia naszego pacjenta ze strajkami w tle. „Polska medycyna pozostaje jedną z niewielu enklaw realnego socjalizmu. Jest niewydolna, zbiurokratyzowana, przeżarta korupcją i zawłaszczona przez quasi-feudalny system, który pozwala pracować na użytek prywatny w państwowych placówkach i na państwowym sprzęcie. Pacjent jest w tym systemie często statystycznym dodatkiem” – grzmiał w czasie od dawna oczekiwaną debatę sejmowej rzecznik praw obywatelskich Janusz Kochanowski. Obszerne fragmenty debaty publikujemy na naszych łamach.

Wiadomości, że lekarzom znudziły się strajki można włożyć między bajki. Pod koniec czerwca napięcie narastało szczególnie na Śląsku. Wcale nie pomogły gospodarskie wizyty min. Religi. Pracownicy oraz związki zawodowe SPZOZ WSS nr 4 w Bytomiu byli oburzeni treścią podpisanych postanowień i cofnęli poparcie dla central związkowych, które je podpisały. Żądaniem lekarzy w 79 sporach zbiorowych jest natychmiastowa podwyżka wynagrodzeń zasadniczych o 30%, ale o co najmniej 2400 zł brutto dla każdego lekarza oraz 100% podwyżka od stycznia 2007 r. W Bielsku-Białej i Cieszynie wystrajkowano owe 2400 zł, a w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublińcu dyrekcję stać było na elastyczność i zażegnała spór przed strajkiem. Podobnie jak w Częstochowie, Zabrze, Piekarach Śląskich czy Wodzisławiu Śląskim, choć podwyżki były tam niższe niż w strajkujących szpitalach.

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, oparte na oczekiwaniach wzorców osobowościowych à la dr Judym czy pocziwy Hipokrates, coraz bardziej przypomina wymarzony mechanizm typu perpetuum mobile. Idealny z pozoru doktor Judym bywał we Francji, ale z trudem wysupłał kilka ostatnich kopiejek, aby zapłacić karczmarzowi za wódkę, którą spożywał w drodze do pracy w charakterze lekarza uzdrowiskowego w Cisach. Pożegnajmy więc doktora Judyma! – zachęca nasza publicystka Krystyna Knypl. Zawsze, kiedy lekarzom upominającym się o swoje jakiś ważynek chce pogrozić pięścią, to karząca ręka tej ludowej sprawiedliwości natychmiast wypomina im przysięgę Hipokratesa. Ryszard Kijak przypomina, analizuje i komentuje słynny edykt ojca chrzestnego lekarzy. W opracowanej przez siebie treści ślubowania Hipokrates wyraźnie mówi o stosunku do nauczycieli, o zasadach dydaktyki, sztuki medycznej i etyki, o zachowaniu tajemnicy lekarskiej i wreszcie o wynagrodzeniu za taką czy inną postawę. Ani słowem nie wspomina zaś o jakiejś służbie, powołaniu, misji, które stworzono znacznie później na użytek wymuszenia na lekarzach albo wręcz wyłudzenia od nich bezpłatnego lub też półdarmowego udzielania świadczeń medycznych. Treść przysięgi wcale nie zobowiązuje lekarza do wykonywania zawodu za ochłap czy wręcz za darmo. Nawet Hipokrates nie odważył się na taki wygłup – przekonuje Kijak.

Zapraszam do lektury!

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Światowy Kongres Polonii Medycznej. Wszystkie drogi prowadzą do Częstochowy	4-11
Okiem Prezesa	5
Kongres Lekarzy Rodzinnych. Trzeba walczyć o miejsce w systemie	12-15
Niespokojnie w bastionie socjalizmu	16-20
Pożegnajmy doktora Judyma!	24-25
Brytyjskie media o lekarzach z Polski	26
Oczeredologia	28
UE sfinansuje „złotą godzinę”!	31
Przychodzi lekarz do prawnika	32
Lekarze wojskowi	32-35
Lekarski sport	36-37
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	38
Książki nadesłane	38/39
Konkursy, ogłoszenia różne	39-55

Biuletyn NRL

Angielski przez Internet
www.skoknet.pl/demo
login: demoang
hasło: HGtYcVas



Wszystkie drogi prowadzą do Częstochowy

1454 lekarzy z całego świata wzięło udział w VI Kongresie Polonii Medycznej, który w czerwcu odbył się w Częstochowie. Uczestnicy, wśród których byli światowej sławy kardiochirurdzy, kardiolodzy, psychiatry, onkolodzy i okuliści, przybyli aż z 28 krajów, m.in. ze Szwecji, Francji, Niemiec, RPA, USA, Gruzji, Kazachstanu, Czech, Litwy, Nowej Zelandii, Kanady, Izraela, Boliwii i Zimbabwe. Wszystkich łączyło jedno: polskie korzenie.

Kilkudniowe spotkanie – od 21 do 24 czerwca – odbywało się pod hasłem „Plagi naszych czasów: choroby układu krążenia, nowotwory, wypadki”.

Kongres rozpoczęła uroczysta msza święta w intencji Ojczyzny i Polonii medycznej odprawiona w kaplicy Cu-



Dzięki Mariuszowi Malickiemu i Zbigniewowi Brzezinowi organizacja szła jak z płatka



Prezes NRL Konstanty Radziwiłł wita uczestników Kongresu



Chwila modlitwy i skupienia przed cudownym obrazem Czarnej Madonny

downego Obrazu Matki Boskiej Częstochowskiej, którą celebrował arcybiskup metropolita łódzki Władysław Ziśka, przewodniczący Komisji Episkopatu ds. Służby Zdrowia oraz arcybiskup metropolita częstochowski Stanisław Nowak.

Wykład inauguracyjny wygłosił dwukrotnie nominowany do Nagrody Nobla prof. Tadeusz Maliński z Uniwersytetu Ohio w USA. Wystąpienie prof. Malińskiego „Zastosowanie nanomedycyny w chorobach układu sercowo-naczyniowego i nerwowego” wzbudziło ogromne zainteresowanie słuchaczy.

Niezwykle bogatemu programowi naukowemu, który został opracowany przez składający



Piotr Konopka z Paryża i Andrzej Burzyński z Lille

się z największych autorytetów medycznych Komitet Naukowy pod przewodnictwem kardiochirurga ze Szwecji Jana Borowca, towarzyszył również różnorodny i atrakcyjny program kulturalno-sportowy (zwiedzanie Jasnej Góry, wycieczka śladami Jana Pawła II, piknik w Koszęcinie, wieczór jazzowy, rajd rowerowy po Jurze, turniej tenisa ziemnego).

Andrzej Stelmachowski

przewodniczący Stowarzyszenia Wspólnota Polska, b. marszałek Senatu RP

Medycyna wśród Polaków rozsiadanych po świecie nabiera dziś znaczenia szczególnej troski o człowieka. Jeśli dziś nie minister zdrowia, ale ja przemawiam na Kongresie Polonii Medycznej, to m.in. dlatego, że jesteśmy świadkami bardzo silnych napięć. Ich źródło leży pomiędzy potrzebami i godnością zawodu a powołaniem, które jest tak bardzo trudno zrealizować, jeśli następuje rozdział między jednym i drugim. Ale może i dlatego przyjazd lekarzy polskiego pochodzenia do Ojczyzny jest podkreśleniem wartości bliskich każdemu człowiekowi. To jest prawdziwa manifestacja, ale i szansa, by zastanowić się jaka ma być medycyna na progu globalizacji świata, targanego etycznymi i moralnymi dylematami. Czekam niecierpliwie na wyniki waszych dyskusji.



Bożena Pietrzykowska, kierownik Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną NIL

Silnym atutem kongresu były także zorganizowane po raz pierwszy Targi Pracy, które znalazły duży oddźwięk wśród młodych lekarzy zainteresowanych pracą na Zachodzie.

– Staraliśmy się zaspokoić oczekiwania wszystkich uczestników. Mamy

dokończenie na str. 6



Okazja do wymiany wizytówek: Stanisław Orzechowski ze Sztokholmu

Okiem Prezesa



Idą wakacje i kończy się europejska Wiosna Lekarzy. Przez ostatnie kilka miesięcy przetoczyła się przez Europę Środkową (Niemcy, Czechy, Słowację i Polskę) fala protestów lekarskich na nie spotykaną dotychczas skalę. Gdyby szukać jakiegoś wspólnego mianownika dla wszystkich tych akcji, w tak różnych przecież warunkach, to z całą pewnością jest nim żądanie podwyżki wynagrodzeń z jednoczesnym wskazywaniem na niezbędność dokonania zmian systemowych. Środowiska lekarskie dostrzegają zasadę: im więcej „publiczności” w systemie ochrony zdrowia, tym bardziej staje się on zakłamywany. To politycy decydują o zakresie gwarancji co do tzw. koszyka świadczeń, zwykle rozdymając go ponad miarę. To politycy decydują o wysokości nakładów na ochronę zdrowia, zwykle bez związku z faktyczną wartością zagwarantowanych obywatelom świadczeń. To politycy wreszcie mianują urzędników, którzy decydują o relacjach pacjent-lekarz, które przestają być obszarem wolności społeczno-gospodarczej. Im większe zaangażowanie państwa, tym więcej obłudy w systemie, a skutkiem tego coraz podłejsze zarobki lekarzy i innych pracowników medycznych. Ta sytuacja środowiska lekarskiego budzi tym większy sprzeciw, że otoczenie wyraźnie się bogaci, a wzrost gospodarczy na nie spotykaną dotąd skalę nie przekłada się na zarobki pracujących w ochronie zdrowia.

Protesty i strajki w Polsce powoli dogasają. Warto zadać sobie pytanie o bilans ostatnich miesięcy.

- Niewątpliwym sukcesem stało się wysunięcie problemów ochrony zdrowia na czołówki mediów oraz wypowiedzi polityków. Coraz częściej słychać, że nie da się zreformować systemu bez znacząco większych nakładów, zwłaszcza publicznych.
- Zapowiedzi rządu o zwiększaniu nakładów na ochronę zdrowia w ciągu najbliższych 3 lat nie są co prawda satysfakcjonujące, ale trzeba przyznać, że są krokiem we właściwym kierunku.
- Prace nad ustawą „podwyżkową” pozwalają przewidywać, że jesienne podwyżki obejmą wszystkich pracowników bez względu na miejsce jak i formę zatrudnienia, zgodnie ze środowiskowymi żądaniami.
- Znaczną liczbą lekarzy, którzy podpisali porozumienia z dyrekcjami szpitali otrzyma mniejsze lub większe podwyżki już w najbliższym czasie.
- Porażką jest brak zapowiedzi przeprowadzenia jakichkolwiek znaczących reform mogących być podstawą poprawy mechanizmów działania systemu (np. decentralizacji Narodowego Funduszu Zdrowia, konkurencji wśród płatników, dopłat bezpośrednich do świadczeń zdrowotnych, odejścia od konkursu ofert przy zawieraniu kontraktów).
- Złym rozwiązaniem jest plan sfinansowania podwyżek ze środków NFZ-tu, a nie z dotacji/kredytu z zewnątrz. Oznaczać to może w praktyce ryzyko wzrostu zadłużenia wielu placówek.
- Porażką protestu jest zły, zwłaszcza w ostatnich tygodniach wizerunek medialny środowiska, a także ogromne rozbieżności, czasem wręcz wrogość środowisk różnych zawodów medycznych.

Warto także zadać sobie pytanie o dalszy plan naszych działań. Wydaje się, że jest co najmniej kilka wniosków.

- Trzeba nadal konsekwentnie domagać się zmian systemowych (m. in. tych, o których była mowa wyżej), a zwłaszcza zwiększania publicznych nakładów na ochronę zdrowia.
- Stawiając żądania płacowe, zgodnie ze stanowiskiem VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy należy formułować je w konkretnej wartości, a nie w procentach.
- Ewentualne akcje protestacyjne w przyszłości powinny być lepiej koordynowane. Podczas akcji zakrojonych na szeroką skalę należy rozważyć wyłączenie niektórych placówek z form protestu utrudniających pacjentom dostęp do świadczeń.
- Poprawiać relacje z dziennikarzami, organizacjami innych zawodów medycznych oraz organizacjami pacjentskimi.

Życząc spokojniejszych i udanych wakacji namawiam gorąco (jak co miesiąc!) do włączenia się do zbierania podpisów pod naszym obywatelskim projektem ustawy gwarantującej godne wynagrodzenia lekarzom i lekarzom dentystom. To naprawdę bardzo ważna sprawa.

Konstanty Radziwiłł

Wszystkie drogi prowadzą do Częstochowy

dokończenie ze str. 5

pewne doświadczenie, bo Częstochowa już po raz czwarty gości lekarzy z polonijnych organizacji medycznych, ale tegoroczny kongres wyróżniał się bardzo wysoką frekwencją. Zarejestrowaliśmy aż 1454 osób, które przyjechały do naszego miasta – mówi przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Częstochowie Zbigniew Brzezina.



Wykład inauguracyjny prof. Tadeusza Malińskiego z Ohio (USA) o zastosowaniu nanomedycyny w chorobach układów sercowo-naczyniowego i nerwowego nagrodzono burzą oklasków.

Program naukowy podzielony był na sesje: etycznej, kardiologiczną, traumatologiczną, onkologiczną, stomatologiczną, medycyny ratunkowej, psychiatryczną, a także informatyczną poświęconą komputeryzacji w medycynie. Każdą z nich mode-



Zwiedzanie Jasnej Góry



Na pierwszym planie od lewej: prof. Marek Rudnicki z Chicago, prof. Grzegorz Opala z Katowic, prof. Jerzy Woy-Wojciechowski i prof. Tadeusz Chruściel z Warszawy oraz ks. Józef Jachimczak.

rowali wybitni specjaliści poszczególnych dziedzin medycyny zarówno z Polski, jak i z zagranicy, m.in. Jan Borowiec, Andrzej Bochenek, Marek Rudnicki, Stanisław Golec.

Bardzo dużo osób wzięło udział w sesji kardiologiczno-onkologiczno-traumatologicznej, w czasie której zebrani mogli obejrzeć bezpośrednie transmisje z sal operacyjnych, m.in. z I Kliniki Kardiologii w Katowicach, gdzie przeprowadzano operację hybrydową – małoinwazyjny zabieg pomostowania LAD z użyciem techniki wideoskopowej i robota asystującego.



dr Ewa Wójtowicz z Puchenu (Austria) czarowała alpejską opalenizną

Także dzięki przekazowi telewizyjnemu uczestnicy sesji obejrzeli operację wszczepienia zastawki aortalnej bezszwowej, która odbywała się w Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie.

Kongresowi towarzyszyło też plenarne posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Konwent Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich, a także plenarne zebranie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Odbyło się również spotkanie przedstawicieli polonijnych organizacji medycznych skupionych w Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych, któremu towarzyszyło posiedzenie wyborcze Rady Federacji.

Znakomitą organizację kilkudniowego maratonu kongresowego można zawdzięczać komitetowi organizacyjnemu pod przewodnictwem Zbigniewa Brzezina, szefa częstochowskiego samorządu lekarskiego oraz Beacie Zawadowicz, Piotrowi Janikowi, Małgorzacie Klimza, Mariuszowi Malickiemu, Markowi Mikołajczykowi, Krzysztofowi Muskalskiemu, Markowi Świtalskiemu i Grzegorzowi Zielińskiemu.

Anna Augustowska
fot. Marek Stankiewicz

Apel Sejmiku Polonijnego

My, uczestnicy Sejmiku Polonijnego VI Kongresu Polonii Medycznej w Częstochowie, z troską obserwujemy uzasadnione zmagania naszych krajowych Koleżanek i Kolegów z determinacją walczących o naprawę systemu finansowania ochrony zdrowia.

Reprezentując środowiska medyczne z 26 krajów o zróżnicowanych zasadach funkcjonowania ochrony zdrowia wyrażamy niepokój z utrzymywania się sytuacji, w której niedoinwestowany sektor usług zdrowotnych nie jest w stanie zabezpieczyć oczekiwań pacjentów, lekarzy oraz administracji. Brak odpowiednich uwarunkowań prawnych oraz kontynuowanie traktowania problemów ludzi medycyny po sierocemu prowadzi do nieodwracalnej alienacji krajowego środowiska medycznego, emigracji wewnętrznej i zewnętrznej, a w sumie do utraty olbrzymiej liczby wysoce wykształconych ludzi, których Polska i jej mieszkańcy potrzebują i będą nadal potrzebować.

Międzynarodowe środowisko lekarzy polskiego pochodzenia dołoży starań, aby nasze Koleżanki i Koledzy, zmuszeni do opuszczenia swoich pacjentów i miejsc pracy w kraju w poszukiwaniu godnego zatrudnienia poza granicami, znaleźli w wybranych przez siebie miejscach warunki i perspektywy rozwoju zawodowego z możliwością ich wykorzystania dla swoich pacjentów, również po ewentualnym powrocie do kraju.



Bronisław Orawiec, kardiolog z Chicago rozchwytywany przez media

Lekarz na emigracji – kiedyś i teraz

Szacuje się, że grupa od 20 do 25 tysięcy lekarzy polskiego pochodzenia pracuje poza granicami kraju.

Większość opuściła przed laty Polskę z powodów politycznych. Do dziś tęsknią za „starym krajem”, czują się z nim mocno związani i odpowiedzialni za wydarzenia w swojej ojczyźnie. Współcze-

sna emigracja ma inny wymiar. Młodzi, zdolni i wykształceni lekarze wyjeżdżają z Polski rozczarowani brakiem szans na godne życie. Dramatycznie niskie zarobki, stale nie doinwestowany system ochrony zdrowia, trudności ze zrobie-

niem wymarzonej specjalizacji sprawiają, że wielu lekarzy decyduje się wyjechać z kraju. O tym jak to zjawisko oceniają ich starsi koledzy, pracujący często od bardzo już wielu lat za granicą rozmawia **Anna Augustowska**:



• *Od 33 lat mieszka pan i pracuje wraz z żoną Danutą (też lekarzem) w Niemczech. Kawał życia. Warto było?*

Zbigniew Kostecki, prezes PTM w Niemczech: – Warto! Patrząc z perspektywy tych lat jestem przekonany, że moje „niemieckie życie” przyniosło więcej korzyści Polsce niż sytuacja, gdybym stąd nie wyjeżdżał.

W ogóle patrzę na zjawisko emigracji pozytywnie. To dzięki tym lekarzom, którzy wyjechali Polska mogła mieć kontakty ze światem nauki, z nowoczesnymi technologiami i metodami leczenia. To są sprawy nie do przecenienia. Najlepszym dowodem jest obecny VI Kongres Polonii.

• *Namawiałby więc pan teraz lekarzy, aby pakowali walizki i wyruszali w świat?*

– Trzeba zauważyć, że czasy bardzo się zmieniły. Polska jest członkiem Unii Europejskiej. Lekarz, który zamieszka na



• *Mówi pan, że mimo 16 lat życia na obczyźnie nigdy pan nie wyemigrował z Polski?*

Marek Rudnicki – Stany Zjednoczone: – Bo to prawda. Ja nie wyemigrowałem z kraju, ja tylko pracuję za granicą. I ten pobyt się przedłuża, chociaż nie wykluczam, że wrócę. Mam zresztą taką próbę za sobą. Chciałem tu pracować, ale wkrótce dostałem bardzo interesującą ofertę z USA i wyjechałem.

• *Skusiły pana dobre zarobki?*

– Zdecydowanie nie. Powiem wręcz, że strona finansowa całego przedsięwzięcia niewiele różniła się wtedy od polskich realiów.

Skusiła mnie szansa na szybki rozwój naukowy, a także praktyczne możliwości uprawiania nowoczesnej chirurgii. To dla



• *Jest pani lekarką, która wyemigrowała z Ukrainy do Polski i tu postanowiła pracować. Dlaczego nie do Niemiec albo Anglii?*

Jana Brizińska: – Odpowiem najprościej: bo czuję się Polką, bo moi dziadkowie w latach trzydziestych zostali wywiezieni z Kamieńca Podolskiego do obozu pracy w Kazachstanie i nigdy nie przestali tęsknić za ojczyzną. Bo tak wychowali mojego tatę. Kiedy więc pojawiła się szansa na wyjazd do Polski, nie wahałam się.

• *Zostawiła pani za sobą nieźle rozwijającą się karierę, pozycję zawodową. Tu trzeba było zacząć wszystko niemal od zera?*

Zachodzie, w zasadzie nie czuje się oderwany od ojczyzny. Dzięki Internetowi, tanim lotom itd. w zasadzie jest ciągle u siebie. To bardzo ważne. W Niemczech pracuje teraz ok. 6 tysięcy polskich lekarzy. Są cenionymi fachowcami. Zapotrzebowanie na ich usługi rośnie, szczególnie ostatnio, kiedy niemieccy lekarze niezadowoleni ze swoich warunków pracy także decydują się na emigrację, m.in. do Australii, USA czy Norwegii. Ich miejsce mogą zajmować lekarze z Polski.

• *Jakieś przesłanie dla tych osób?*

– Warto podjąć takie wyzwanie. Niemcy, to kraj, w którym można w miarę dobrze zarabiając być dobrym lekarzem z pasją uprawiającym swój zawód. Trzeba jednak wiedzieć, że przez Niemcy przeszła ostatnio fala strajków lekarzy, największa po wojnie. Żądano podwyżek płac (niższych obecnie niż w innych państwach europejskich) oraz ograniczenia potwornej biurokracji. To nieprawda, że w każdym szpitalu czekają na polskich lekarzy. Miejsca pracy są, ale trzeba je znaleźć i akceptować! Szczególnie dużo miejsc jest w dawnej NRD w praktykach prywatnych ogólnych i internistycznych.

mnie było i jest najważniejsze. Zawsze też podkreślam, że pracuję za granicą, ale nigdy nie wyemigrowałem z kraju.

• *To ciekawe podejście do tego zagadnienia. Co pan mówi lekarzom, którzy też chcą wyjechać do pracy za granicę?*

– Zalecam dobre przemyślenie tej decyzji. Szczególnie jeśli są to osoby młode, świeżo po studiach. Ostatnio jednemu z takich młodych lekarzy poradziłem, aby wrócił do Polski i tam skończył staż zawodowy i w ten sposób dał sobie jeszcze rok czasu na rozważenie wszystkich za i przeciw.

• *Ale nie jest pan przeciwnikiem takich wyjazdów?*

– Ja bym powiedział tak: warto doskonalić swój warsztat, korzystać z szansy, aby jak najwięcej się nauczyć od kolegów z Zachodu i wracać do kraju. Ale wiem, że współczesny świat stał się na tyle otwarty i dostępny dla Polaków, że wielu z nich, tak jak ja, decyduje się na pracę za granicą.

– To prawda, kiedy przyjechałam do Polski, miałam już z wyróżnieniem ukończone studia medyczne w Kijowie, doktorat, specjalizację z kardiologii. Ale dopiero staż w USA, a później praca w Aninie uświadomiła mi, co to jest nowoczesna kardiologia. Przecież w Kijowie niewiele robi się koronarografii!

• *A nie lepiej było doskonalić się w innym kraju?*

– Wiem co pani ma na myśli, że wszyscy Polacy marzą o pracy na Zachodzie? Cóż, w moim wypadku nie tylko to się liczy. Ja kocham Polskę. Wiem, że tu jest moje miejsce. I nie chcę wyjeżdżać za chlebem dalej.

fot. Marek Stankiewicz



Federacja ma nowe władze

Jan Borowiec ze Szwecji stanął na czele nowo wybranej Rady Federacji. Na tym miejscu zastąpił kończącego swą kadencję **Jakuba Bodzionego** z Niemiec.

Wybory władz Federacji, która skupia kilkanaście organizacji lekarskich na całym świecie, towarzyszyły dyskusjom o problemach, zadaniach, a także przyszłości Polonijnych Organizacji Medycznych.

– Czasy się zmieniły. Współczesna emigracja nie kieruje się już przynależnością etniczną, a raczej zawodową. Dla osób, które wyjechały z kraju przede wszystkim liczy się przynależność do grupy zawodowej: jestem lekarzem. A to czy jestem



Wspólna sesja kardiologiczna

Polakiem ma mniejsze znaczenie. Dlatego ludzie ci nie garną się już do związków czy stowarzyszeń polonijnych – mówił podsumowując swoją działalność były prezes Federacji Jakub Bodziony.

– Najostrzej widać to na przykładzie Anglii, gdzie praktycznie londyńskie stowarzyszenie medyczne od kilku lat nie uczestniczy w ogóle w pracach Federacji.

Podobne trendy zauważył wśród niemieckiej Polonii Zbigniew Kostecki, prezes Polskiego Towarzystwa Medycznego z siedzibą w Düsseldorfie. – Cywilizacja pozwala być w stałym kontakcie z rodziną i przyjaciółmi, można w kilka godzin przyjechać do kraju. Młodzi lekarze nie widzą więc sensu w zrzeszaniu się i organizowaniu. A szkoda, bo powinni korzystać z doświadczeń tych, którzy od 20-30 lat żyją i pracują na obczyźnie.

Inaczej rolę organizacji polonijnych widzą Polacy mieszkający na wschodzie: Ukrainie, Litwie, Gruzji czy Kazachstanie.



W Akademii Polonijnej



Bronisława Siwicka z Wilna i Krystyna Podgórska z Warszawy interesują się programem Fundacji PRO SENIORE

– Dla nas działalność w związkach lekarskich to szansa na integrację, kultywowanie polskości, ale także możliwość szkoleń i staży zawodowych m.in. w polskich ośrodkach. Nie wyobrażamy sobie, aby te organizacje mogły przestać działać – mówiła Bronisława Siwicka z Wilna.

Ewelina Hrycaj-Małańczuk ze Lwowa zauważyła, że coraz więcej lekarzy Ukraińców (nie Polaków) wchodzi w szeregi organizacji polonijnych i korzystając z tego wyjeżdża na staże do Polski. – To bardzo dla nas krzywdzące! Po pierwsze, nie stać nas na finansowanie wyjazdów Ukraińców, a poza tym, dla nas te staże są bezcenne.



Obradom towarzyszyły targi pracy

– Nasze organizacje na Białorusi zostały zdelegalizowane. Musimy działać w podziemiu i działamy! – relacjonował Kazimierz Jodkowski z Grodna apelując o skrócenie staży do 10-14 dni. – Dyrekcje szpitali gdzie pracujemy nie dadzą nam pozwolenia na dłuższe wyjazdy, zbyt drogie jest też gromadzenie koniecznych do odbycia stażu w Polsce dokumentów – notarialne potwierdzenie dyplomu itd. To dla nas ogromny koszt 50-60 dolarów.

Czy nowe władze Federacji rozwiążą te kwestie wkrótce pokaże czas. W tym celu poszerzono zarząd do 8 osób. Trzem zastępcom prezesa Jana Borowca przydzielono też specjalne zadania:

- z-ca **Marek Rudnicki** – będzie koordynował działalność organizacji medycznych w USA,
- z-ca **Zbigniew Kostecki** – zajmie się organizacjami z Europy Zachodniej,



Zagrał z zespołem i zaśpiewał neurolog Kuba Sienkiewicz

– z-ca **Andżela Bogucka** – Europą Wschodnią.

Do zarządu weszli też:

- sekretarz – **Jan Sobociński** ze Szwecji,
- skarbnik – **Mirosław Sochański** z USA,
- członek – **Piotr Konopka** z Francji,
- członek – **Bronisława Siwicka** z Litwy.

Na zakończenie spotkania w Częstochowie odbył się Sejmik uczestników Kongresu, w czasie którego dyskutowano o przyszłości polonijnego ruchu medycznego. Obecna na sali minister zdrowia Anna Gręziak zwróciła uwagę na narastającą falę emigracji. – Według naszych danych Polskę w ostatnim czasie opuściło ok. 4 procent lekarzy, najwięcej chirurgów klatki piersiowej i anestezjologów (aż 15 proc. w tych grupach zawodowych). Obserwujemy to zjawisko z niepokojem – mówiła.

Uczestnicy wystosowali Apel Sejmiku Polonijnego, w którym zwracają uwagę na konieczność naprawy finansowania systemu ochrony zdrowia.

Anna Augustowska
fot. Marek Stankiewicz



Na pikniku w Koszęcinie

Trzeba walczyć o miejsce w systemie

W dn. 8-11 czerwca br. w Toruniu odbył się VI Kongres Medycyny Rodzinnej Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, zorganizowany pod hasłem „Człowiek, medycyna, wszechświat”.

Wzięło w nim udział ponad 1,2 tys. lekarzy rodzinnych oraz wielu gości, m.in., wiceminister zdrowia Jarosław Pinkas, prezes NFZ Jerzy Miller, prezes NRL Konstanty Radziwiłł i wybitni przedstawiciele kilkunastu dziedzin medycyny. Ponieważ kongres odbywał się w Toruniu – mieście Mikołaja Kopernika i Aleksandra Wolszczana – w programie nie mogło zabraknąć odniesienia do astronomii. Był nim wykład prof. Andrzeja Strobla nt. „Czy jesteśmy dziećmi wszechświata?”, ilustrowany niezwykłymi zdjęciami przestrzeni międzygwiazdowej wykonanymi przez teleskop Hubble’a i z sond międzyplanetarnych.

Program kongresu był bardzo bogaty, obok kilkudziesięciu wykładów, doniesień, kursów tematycznych oraz warsztatów poświęconych problemom medycznym, znalazły się zagadnienia dotyczące organizacji i finansowania podstawowej opieki zdrowotnej w polskim systemie ochrony zdrowia oraz prezentacje własnego dorobku Kolegium. Przekazanie wszystkich treści toruńskiego spotkania wymagałoby odrębnego opracowania, prezentujemy zatem tylko kilka – zanotowanych na gorąco – wypowiedzi gości i uczestników o najważniejszych problemach.

Wiceminister zdrowia **Jarosław Pinkas**, także lekarz rodzinny zwrócił uwagę na fakt, że:

– Środowisko lekarskie jest obecnie w bardzo trudnej sytuacji. Do Torunia przyjechało 1200 lekarzy, którzy nie tylko chcą podnosić kwalifikacje zawodowe, ale i nawiązywać właściwe kontakty z przemysłem farmaceutycznym. Praca lekarza jest immanentnie związana z tym przemysłem. Relacje między nimi mogą być normalne, etyczne i zdrowe, spotkanie toruńskie jest tego znakomitym przykładem. KLRwP potrafi utrzymać takie właśnie mądre i uczciwe kontakty z partnerami.

O potrzebie kształcenia ustawicznego i technice zdobywania wiedzy mówi

prof. dr hab. med. **Witold Lukas**, krajowy konsultant w dziedzinie medycyny rodzinnej:

– Każdy lekarz, nie tylko rodzinny, zgodnie z przysięgą Hipokratesa jest zobowiązany do ustawicznego uczenia się do końca życia. Dziś jest to szczególnie ważne, z kilku powodów. Jesteśmy świadkami szybkiego postępu w medycynie, obserwujemy dynamiczne zmiany w niemal każdej dyscyplinie, zarówno w podstawowych, jak i szczegółowych. Impulsy informujące lekarzy o nowych osiągnięciach kiedyś mówiły o wynikach prac wykonanych w ciągu kilku lat, czasem w ciągu całych dekad, dziś dotyczą roku. Stąd zalew informacji. Musimy zatem być przygotowani, zwłaszcza my, lekarze rodzinni, do poruszania się w szumie informatycznym, tj. dokonywania właściwego wyboru treści. Nie jesteśmy w stanie zapoznać się ze wszystkimi wiadomościami i nie wszystkie są nam potrzebne.

W trakcie szkolenia specjalizacyjnego uczymy krytycznej oceny literatury, umiejętności znalezienia dla siebie odpowiednich treści, przyczyniających się do pogłębiania wiedzy w interesujących danego lekarza dziedzinach.

Proponujemy lekarzom rodzinnym, aby każdy przygotował sobie indywidualny plan rozwoju zawodowego, opracował portfolio – zbiór dokumentów świadczących o jego dorobku. Ten plan powinien dotyczyć szeregu obszarów, w których lekarz co pewien czas sam się ocenia. Luki w swojej wiedzy, które zdefiniuje w czasie takiej oceny, powinien zgodnie z przygotowanym planem uzupełnić. Plan musi również określać metody zdobycia wiedzy i umiejętności oraz czas przeznaczony na te zadania.

Lekarz rozwija się nie tylko zawodowo, ma inne zainteresowania: sportowe, kulturalne. Jego plan ten aspekt również powinien uwzględnić. Istotne jest ustalenie hierarchii zadań i zsynchronizowanie z życiem prywatnym. Przyjęciego planu nie można realizować bez usta-

wicznego monitoringu – sprawdzania, ile się już osiągnęło. Ważną sprawą jest również samoocena.

Każdego lekarza obowiązuje w tej chwili recertyfikacja czyli zdobywanie punktów edukacyjnych. W tym zakresie Kolegium przygotowało dla lekarzy rodzinnych program, który pozwala gromadzić punkty na podstawie komputerowej rejestracji zdarzeń. Program zawiera pełną ofertę szkoleniową. Lekarz może wybrać spośród rekomendowanych kursów tematy, które są mu potrzebne. Wybierając musi się strzec postępowania w myśl zasady: jeżeli coś umiem, to chętnie posłucham wykładu na ten temat jeszcze raz. Lekarz musi zdefiniować, czego naprawdę nie zna i wybierać z oferty te dziedziny, które uzupełnią wiedzę, nie kierując się atrakcyjnością zajęć czy nawet możliwością otrzymania „gadżetów”.

Pomocą w kształceniu i samoocenie jest korzystanie z grupy rówieśniczej. Tworzą ją lekarze z sąsiadujących ze sobą praktyk, którzy na stałych spotkaniach wzajemnie się oceniają, stymulują do opracowywania poszczególnych zagadnień, dyskutują nad nimi.

Praca indywidualna, nie w zespole, obowiązuje do dbałości o wiedzę. Zdarzenia medyczne w praktyce lekarza rodzinnego wymagają podejmowania trudnych decyzji i działań, czasami bez możliwości wglądu w dane kliniczne, badania biochemiczne i inne. Pacjenci zgłaszają się często we wczesnym, nie zdiagnozowanym jeszcze stadium choroby. Przyjęcie koncepcji diagnozy i leczenia jest trudne, musi być oparte na znajomości epidemiologii i przebiegu choroby, rozeznaniu w możliwościach szybkich badań. Lekarz musi wybrać właściwy algorytm postępowania. W tej praktyce pomocą są wytyczne przygotowane przez Kolegium. Są to dokumenty opracowane wspólnie ze specjalistami. Umożliwiają korzystanie z osiągnięć wysokiej specjalistyki w realiach gabinetu lekarza pierwszego kontaktu.

dokończenie na str. 14

Trzeba walczyć o miejsce w systemie

dokończenie ze str. 12

Pierwszy kontakt jest kluczowy dla pacjenta także dlatego, że na jego podstawie wyrabia sobie opinię o służbie zdrowia, satysfakcję z udzielonej pomocy widzi przez pryzmat tego pierwszego spotkania. Stąd waga naszej pracy.

W sesjach edukacyjnych z medycyny klinicznej prezentowane były nowe osiągnięcia naukowe w tych dziedzinach, z którymi lekarz pierwszego kontaktu ma najczęściej do czynienia. Prof. **Andrzej Januszewicz**, który mówił o nowoczesnej terapii nadciśnienia tętniczego, uważa że:

– W kraju mamy obecnie kilka możliwości szkolenia ustawicznego lekarzy. Obok kongresów takich jak ten organizowany przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych są także programy przygotowywane i realizowane przez duże instytucje medyczne, nie tylko uczelnie czy instytuty naukowe, ale także np. wydawnictwa. Dostrzegły one, że szkolenie lekarzy praktyków jest jednym z najważniejszych ich zadań. Znakomitym przykładem jest wydawnictwo „Medycyna Praktyczna”, która stworzyła ogólnopolski klub lekarzy uczestniczących w cyklu konferencji i zajęć warsztatowych. Otrzymują oni skrócone wytyczne postępowania w poszczególnych dziedzinach medycyny. W ten sposób uczestniczą w praktycznych programach edukacyjnych.

Lekarze rodzinni to praktycy, mający bezpośredni i najczęściej pierwszy kontakt z chorym. Dlatego wiedza im przekazywana musi być wiedzą praktyczną.

Dr **Maciej Godycki-Cwirko** prowadzi jedną z najdłuższych działających praktyk lekarza rodzinnego w Łodzi. Jest też

redaktorem naczelnym czasopisma „Lekarz Rodzinny”. Odpowiada na pytanie: W jaki sposób lekarz pierwszego kontaktu powinien zajmować się promocją zdrowia, czy jest ważna w jego pracy?

– Mamy całościowe podejście do opieki medycznej nad pacjentem. Promocja zdrowia bywa różnie postrzegana: przez niektórych lekarzy jako część opieki i w sposób naturalny staje się jego aktywnością w pracy. Inni natomiast wydzielają profilaktykę i promocję z całości zagadnień i uważają, że specjalnie przygotowania fachowcy, a nie medycy profesjonaliści, powinni się nią zajmować. Oba warianty są dobre, ale lekarz musi być koordynatorem tych działań. Koordynując powinien się w nie włączać, a więc znać zagadnienie.

Najtrudniejszym do rozwiązania problemem jest znalezienie czasu na prowadzenie promocji, jest bowiem absorbująca i czasochłonna. Może być realizowana wtedy, gdy lekarz nie ma pod opieką zbyt wielu pacjentów. Jeżeli lista podopiecznych lekarza rodzinnego będzie adekwatna do jego możliwości (Kolegium rekomenduje 1500-1600 pacjentów), to wówczas znajdzie się czas na promocję zdrowia i na koordynowanie działań innych pracowników związanych z jego zespołem, w tym także zajmujących się promocją zdrowia.

Jako Kolegium promujemy opiekę zespołu złożonego z: pielęgniarki, pielęgniarkei rodzinnej, położnej rodzinnej, koordynowanego przez lekarza. W mojej praktyce w Łodzi, np. realizujemy program profilaktyczny badań przesiewowych chorób sercowo-naczyniowych, a miasto przysyła nam edukatorów zdrowotnych, którzy mają przygotowane materiały. Są oni finansowani przez samorząd, dobrze się z nimi współpracuje.

Dr **Robert Jalocha**, lekarz rodzinny w Sępólnie Krajeńskim, właściciel NZOZ-u, wykładowca w ośrodku kształcenia lekarzy rodzinnych w Bydgoszczy, prezes Zarządu Wojewódzkiego KLRwP mówi o spadku zainteresowania medycyną rodzinną:

– Województwo kujawsko-pomorskie nie było pierwsze we wprowadzaniu instytucji lekarza rodzinnego i jego kształceniu w sposób zorganizowany. Ale w pewnym momencie dogoniliśmy „czołówkę” i obecnie mamy dużą grupę lekarzy rodzinnych pracujących w swoich praktykach. Jest nas ok. 250-300. Część z nas, obok pracy w praktykach, ma także inne zajęcia: zarządzanie zakładami, kształcenie młodszych kolegów. Ja do nich należę. W tej chwili jesteśmy strukturalnie przygotowani do tego, żeby rocznie kształcić 100-150 lekarzy na zasadzie rezydentur. To jest liczba odpowiadająca zapotrzebowaniu w naszym województwie. Ale obserwujemy coraz mniejsze zainteresowania tą dziedziną ze strony młodych lekarzy po LEP-ie.

Po ostatnich rozmowach kwalifikacyjnych zaledwie połowa proponowanych miejsc została zajęta. A kilka lat temu odbywały się egzaminy, w czasie których trzeba było wybierać najlepszego z 2-3 kandydatów na jedno miejsce. Młodzi lekarze nie są chętni do rozpoczynania tak trudnej specjalizacji. Decydują się na inne, być może łatwiejsze specjalizacje, albo myślą o wyjeździe z kraju.

Po zrobieniu innej nie trzeba zakładać własnego biznesu, można zatrudnić się w publicznym lub prywatnym zakładzie opieki zdrowotnej, można znaleźć pracę za granicą. Lekarz rodzinny musi sam zbudować warsztat pracy, już w czasie nauki powinien o tym pomyśleć, nikt mu w tym nie pomoże: ani bank, ani wojewoda, ani lekarz wojewódzki. Lekarz rodzinny lokuje się przy pacjencie, nie może zmieniać miejsca pracy co kilka miesięcy. Aby stworzyć listę pacjentów, pracuje się miesiącami, a bywa, że i latami.

Włodzimierz Boltruczuk, lekarz rodzinny z woj. podlaskiego zastanawia się nad przyczynami spadku zainteresowania specjalizacją z medycyny rodzinnej:

– Powodów takiego stanu rzeczy należy szukać nie tylko w trudnościach związanych z założeniem i prowadzeniem praktyki. Na początku, przez 2 lata lekarz rodzinny pełnił wyznaczoną mu rolę, miał duże kompetencje. Zanosilo się na to, że jego ranga w systemie będzie wysoka. Tymczasem stało się odwrotnie – nasze znaczenie maleje. Dziś NFZ daje nam znacznie węższe kompetencje. Nie możemy wykonywać badań podstawowych, np. w chorobach układu krążenia, naczyniowego, endokrynologicznego. Obciążamy tym specjalistów. Mniejsze kompetencje, to mniejszy zakres wykonywanych świadczeń, to także mniejsze pieniądze. Rosną co najwyżej obowiązki związane ze sprawozdawczością.

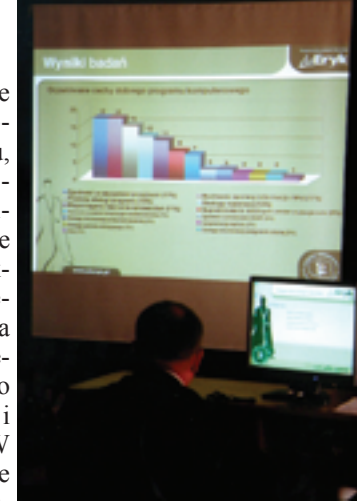
Dzisiejsze regulacje nie sprzyjają lekarzowi rodzinemu i temu, by mógł funkcjonować w sposób właściwy. Dotyczy to przede wszystkim jego funkcji *gatekipera*. Żadnego systemu nie stać na to, aby pacjent miał nieograniczony dostęp do wszystkich placówek i świadczeń systemu. W Polsce stosujemy takie rozwiązanie. W praktyce jedno skierowanie otwiera pacjentowi drogę do nieograniczonej liczby świadczeń specjalistycznych.

Prof. **Rafał Niżankowski**, członek honorowy Kolegium, współtwórca założeń modelu medycyny rodzinnej w Polsce, patrzy na dzisiejszą sytuację z perspektywy kilkunastu lat:

– Udało się stworzyć środowisko, które w tej chwili jest w stanie donośnym, tubalnym głosem domagać się swoich praw i walczyć o tę sferę medycyny. Nie udało się niestety wprowadzić fundamentalnych zasad funkcjonowania medycyny rodzinnej do całego systemu ochrony zdrowia. Na początku lat dziewięćdziesiątych z Markiem Balickim, Adamem Windakiem i Tomaszem Tomasiakiem opracowaliśmy dokument, który zawierał strategię dojścia do takiego stanu. Odbyło się to jednak w sytuacji, gdy zmieniało się kierownictwo MZ. Nowe, zaniepokojone faktem, że ktoś poza nim próbuje tym się zajmować, pospiesznie opracowało własną – zupełnie odmienną koncepcję, która utrzymywała stare rozwiązania typu lekarza rejonowego. W efekcie nie wrócono do naszej wersji.

Przez lata obserwowałem jak z pierwotnie przyjętego zakresu kompetencji lekarza rodzinnego zabierano poszczególne elementy i przenoszono do specjalisty. Na razie wygrała postawa: nic nie ruszamy, róbmy tak, jak ludzie chcą. Dlatego specjaliści są przeciążeni bzdurnymi zadaniami, a kolejki w niektórych dziedzinach i regionach wynoszą 6 miesięcy.

Uważam, że należy wrócić do naszej koncepcji. Mieliśmy doświadczenia i pozytywne oceny, np. w zachodniopomorskim przez krótki okres funkcjonował *fund holding* i przyniósł korzystne efekty, co udowodniono w trakcie badań. Ustalał on dobre relacje między lekarzem rodzinnym a specjalistą. Obecnie nie istnieje możliwość uzyskania konsultacji specjalisty przez lekarza rodzinnego. W naszym założeniu lekarz rodzinny nie miał być omnibusem, który leczy



wszystkie choroby, ale przy właściwym funkcjonowaniu zakładałbyśmy, że powstanie mechanizm dobrego podziału zadań między nim a specjalistą. Trzeba stworzyć zachęty do realizowania takiego modelu, a także pracować nad zmianą mentalności społeczeństwa w zakresie korzystania ze świadczeń medycznych.

Dr **Zbigniew J. Król**, lekarz rodzinny z Krakowa, mówi o aktywności członków Kolegium na forum międzynarodowym:

– Jesteśmy organizacją stowarzyszoną w Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych Region Europejski (WONCA-Europe). Każdy kontynent ma swój oddział. Do niedawna najmniejszą aktywność przejawiał oddział afrykański, ale po kongresie w Południowej Afryce i on bardzo się ożywił. Dzięki tej organizacji znamy osiągnięcia naszych członków w najodleglejszych miejscowościach świata – pełna globalizacja.

W ramach WONCA pracuje kilka sieci – organizacji skupiających lekarzy zainteresowanych różnymi dziedzinami, np. profilaktyką i promocją zdrowia zajmuje się EUROPREV, nauczycieli medycyny rodzinnej skupia EURACT, a osoby zainteresowane poprawą jakości i akredytacją praktyk medycyny rodzinnej EQUIP. W tej właśnie sieci działam wraz z dr. Tomaszem Tomasiakiem. Dwa razy w roku odbywają się spotkania (w ubiegłym jedno było w Krakowie), w trakcie których powstają projekty, np. ustalające wskaźniki jakości w podstawowej opiece zdrowotnej, pozwalające na wewnętrzną ocenę naszej pracy, czy też projekty badawcze dotyczące satysfakcji pacjenta.

Kolegium uczestniczy w większości działań wszystkich agend WONCA. Ostatnio poproszono nas o znalezienie 10 lekarzy rodzinnych ze znajomością angielskiego w celu przeprowadzenia badań ankietowych sytuacji praktyk.

Dokonania Kolegium to m.in. opracowanie klinicznych wytycznych postępowania w poszczególnych dziedzinach (od 1998 r.), zorganizowanie szkoły tutorów lekarzy rodzinnych (od 2000 r.), wydanie dwóch podręczników poświęconych jakości usług lekarzy rodzinnych. Teraz pracujemy nad akredytacją praktyk. Choć ten pomysł nie wszyscy akceptują, dla nas jest jednak sprawą prestiżową. Także badania związane z kształceniem ustawicznym są waż-

ne, gdyż na tej podstawie mamy rozpoznanie w poziomie wiedzy i umiejętności lekarzy. Nasze punkty za kształcenie ustawiczne korelują z systemem stworzonym przez samorząd lekarski, mamy akredytację na określone szkolenia.

Jerzy Miller, prezes NFZ, w swoim oficjalnym wystąpieniu powiedział, że Fundusz dysponuje dokładnymi informacjami o wszystkich świadczeniach medycznych w Polsce, z wyjątkiem świadczeń lekarzy rodzinnych. W jego zbiorach nie ma dat i liczby wizyt (w wyniku kontraktowania usług podstawowej opieki zdrowotnej na zasadzie stawki kapitałowej, a nie za liczbę wizyt). Ten stan musi się zmienić, choć lekarz rodzinny nie może być obciążony kolejnymi zadaniami biurokratycznymi. Dokumentacja lekarska powinna być tworzona w takim systemie, aby była czytelna także dla płatnika. Prezes podkreślił też, że NFZ jest niezadowolony z otwartej bramy systemu i z tego, że lekarz POZ nie pełni funkcji *gatekipera*. Część specjalistów również wolałaby konsultować tylko konieczne przypadki, a nie wypisywać recepty.

Status lekarza rodzinnego to nie tylko zadeklarowanie prawne, ale kwestia naszej mentalności i przyzwyczaję. A na ich zmianę potrzeba czasu. Musimy nabrać zaufania – zdaniem prezesa Millera – że w ramach systemu lekarz rodzinny nie może być tracącym z naszych uprawnień do pełnych świadczeń zdrowotnych.

Małgorzata Skarbek
fot. Małgorzata Wojciechowska



Niespokojnie w bastionie socjalizmu

7 czerwca br. w Sejmie odbyła się – przekładana kilka razy – debata o ochronie zdrowia. Rząd zapewniał, że wkrótce sytuacja się poprawi. Przedstawił dziesięć propozycji zmian, znanych odtąd jako plan Religi.

Opozycja narzekała, że są to ogólne, a nie już gotowe projekty ustaw. Rzecznik Praw Obywatelskich mówił, że lekarze na użytek prywatny korzystają z państwowych placówek i państwowego sprzętu, a pacjent jest w tym systemie często statystycznym dodatkiem. „Służba zdrowia jest bastionem socjalizmu, bynajmniej nie za sprawą lekarzy i pielęgniarek, ani ich związków zawodowych.” – komentowała nazajutrz Małgorzata Siołcka w „Rzeczpospolitej”. W debacie zabra-

ło głos kilkudziesięciu posłów. Stenogram jest dostępny na stronach internetowych „Gazety Lekarskiej”. Oto fragmenty niektórych wystąpień:

Minister zdrowia Zbigniew Religa:

– Niestety, musimy z pokorą przyjąć fakt, że ochrona zdrowia w Polsce nie zaspokaja w należyty sposób potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i nie odpowiada jego oczekiwaniom. Jest wiele nabrzmiałych problemów, które nie są rozwiązywane. Jednym z nich jest problem zbyt niskich płac pracowników służby zdrowia. (...) Słuszne stawianie wysokich wymagań wobec pracowników medycznych powinno iść w parze z należytym ich wynagradzaniem za ciężką pracę. (...) Niezadowoleni z ochrony zdrowia są nie tylko jej pracownicy, ale przede wszystkim pacjenci. Dostęp do wielu drogich procedur terapeutycznych jest skrajnie utrudniony. Dla wielu niejasne są zasady przyjmowania chorych do szpitali. Udział prywatnych pieniędzy przeznaczanych na leczenie jest coraz większy. Są one wydawane w sposób formalny, a więc na przykład na leki i na badania diagnostyczne czy też na leczenie w zakładach prywatnych. Prywatne pieniądze są, niestety, również wydawane w sposób nieformalny i znajdują się w tzw. szarej strefie. Precyzyjne określenie wielkości tego zjawiska jest ze zrozumiałych względów niemożliwe. Niektóre szacunki mówią nawet o kilku miliardach złotych. Niestety działania o charakterze korupcyjnym wśród części lekarzy, aptekarzy i w przypadku niektórych firm farmaceutycznych są faktem potwierdzonym.

Ten czarny obraz ochrony zdrowia w Polsce zmusza nas do postawienia pytania o to, jaka jest zasadnicza przyczyna jej złego funkcjonowania. (...) Do roku 1999 istniał system stworzony w PRL, w którym jedynym organizatorem opieki zdrowotnej była administracja państwowa. Państwo było właścicielem zakładów opieki zdrowotnej i jednocześnie

jedynym płatnikiem. Wszystkie decyzje odnoszące się do tej sfery życia zapadały centralnie, na poziomie rządu.

Finansowanie działań medycznych pochodziło z budżetu państwa i było ściśle uzależnione od decyzji politycznych.

Przejdźmy od naszych sąsiadów rozwałkę i rozsądek. Odrzućmy chęć wprowadzenia nagłych i rewolucyjnych zmian dla zdobycia szybkiego sukcesu. Opieka zdrowotna jest tak delikatną i wrażliwą materią, że tego typu działania są dla niej po prostu szkodliwe. Naprawiamy nasz system, nie robimy jednak kolejnej rewolucji.

Wicepremier Zyta Gilowska

– Wydaje się – osobiście jestem co do tego pewna – iż tak olbrzymi zastrzyk finansowy, jaki jest przewidziany na realizację tego programu, jest wystarczający. Mniej więcej za rok od dzisiaj będziemy mieli pierwsze, konkretne zestawienie wykazu procedur i świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej, które muszą być finansowane ze środków publicznych. Na to na pewno pieniędzy nie zabraknie.

Po pierwsze, mamy na szczęście i spodziewamy się dalszego wzrostu gospodarczego, co sprawia, że rosną wynagrodzenia, rośnie podstawa, od której oblicza się składkę, w związku z tym rosną również składki. To jest źródło główne i najbardziej krzepiące. Po drugie, na mocy przewidzianych wcześniej zasad składka zdrowotna wzrośnie o kolejną część, o ćwierć punktu procentowego. I wreszcie, po trzecie – to jest niespodzianka, ale mamy prawo uwzględnić skutki naszych zamiarów w jednych dziedzinach przenoszone na inne dziedziny – zamiary rządu zmniejszenia obciążenia wynagrodzeń składkami tzw. ZUS-owskimi sprawią, iż zwiększy się podstawa obliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne, w rezultacie zwiększą się wpływy do NFZ tylko z tego tytułu o ponad jeden miliard. Mówiąc wprost: przyrost publicznych środków

finansowych do systemu na kwotę ponad 5 mld zł w połowie będzie finansowany – pośrednio bądź bezpośrednio – z budżetu państwa. Takie są fakty.

Rzecznik praw obywatelskich Janusz Kochanowski:

– Jesteśmy ciągle w okresie przejściowym pomiędzy socjalistyczną służbą zdrowia a rynkową opieką zdrowotną. Ciągłe systemowo bliżej tej pierwszej, ale odczuwamy wszystkie wady tej drugiej. Polska medycyna pozostaje jedną z niewielu enklaw realnego socjalizmu. Podejmowane cząstkowe próby jej urynkwienia nie przyniosły, jak dotąd, zaskakujących na uwagę rezultatów. Bo przecież nie można określić jako normalnej sytuacji, w której pacjent, osoba płacąca składki na ubezpieczenie zdrowotne nie wie, jaki pakiet świadczeń medycznych ma zagwarantowany, w jakim standardzie oraz kto i w jakim terminie powinien je wykonać. Polska opieka zdrowotna jest niewydolna, zbiurokratyzowana, przeżarta korupcją i zawłaszczona przez quasi-feudalny system, który pozwala pracować na użytek prywatny w państwowych placówkach i na państwowym sprzęcie. Pacjent jest w tym systemie często statystycznym dodatkiem. Rozumiem oczywiście desperację nisko opłacanych lekarzy i pielęgniarek, którzy są na równi z pacjentami ofiarami tego patologicznego systemu, ale jako rzecznik praw obywatelskich nie mogę zaakceptować akcji protestacyjnych polegających na odejściu lekarza czy pielęgniarki od łóżka chorego czy odmowie udzielenia świadczenia zdrowotnego oczekiwanego przez pacjenta. Czynienie z pacjentów swego rodzaju zakładników mających zagwarantować spełnienie przez rząd postulatów strajkujących lekarzy jest nadużyciem, szczególnie jeśli dochodzi do sytuacji, gdy takimi zakładnikami są mali pacjenci szpitali pediatrycznych.

Oczywiście, także środowiska medyczne mają, po spełnieniu określonych wymagań formalnych, prawo do strajku, ale także my, jako społeczeństwo i płatnicy składek ubezpieczeń zdrowotnych, czyli klienci, mamy prawo oczekiwać, że nie przekroczą one dopuszczalnych granic. Przypomnę, że na każdym z nas spoczywa obowiązek ratowania życia i zdrowia człowieka znajdującego się w bezpośrednim niebezpieczeństwie. Nie może być z obowiązku tego zwolniony lekarz, nawet jeśli akurat strajkuje. Niezależnie od winy systemu środowiska medyczne dość wyraźnie nie radzą sobie z dręczącymi je patologiami.

Nie potrafia zwalczać korupcji we własnych szeregach, reagować skutecznie na przypadki nadużywania alkoholu przez pracowników służby zdrowia, ograniczać przypadków wykorzystywania państwowych placówek i ich sprzętu do prowadzenia prywatnych praktyk ani wymuszać podnoszenia kwalifikacji. Także działalność wewnętrznej sądownictwa korporacyjnego nie wydaje się skutecznie przeciwdziałać patologiom i nie chroni wystarczająco ofiar błędów lekarskich.

Uprawnienia te powinien przejąć ten, kto płaci za pracę lekarzy, by przynajmniej za publiczne pieniądze zatrudniał tylko tych, których umiejętności zawodowe i kwalifikacje moralne odpowiadają wysokiemu poziomowi społecznych oczekiwań. Zmiana systemu opieki zdrowotnej musi wiązać się z przejęciem znacznej części dotychczasowych uprawnień izb lekarskich przez reprezentanta płatników składek zdrowotnych, czyli NFZ. We współczesnym świecie korporacje zawodowe nie mogą być dłużej sędziami we własnych sprawach.

Małgorzata Stryjska (PiS):

– Ten rząd jest pierwszy od czasu przemian ustrojowych w 1989 r., który mówi o wzroście nakładów na ochronę zdrowia. Niezrozumiałe jest więc to, dlaczego właśnie ten rząd ma takie kłopoty, dlaczego właśnie tego rządu dotyczą protesty lekarzy. Gdy w 2002 r. za rządów SLD znacznie zmniejszono składki wpłacane z budżetu państwa za niektóre osoby, co obniżyło dopływ pieniędzy do systemu, jakoś nikt wtedy nie protestował. (...) Co robiły inne rządy w tej dziedzinie, że doprowadzono do takiej sytuacji, z jaką musimy się w tej chwili zmierzyć? Dlaczego nikomu nie przeszkadzał brak proporcjonalnego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia przy rosnącym PKB?

Migracje personelu medycznego to kolejny problem. Zainteresowani wyjazdem za granicę są głównie lekarze, szczególnie anestezjologowie, chirurdzy plastyczni, torakochirurdzy oraz pielęgniarki. Działania na rzecz zatrzymania w kraju nie mogą przybierać formy przymusu. Do pozostania w kraju trzeba zachęcać poprzez możliwości satysfakcjonującego rozwoju zawodowego, uławiania w specjalizowaniu się oraz poprzez zachęty ekonomiczne – i w tym kierunku zmierza rząd. (...) Utworzenie sieci pozwoli na poprawę efektywności wykorzystania publicznych środków finansowych, zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych wy-



Religa o swoim programie: zwiększy się dostęp do usług medycznych, podniesione zostaną standardy leczenia, nastąpi bardzo istotne wzmocnienie sektora publicznego, zapali się zielone światło dla medycyny prywatnej. Te dwa sektory muszą funkcjonować obok siebie.

fol. Marek Stankiewicz

sokiej jakości oraz racjonalizację rozmieszczenia szpitali w Polsce. Gdyby nie Prawo i Sprawiedliwość, dzisiaj nie byłoby szpitali publicznych, byłyby to spółki użyteczności publicznej, takie dziwolagi prawne, byłyby szpitale prywatne, byłyby szpitale w upadłości i szpitale w likwidacji.

Ewa Kopacz (PO):

– Po siedmiu miesiącach mamy całkowity brak powiązania obietnic sfałszowanych przez rząd z ich praktyczną realizacją. W hojności i bogactwie rzucanych obietnic ten rząd nie ma sobie równych. Gdyby obietnice te stały się ciałem, powinniśmy wszyscy być młodzi, zdrowi i bogaci.

Miała być szybka i radykalna poprawa systemu. Nawet ta doraźna, przed tą zaplanowaną zasadniczą reformą, jak się okazało, na dalszą przyszłość, ta zapowiedziana mała reforma miała zwiększyć kontrolę ministra nad NFZ. Miała zwiększyć się dostępność do specjalistów, miały zmniejszyć się kolejki do szpitali. Pracownikom ochrony zdrowia miał poprawić się ich byt. A jak jest naprawdę? Zakłęcia wypowiedziane nad łóżkiem pacjenta przypominają bar-

ciąg dalszy na str. 18

Niespokojnie w bastionie socjalizmu

ciąg dalszy ze str. 17

dziej zaklinanie szamanów niż nowocześniejszą diagnozę i terapię. Ale oddajmy sprawiedliwość rządowi, któremu też coś się udało. Otóż udało się niewątpliwie skłócić lekarzy z placówek publicznych i niepublicznych, tym pierwszym oferując podwyżki. Udało się nadwątlić zaufanie pacjenta do lekarza, dezawuuując ich swoimi wypowiedziami w trakcie strajków.

Nie oczekujcie zbyt wiele ani po tej debacie, ani po tym rządzie. Jednego możecie być pewni: ten rząd niewątpliwie w ochronie zdrowia zrealizuje swoją zapowiedź taniego państwa. Tanie państwo w ochronie zdrowia to znaczy marnie opłaceni lekarze i pielęgniarzy, tanie procedury, słowem, placebo zamiast antybiotyku.

Zbigniew Podraza (SLD):

– Dziś to są tylko słowa, słowa i obietnice. (...) Rozumiem aplauz posłów PIS-u, kiedy minister zdrowia mówił o tym, że nie rozwiąże jednak NFZ. Być może w niedługim czasie wkroczy ponownie z kamaszami w problemy ochrony zdrowia nadminister zdrowia Ludwik Dorn, bo przecież akcje strajkowe nadal trwają. A być może również w niedługim czasie usłyszymy od prezesa Jarosława Kaczyńskiego, że obok Ministerstwa Spraw Zagranicznych PiS odzyskało również Ministerstwo Zdrowia. Trzeba uważać, panie profesorze.

Czy to więc nie brak realizacji obietnic przedwyborczych, zwłaszcza składanych środowiskom medycznym, jest jedną z przyczyn wzrostu napięć i konfliktów w służbie zdrowia? Dzisiejsza debata nie pozwoli uporać się z problemami mającymi istotny wpływ na rozwiązania systemowe, wręcz przeciwnie, po raz kolejny będzie jedynie próbą zażegnania bieżących konfliktów.

Marek Kotlinowski (LPR):

– Co mi się podobało w wystąpieniu pana ministra? To, że jest otwarty na dialog i każdy pomysł, również Platformy Obywatelskiej. (...) Jesteśmy za tym, żeby w Unii Europejskiej pod-

nieść problem podatku VAT na usługi medyczne. Dzisiaj usługi medyczne są zwolnione z VAT. Być może należy podjąć działania, aby były obłożone stawką zerową, tak by w służbie zdrowia można było korzystać z pełnych odpisów.

Wydatki na służbę zdrowia to nie obciążenie, to inwestycja w nasze zdrowie, naszych dzieci i przyszłych pokoleń. To inwestycja, która się będzie zwracała. Nie patrzmy na to w układzie kosztowym, na to, że to obciąża budżet państwa. Te pieniądze muszą się znaleźć. Dobrze by było, gdyby pojawiła się tu refleksja na temat makroekonomii, abyśmy nie byli bardzo gorliwi przy wdrażaniu zasad konwergencji, przy krępowaniu polskiego budżetu, tylko jasno mówili w Unii Europejskiej: Polska jest w sytuacji szczególnej. Służba zdrowia jest w sytuacji kryzysowej. Być może chwilowo należy zwiększyć wydatki, aby wyjść z zapaści.

Aleksander Supliński (PSL):

– Przypomina się, szczególnie lekarzom, o etyce zawodowej. A czy jest etyczne, że zarobki pracowników ochrony zdrowia są skandalicznie niskie? A czy jest etyczne, że na profilaktykę rocznie na jednego obywatela według prof. Zatońskiego wydajemy kilka groszy? A czy jest etyczne, że Polska znajduje się na ostatnim miejscu pod względem przeżycia ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, że zagrożenie życia mieszkańców Polski przedwczesnymi zgonami z powodu choroby układu krążenia jest ponad 80% większe niż przeciętnie dla mieszkańców całej Unii Europejskiej? Czy jest to etyczne? (...) Poza tym również trzeba zalegalizować i ucywilizować ewentualne współpłacenie, to co i tak już się dzieje, a nie aresztować lekarzy bezpośrednio na sali operacyjnej.

Przemysław Andrejuk (LPR):

– Te 10 punktów, które mają naprawić stan polskiej służby zdrowia, to pewna oferta polityczna i programowa. Oferty się przyjmuje bądź odrzuca. Nikt nie stwierdza, że coś jest uniwersalne, nad ofertami się dyskutuje, rozważa się, czy więcej w nich jest dobrego, czy złego. Cieszę się, że wreszcie takie oferty się pojawiały. Ja osobiście mam dosyć poważny dylemat, narasta on szczególnie w ostatnich tygodniach. Bo jedna moja noga to wielka sympatia ze środowiskiem medycznym, do którego całkiem niedawno, po ukoń-

czeniu studiów, się dostałem, pracując jako młody lekarz, a z drugiej strony jestem parlamentarzystą, a tym bardziej od kilku tygodni – wyraźnej koalicji. I te nogi się ostatnio troszeczkę rozjeżdżają. Natomiast takim oświecającym kubłem wody było to, że wiele ugrupowań politycznych po raz kolejny potraktowało ten temat z doktrynerskim uporem jako trampolinę polityczną do wybicia się w sondażach.

Krzysztof Szyga (poseł niezależny):

– Wieloletnie patologie drażące środowisko medyczne powodują, że pacjenci dzisiaj opowiadają historie o tym, że na targach odzieżowych fartuchy lekarskie poznaje się po największych kieszeniach, a staruszka przychodząca do lekarza na pytanie, do której przyjmuje dr Kowalski, słyszy odpowiedź: dzisiaj do lewej. Przepraszam wszystkich doktorów Kowalskich.

Tomasz Latos (PiS):

– Dziś są ogromne dysproporcje zarobków, gdy obok lekarza pracującego np. za 1500 zł inny pracuje za kwotę kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt razy wyższą. Nie ukrywam, że w takich sytuacjach brakuje mi większego zainteresowania i skutecznego działania izb lekarskich obowiązkowo zrzeszających całą korporację zawodową. Trzeba zatem nie tylko zwiększyć nakłady na służbę zdrowia, ale i uporządkować system. Uporządkować, jasno wskazując, jakimi kanałami pieniądze z systemu wyciekają, podejmując stosowne środki zaradcze.

(...) Warto pomyśleć o ułatwieniu młodym lekarzom dostępu do specjalizacji. Obecna mała liczba miejsc uniemożliwia wielu absolwentom dalszą edukację i zdobycie wymarzonej specjalizacji. Trzeba to koniecznie zmienić i dać im tę szansę. Apeluję z tego miejsca również do izby lekarskiej, aby podjęła działania w tej sprawie.

Ewa Więckowska (PO):

– Istnieje szereg przyczyn zadłużania się szpitali. Do najpoważniejszych należy systemowy błąd, nadający taką formułę prawną samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, która jest dzisiaj zupełnym przeżytkiem. Dlatego niezbędna jest zmiana statusu zakładu opieki zdrowotnej, prowadząca do przekształcenia zakładu publicznego w spółkę, twór znany, mający dobrze opisane

uwarunkowania prawne, funkcjonujący zgodnie z jasno określonymi regułami. Zakłady muszą mieć większą autonomię, muszą mieć możliwości podejmowania decyzji odpowiedzialnych i niezależnych. (...) Kluczowym elementem bardzo złej kondycji sektora publicznego ochrony zdrowia jest przekonanie, że realizowanie misji państwa wobec społeczeństwa jest sprzeczne z zasadami obrotu gospodarczego. Skutki takiego myślenia od lat powodują, że rachunek ekonomiczny nie jest respektowany. Szpitale zadłużają się, a podmioty, które w sektorze gospodarki byłyby bankrutami, kolejny raz będą oddłużane. W ostatnich latach szpitale już kilkakrotnie były oddłużane i działania te w żaden sposób nie spowodowały zahamowania ponownego zadłużania się, natomiast działały w systemie niezwykle demoralizująco, dawały przyzwolenie na niegospodarność oraz powodowały brak poszanowania dla wydatkowania publicznych pieniędzy. Ten sposób myślenia od lat utrwała patologiczny układ feudalny wewnątrz środowiska medycznego, który jednocześnie promuje dotychczas działający, chory system sektora zdrowia. Dlatego dopóki nie zostaną wdrożone konkretne rozwiązania systemowe, dopóty szpitale będą się zadłużały.

Marian Daszyk (Narodowe Koło Parlamentarne):

– Jak pan minister zamierza rozwiązać problem rozporządzenia z lipca 2005 r., wynikającego z tzw. wymogów Unii Europejskiej, które zobowiązuje szpitale do spełnienia wymogów bardzo kosztownych, a których część jest wręcz absurdalna, np. obowiązkowa szerokość i wysokość korytarza w szpitalu, obowiązkowa odległość kaloryfera od ściany i okna z dokładnością do 1 cm, specjalne drzwi z obowiązkowym prześwitem? Znam szpital nowo wybudowany, w którym środki finansowe potrzebne do spełnienia tych wymogów równają się wartości księgowej szpitala. Doprowadzi to też do likwidacji wielu wiejskich ośrodków zdrowia. Czy my musimy egzekwować takie wymogi?

Andrzej Sośnierz (PiS):

– Ostatnich kilka lat rządów lewicy to okres systematycznego burzenia tego, co z trudem udało się wcześniej zbudować. Zniszczono raczkujący system zdecentralizowanych ubezpieczeń zdrowotnych, zastępując go monstrem, czy-

li NFZ. Zniszczono z trudem budowane mechanizmy konkurencji, zastępując je wolą polityczną i dzieleniem pieniędzy po uważaniu, zahamowano RUM, bo budowali go nie ci, którzy według woli politycznej powinni go byli budować. Całe to dzieło zniszczenia zostało podjęte tylko po to, aby scentralizować pieniądze i dzielić go zgodnie z wolą polityczną. I taki odziedziczony po poprzednikach krajobraz po bitwie przychodzi nam w tej chwili porządkować i naprawiać.

Rafał Suchacki (PO):

– Są ograniczenia w specjalizacji lekarzy. A jeżeli lekarz chce się kształcić, to trzeba mu to po prostu umożliwić, niech się kształci, a środowisko wybierze lepszego czy gorszego specjalistę. Musimy pamiętać o tym, że obecnie polski lekarz w wieku 50 lat, jeżeli zliczyć by jego czas pracy, często już trzykrotnie osiągnął wiek emerytalny. Wynika z tego, że w Europie mamy najniższy średni wiek życia lekarzy zwłaszcza w dyscyplinach zabiegowych, czyli najczęściej są to chirurdzy. Proszę państwa, no i czy stać nas na to, żeby 50-letni lekarze, czy też młodszy, umierali?

Jan Łączny (Samoobrona):

– Myślę, że zapotrzebowanie na lekarzy w krajach zamożnych będzie z roku na rok większe i będą składane coraz atrakcyjniejsze oferty. Czy nie należałoby, panie ministrze, rozważyć sposób transferowy? Wyjeżdżasz, proszę bardzo, tyle kosztowałeś tutaj, taki był koszt wykształcenia ciebie, wyjeżdżasz do danej placówki służby zdrowia w Holandii, w Niemczech – niech płacą. Tak jak to jest w klubach piłkarskich czy w innych dyscyplinach sportowych – zawodnik tyle i tyle kosztuje, klub płaci tyle i tyle. Rozumiem, obowiązują ustawą Unii Europejskiej o swobodnym przepływie kapitału i usług, ale odważmy się i postawmy ten warunek, bo pieniądze idące na kształcenie lekarzy, którzy wyjeżdżają, są tak ogromne, że moglibyśmy służbę zdrowia naprawę w dużo lepszej pozycji ustawić.

Damian Raczkowski (PO):

– W niektórych województwach odczuwa się dotkliwy brak lekarzy niektórych specjalności. Stan ten pogłębia się niemalże z dnia na dzień, a większość

dokończenie na str. 20

Niespokojnie w bastionie socjalizmu

dokończenie ze str. 19

młodych lekarzy ma już sprecyzowane plany pracy na przyszłość. Niektórzy już posiadają rezerwy stanowisk pracy w szpitalach szwedzkich, francuskich czy angielskich, a umowy te bez ogródek określają, iż po zakończeniu stażu czy specjalizacji lekarz otrzymuje etat w konkretnym szpitalu w Europie Zachodniej i konkretne pieniądze. Te projekty zmian, o których mówił pan minister, kreślą dwu-, trzyletnią perspektywę poprawy sytuacji materialnej lekarzy. Bo według mojej opinii tyle czasu nie mamy. Uważam, że potrzebne są natychmiastowe rozwiązania prawne. Przede wszystkim należałoby przygotować listę lekarzy o specjalizacjach szczególnie pożądanym. Niezbędne jest też stałe monitorowanie zatrudnienia lekarzy poszczególnych specjalności w placówkach służby zdrowia na terenie całej Polski. Poza tym NFZ winien zostać zobowiązany do wprowadzenia mechanizmów finansowych, które by ułatwiały dyrektorom szpitali odpowiednie motywowanie finansowe wybranych specjalności.

Jerzy Miller (NFZ):

– Fundusz uchodzi za biurokrata, bo od czasu do czasu stwierdza niezręczność, w związku z czym zacieśnia, uszczelnia, ale to kosztuje powstanie pewnego sporu. Nikt nie lubi, jak mu się wyciąga to, że nie do końca mówił prawdę. Posłużę się takim nieścisłym sformułowaniem. W związku z tym za-

Koledze
ANDRZEJOWI CIOŁKO
oraz jego ŻONIE
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci
CÓRKI
składa Zarząd Krajowy
Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Lekarzy
W takiej chwili trudno
o słowa pociechy,
wiedźcie jednak,
że jesteśmy z Wami.

Drogiemu Koledze
Przewodniczącemu
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Lublinie,
dr. ANDRZEJOWI CIOŁKO
wyrazy najserdeczniejszego współczucia
z powodu śmierci
CÓRKI
składają
Prezes i członkowie
Naczelnej Rady Lekarskiej
oraz zespół redakcyjny
„Gazety Lekarskiej”

Koledze
ANDRZEJOWI CIOŁKO
Przewodniczącemu
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Lublinie
wyrazy
szczerego współczucia
z powodu śmierci
CÓRKI KASI
składają
Andrzej Włodarczyk
i Okręgowa Rada Lekarska
w Warszawie

praszam państwa do spojrzenia na swój rekord, bo w większości państwo nie są lekarzami, dlatego żadnego innego rekordu nie pokażę, żeby można było się przekonać, czy mówię prawdę, że system informacji o służbie zdrowia istnieje. Proszę nie używać skrótu myślowego, że rejestr usług medycznych to jest karta. Można funkcjonować bez karty i mieć system, i można mieć kartę i nie mieć żadnego systemu. (...) Mówią państwo o wydłużających się kolejkach do lekarza. Prawda jest taka, że jeszcze rok temu w ogóle nie wiedzieliśmy, jak długie są te kolejki, ponieważ nie było systemu informującego o długości oczekiwania i o liczbie oczekujących. Dopiero rok temu zaczęliśmy ten system tworzyć. Z naszej obserwacji wynika, że mniej osób trafia do szpitala, ponieważ nie dostały się do specjalisty w ramach leczenia otwartego, co świadczy o tym, że jednak kolejka jest krótsza, bo inaczej byłoby leczenie tą starą, utartą metodą, byłoby niepotrzebnie hospitalizowani. Następna rzecz. Ciągłe jeszcze obowiązuje dzisiaj niedoskonała statystyka, nieuwzględniająca PESEL, a w związku z tym ja, jako Jerzy Miller, mogę się wpisać do 4 okulistów i nikt nie powie, że jestem jeden, lecz będzie nas niby dziesięciu, będzie dziesięciu wirtualnych kolejkowiczów.

**Debatę komentuje
Krzysztof Bukiel**
przewodniczący ZK OZZL:

Debatę była tradycyjna. Po pierwsze – początek rządów nowej koalicji zdominowany jest przez temat reformy służby zdrowia. Po wtóre – przebieg parlamentarnej debaty jest za każdym razem bardzo podobny. Rząd mówi o historycznym przełomie, niepowtarzalnej okazji lub innych tego typu wydarzeniach, któ-

re radykalnie poprawią sytuację w ochronie zdrowia. Posłowie z koalicji rządzącej chwalą śmiało i zdecydowane propozycje rządu, krytykują zaniedbania poprzedników oraz proszą o cierpliwość pacjentów i pracowników medycznych. Opozycja bez pokrycia, operuje ogólnikami i uprawia propagandę sukcesu. To wszystko zaprawione jest cytatami z różnych statystycznych opracowań, przykładami z życia, dowcipami i różnymi populistycznymi hasłami „precz z dopłatami do leczenia” lub „ukrócić prywatę i korupcję wśród lekarzy”.

Tak było i tym razem. Tylko w niektórych wypowiedziach przebiła się jakaś merytoryczna myśl. Jedna posłanka zwróciła przytomnie uwagę, że wprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych oznacza zmniejszenie zakresu świadczeń bezpłatnych, trzeba zatem zastanowić się, co powinno być dostępne bezpłatnie, a co za dopłatą. Inna wskazała na niekonsekwencje w koncepcji tzw. sieci szpitali: jak pogodzić, że szpitale w sieci będą miały zapewnione finansowanie ze środków publicznych ze sprawiedliwą konkurencją między nimi?

Takich wątpliwości wobec programu Religi jest oczywiście dużo więcej. Jest też oczywiste, że ogromna większość posłów nie ma wiedzy, aby o tych wątpliwościach merytorycznie dyskutować. Myślę, że to akurat panu ministrowi wcale nie przeszkadza. Może bowiem uchodzić na ich tle za jedynego sprawiedliwego, który z troską i bez politycznych uprzedzeń nachyla się nad problemami polskiej służby zdrowia. Może nawet bez żadnych obaw apelować do posłów o merytoryczną dyskusję i konstruktywną krytykę jego programu. Mnie jednak zastanawia co innego. Dlaczego pan minister – tak gotowy na rzeczową polemikę – nie chce dyskutować o swoim projekcie z reprezentacją lekarzy?

Komunikaty rzecznika prasowego

Stanowiska

• 2.06.br. Prezydium NRL przyjęło stanowisko Nr 32/06/P/V w sprawie akcji protestacyjnej, w którym uznając propozycję rządu podniesienia nakładów na ochronę zdrowia za krok w dobrym kierunku wskazało jednocześnie, że nadal są to środki niewystarczające do zapewnienia obywatelom oczekiwanej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz oczekiwanych wynagrodzeń dla pracowników medycznych. Uznając protesty lekarzy za uzasadnione, Prezydium wyraziło sprzeciw wobec straszenia ich konsekwencjami w postaci zwolnień z pracy oraz prób usprawiedliwiania skandalicznie niskich zarobków w zakładach opieki zdrowotnej rzekomo wysokimi dochodami z pracy dodatkowej. Prezydium odniosło się również do nieprawdziwych i obraźliwych pomówień o zaplanowanie protestów przez przemysł farmaceutyczny.

• 22.06.br. NRL przyjęła stanowisko Nr 7/06/V w sprawie sytuacji w ochronie zdrowia, w którym wyraziła podziękowanie lekarzom za czynny udział w protestach środowisk medycznych. Rada przyjęła z zadowoleniem fakt, że konieczność zmian w ochronie zdrowia stała się jedną z najważniejszych spraw poruszanych przez media i polityków. W swoim stanowisku NRL odniosła się także do rządowych projektów zwiększenia wydatków państwa na ten cel w latach 2007-2009. Jednocześnie podtrzymała swoje wcześniejsze stanowiska dotyczące postulatu godnych wynagrodzeń dla lekarzy i lekarzy dentyстів oraz wzrostu publicznych nakładów na ochronę zdrowia do 6 % PKB.

Oba stanowiska zostały przesłane ministrowi zdrowia. Pełne teksty stanowisk na stronie www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/rzecznik

Aktualności

• 7.06.br. prezes NRL Konstanty Radziwiłł oraz wiceprezes NRL Andrzej Włodarczyk uczestniczyli w posiedzeniu sejmiku, na którym minister zdrowia przedstawił informację o sytuacji w ochronie zdrowia. Wcześniej marszałek sejmiku odmówił prośbie prezesa NRL o możliwość zabrania głosu w czasie debaty sejmowej.

• Dzięki wysiłkom prezesa NRL i innych członków NRL udało się przekonać rządzących do objęcia podwyżkami wszystkich pracowników ochrony zdrowia bez względu na miejsce i sposób zatrudnienia, czego efektem jest nowy projekt ustawy „podwyżkowej” autorstwa Klubu Parlamentarnego Prawa i Sprawiedliwości.

• Prezes NRL spotkał się z wicepremierem Andrzejem Lepperem oraz z klubami parlamentarnymi LPR, PSL i SLD. Tematem była sytuacja w ochronie zdrowia oraz postulaty protestujących lekarzy.

• Prezes NRL Konstanty Radziwiłł wysłał do ministra spraw wewnętrznych i administracji list, w którym zaprotestował przeciwko zwolnieniu dyscyplinarnemu dyrektora szpitala MSWiA w Łodzi Wojciecha Szrajbera.

• Z danych dotyczących liczby zaświadczeń wydanych lekarzom i lekarzom denty stom w okresie 1.05.2004-31.05.2006 w związku z ubieganiem się o uznanie kwalifikacji zawodowych w państwach UE wynika, że wydano łącznie 4801 zaświadczeń potwierdzających formalne kwalifikacje i zaświadczeń potwierdzających wykonywanie zawodu przez 3 lata z 5 dla lekarzy oraz 1528 dla lekarzy denty stomów.

Krajowy Komitet Porozumiewawczy na rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia

• 1 i 19.06.br. wiceprezes NRL Andrzej Włodarczyk uczestniczył w posiedzeniach Międzyresortowego Zespołu ds. Opracowania Zasad Zatrudniania i Wynagradzania w Ochronie Zdrowia. Celem Zespołu jest opracowanie i wdrożenie ponadzakładowego regulaminu wynagradzania i zasad zatrudniania w ochronie zdrowia.

• Do grona sygnatariuszy Komitetu dołączyli Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Związek Zawodowy Neonatologów.

Więcej na stronie:
www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/kkp

Ważne!

W związku z wejściem w życie nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej dotyczącej zakazu prowadzenia na terenie SPZOZ-u tzw. działalności konkurencyjnej, Zespół Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej informuje, że na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej lekarze wykonujący zawód w formie indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej lub grupowej praktyki lekarskiej nie mogą prowadzić działalności (konkurencyjnej) polegającej na udzielaniu takich samych świadczeń zdrowotnych, które są udzielane przez ten zakład, z wyjątkiem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii. Natomiast lekarze i lekarze dentyści wykonujący zawód w formie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej mogą w dalszym ciągu udzielać świadczeń w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zawartej z zakładem opieki zdrowotnej na podstawie art. 35 i 35a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Więcej na stronie:
<http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/aktualnosci>

opr. Zofia Ignatowicz
z.ignatowicz@hipokrates.org

Treść przysięgi wcale nie obliuguje lekarza do wykonywania zawodu za ochłap czy wręcz za darmo. Nawet Hipokrates nie odważył się na taki wygłup.



foto: Marek Stankiewicz

Hipokrates nie dla frajerów

Ryszard Kijak

Jeżeli jakiś wredny politruk chce pogrozić lekarzom pięścią i zagnać ich z powrotem na właściwe miejsce, to natychmiast wypomina im przysięgę Hipokratesa.

Ale i zaraz wylazi z niego totalny dyletant i kompletny bałwan. Bo jeśli się coś mówi, to trzeba wiedzieć, o czym. Warto więc przypomnieć treści owej sławetnej przysięgi, większości znanej ze słyszenia, a niewielu – z faktycznej treści.

Umowa z premierem Apollinem

Przysięgam Apollinowi lekarzowi, Eskulapowi, Hygiei i Panakei, wszystkim bogom i boginiom, biorąc ich na świadków, jako przysięgi tej i zobowiązań następujących dochowam ściśle według sił moich.

Mojego nauczyciela w sztuce lekarskiej na równi z rodzicem moim szano-

wać będę, moje mienie z nim podzielać, a w przypadku, czegokolwiek za potrzebuję, z wdzięcznym sercem dostarczać mu będę; dzieci jego za rodzonych braci uważać, a na żądanie uczyć je będę sztuki lekarskiej bez wynagrodzenia i bez jakiegokolwiek z ich strony zobowiązania.

Prawidła sztuki, wykład jej ustny i całą naukę właściwą wygłaszać będę moim synom, mojego nauczyciela synom i innym przysięgą lekarską związanym uczniom: oprócz tych nikomu więcej.

Sposób życia urządzać będę chorym dla ich dobra podług sił moich i zdolności, dalekim będąc od wszelkiego uszkodzenia i krzywdy wszelkiej. Nigdy nikomu, ani na żądanie, ani na prośby niczyje, nie podam trucizny, ani też nigdy takiego sam nie poweźmę zamiaru, jak również nie udzielię żadnej niewieście środka poronnego. W czystości i niewinności świętej zachowam życie moje i sztukę moją.

Do czyjegokolwiek domu wnijdę, celem wejścia mojego będzie jedynie dobro chorego, jako nigdy kierować mną nie będzie rozmyślnie bezprawie, ani występki, ani chęć lubieżna, bądź względem niewiasty, bądź względem mężczyzny, ani wolnych, ani niewolników.

Cokolwiek podczas pełnienia obowiązków zawodu mojego, a nawet poza obrębem czynności lekarskich, w życiu ludzkim zobaczyłbym lub posłyszał co rozgłaszane być nie potrzebuje, przechowam w milczeniu, nigdy nikomu nie wydając tego.

Jeżeli przysięgi tej dotrzymam w świętości i w niczym jej nie naruszę, oby mi wolno było w szczęśliwości i poważaniu wszystkich ludzi wieść życie po wsze czasy i błogich owoców sztuki mojej używać w obfitości; jeżeli naruszę przysięgę tę i stanę się wiarołomny, przeciwnej niech doznam doli.

Hipokrates z Kos (460-377 p.n.e.), „Historia medycyny” pod red. prof. dr. hab. med. Tadeusza Brzezińskiego, PZWL, Warszawa 1988, str. 57

Błogie owoce w obfitości

A zatem, w opracowanej przez siebie treści ślubowania, prof. dr hab. med. Hipokrates z Kos wyraźnie mówi o stosunku do nauczycieli, o zasadach dydaktyki, sztuki medycznej i etyki, o zachowaniu tajemnicy lekarskiej i wreszcie o wynagrodzeniu za taką czy inną postawę. Ani słowem nie wspomina zaś o jakiejś służbie, powołaniu, misji albo o innych dyrdymałach, które zostały stworzone znacznie później, w celu wymuszenia na lekarzach albo wręcz wyłudzenia od nich bezpłatnego lub też półdarmowego udzielania świadczeń medycznych.

Treść przysięgi wcale nie obliuguje lekarza do wykonywania zawodu za ochłap czy wręcz za darmo. Nawet Hipokrates nie odważył się na taki wygłup. Mówi natomiast o tym, że w zamian za dochowanie tych wszystkich, niemal zakonnych, zobowiązań, których medyk się podjął, ma on „w szczęśliwości wieść życie i błogich owoców sztuki swojej używać w obfitości”. I to jest właśnie pełny sens umowy, zawartej pomiędzy premierem Apollinem, reprezentowanym przez ministra zdrowia Hipokratesa z Kos, a świadczeniodawcą – medicusem, wykonującym usługi

zdrowotne. W zamian za rzetelne wypełnianie obowiązków służbowych minister zapewnia lekarzowi sowite wynagrodzenie: życie w szczęśliwości i używanie błogich owoców w obfitości.

Nie można więc rozumować jak wspomniany na wstępie tępą politruk i domagać się realizacji tylko pierwszej części umowy („jedynie dobro chorego”), ignorując jej drugą część („błogie owoce w obfitości”). A tak się, niestety, w Polsce dzieje już ponad sześćdziesiąt lat, przynajmniej w odniesieniu do zawodu lekarza. I tak jest zakłamywana przysięga Hipokratesa.

W kamaszach z kałasem

O ile jednak człowiek PRL-u był uwiązany na łańcuchu, to teraz się trochę zmieniło, bo jesteśmy już w Unii Europejskiej. A to powoduje m.in., że nasze uczelnie medyczne za kolosalne pieniądze kształcą fachowców, którzy natychmiast po zrobieniu specjalizacji, bez najmniejszych trudności wyjadą z kraju i z łatwością znajdują pracę gdzie indziej. Jeśli zarobki lekarzy w Polsce nie ulegną radykalnej poprawie, zjawisko to będzie się nasilać. Czy Polskę stać na to, aby fundować Europie specjalistyczne kadry? Bo jeśli nie, to trzeba będzie zamknąć parę akademii medycznych, gdyż ich działanie straci uzasadnienie z punktu widzenia ekonomii państwa.

Z kolei ci, którzy nie wyjadą, ciągle będą siał niepokój społeczny. Nawet w kamaszach. Właśnie, gdy dostaną do ręki kałasza. Bo lekarze nigdy nie pogodzą się z upodlającym ich poziomem wynagrodzeń. I ciągle będą wysuwać postulaty płacowe. A jakiego wynagrodzenia powinni żądać? Odpowiedniego? Godziwego? Adekwatnego? Właściwego? Satisfakcjonującego? Genialny Hipokrates podpowiada: „Obfitego”! I takiego sformułowania należy się właśnie trzymać:

Zgodnie z przysięgą Hipokratesa lekarze żądają obfitego wynagrodzenia i życia po wsze czasy w szczęśliwości i poważaniu.

Zezwolenie na strajk

Natomiast za darmo, również zgodnie z omawianym, wiekopomnym dziełem – lekarze mogą jedynie nauczać synów swojego nauczyciela, co jest postawione jasno i bez możliwości innej interpretacji. Od córek trzeba już brać kasę.

Przysięga Hipokratesa jest bardzo humanitarna nie tylko w stosunku do świadczeniobiorców, ale również w od-

niesieniu do podmiotów świadczących usługi medyczne. Lekarze mają dochować przysięgi „ściśle według sił”. Jeżeli zatem sił braknie, wskutek np. ostrego niedoboru przewidzianych przez Ojca Medycyny „błogich owoców” i związanego z tym braku „szczęśliwości”, czyli po prostu z prozaicznego deficytu środków na utrzymanie, albo z przemęczenia ciągłą walką na kilku frontach, to śmiało można złożyć wymówienie z pracy.

Określenie „ściśle według sił” oznacza przecież, iż nie jest to przysięga niewolnika. Nie przywiązuje chłopa do roli. Daje mu prawo do samooceny. Tym samym przewidujący Hipokrates upoważnił lekarzy do składania wypowiedzi.

„Sposób życia urządzać będę chorym dla ich dobra podług sił moich i zdolności, dalekim będąc od wszelkiego uszkodzenia i krzywdy wszelkiej.” W tym zdaniu mądry Grek, uzależniając udzielanie usług medycznych od zasobu energii świadczeniodawcy, znów daje furtkę tym, którzy opadli z sił: jako ludzie przemęczeni lekarze powinni trzymać się z daleka od wszelkiego uszkodzenia. Zatem autor dodatkowo przewidział możliwość oddalenia się od pacjenta, dla dobra tego ostatniego. Równa się to upoważnieniu do stosowania innych (oprócz rozwiązania umowy z pracodawcą) form protestu, z regularnym strajkiem polegającym na przerwaniu pracy włącznie.

Wręcz przeciwna dola

Znakomita większość lekarzy polskich „przysięgi tej dotrzymuje w świętości i w niczym jej nie narusza” i choć za to powinna „w szczęśliwości wieść życie i błogich owoców swej sztuki używać w obfitości”, niestety – „wręcz przeciwnej doznaje doli”.

Żeby zebrać owoce, trzeba zasiać ziarno i spulchnić glebę, inaczej owoc nie wyrośnie. Gleba jest zaniedbana od wielu lat. Zgodnie z duchem doktryny Hipokratesa lekarze zabrali się wreszcie za spulchnianie tej gleby w celu hodowania błogich owoców w obfitości. Pokrzepieni owymi owocami urządzają pacjentom sposób życia dla ich dobra podług sił oraz zdolności i wówczas zrealizowana zostanie pełna treść przysięgi Hipokratesa, a nie tylko jej niektóre (te nie ocenzone przez PRL i III RP) fragmenty.

A wszystko dla satysfakcji Apollina lekarza, Eskulapa, Hygiei, Panakei oraz pozostałych bogów i bogiń, w tym oczywiście – wszystkich pacjentek i pa-

• **Czy na początku 2007 r. zastrajkuje 100% polskich szpitali?** Krajowy Komitet Straży i Zarząd Krajowy OZZL zobowiązały przewodniczących organizacji regionalnych OZZL do objęcia sporami zbiorowymi te wszystkie szpitale, które dotychczas takich sporów jeszcze nie wszczęły. Chodzi o to, aby odsetek szpitali publicznych gotowych do strajku na początku roku 2007 był zbliżony do 100%.

• **„Białe plamy” na mapie Polski.** W NFZ powstaje mapa „białych plam” w Polsce w dostępie do lekarzy specjalistów – poinformował prezes Funduszu Jerzy Miller i wyjaśnił, że „chodzi także o to, by studiujący medycynę wiedzieli, w czym powinni się specjalizować, na jakie specjalności jest popyt na rynku.”

• **„Za granicą potrzebni są tylko anestezjolodzy” (!).** „Przedłużanie protestu, a w efekcie niewykonanie świadczeń w ramach umów z NFZ może wpędzić szpitale w pułapkę finansową” – stwierdził na spotkaniu w Kielcach minister zdrowia Zbigniew Religa. Jednocześnie dodał, że „szpitalom nie zagraża brak wyspecjalizowanej kadry z powodu licznych wyjazdów lekarzy do innych krajów”, gdyż zdaniem ministra... „za granicą potrzebni są tylko anestezjolodzy”.

• **Lepiej dorobić w kilku miejscach lub wyjechać za granicę.** Euromedicare – największa sieć prywatnych szpitali w Polsce od miesięcy nie może skompletować kadry lekarskiej, mimo że oferuje wynagrodzenie o 70-80% większe niż w państwowej służbie zdrowia. Wymaga jednak pracy wyłącznie w jednym miejscu.

• **„Zapraszamy na leczenie do Polski”.** Pierwszych 30 osób rozpoczęło na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi szkolenie na pilotów zagranicznych turystów przyjeżdżających na leczenie do Polski.

• **Podwyżki dla etatowych i kontraktowych w SP ZOZ-ach.** 30%-podwyżki płac dostaną od 1 października br. wszyscy pracownicy (etatowi i kontraktowi) sa-

dokończenie na str. 26

Pożegnajmy doktora Judyma!



for. Marek Stankiewicz

Krystyna Knypl

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, oparte na oczekiwaniach wzorców osobowościowych à la dr Judym i pomysłach konstruktorskich z minionych epok, coraz bardziej przypomina wymarzony mechanizm typu *perpetuum mobile*.

W stosunku do swych rozmiarów pobiera energii finansowej nie tak dużo, a przecież od lat kręci się całkiem przyzwoicie. Mimo to co i raz któryś z naprawiaczy systemu próbuje wetknąć w tryby kij, z zaciekawieniem obserwując, czy zasapana machina pokona jeszcze jedną przeszkodę.

Zamysł wprowadzenia ordynacji tzw. *leków specjalistycznego stosowania* jest kolejnym takim kijem w szprychy. Nie wiadomo które z leków miałyby nowy status, ale aby zaspokoić niezdrową ciekawość dociekliwych obserwatorów sceny medycznej, wymienia się w ministerialnych komunikatach kilka chorób, takich jak cukrzyca, choroby nowotworowe, choroba Parkinsona i choroba Alzheimera. A przecież mamy w kraju tylko ok. 700 diabetologów, podczas gdy pacjenci z cukrzycą to prawie 10% naszego społeczeństwa. Pomysł, żeby każdy z kilku milionów chorych na cukrzycę, gdy zaistnieje potrzeba leczenia preparatem najnowszej generacji, pielgrzymował do jednego z wyznaczonych przez system ochrony zdrowia specjalistów, zakrawa na ponury żart. Z pewnością rozwiązanie to podziąła ożywczo na specjalną odmianę turystyki medycznej... po receptę. Zważywszy na fakt, że pacjenci neurolo-

giczni często wymagają pomocy osoby towarzyszącej, turystów może być całkiem spora rzesza.

Zwolennicy *leków specjalistycznego stosowania* ubolewają, że Naczelna Rada Lekarska ostro skrytykowała ten zamysł. Pocieszają się natomiast, że Bank Światowy jest dobrego zdania o tym zamierzeniu – jak dowiedzieliśmy się podczas konferencji prasowej zorganizowanej przez Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia przy Stowarzyszeniu Dziennikarzy Polskich. Prace nad regulacjami prawnymi *leków specjalistycznego stosowania* trwają więc i wygląda na to, że skoro *banco locuta – causa finita*.

Nietrudno wyobrazić sobie rozmia-ry chaosu, pretensji, reklamacji i skarg, jakie może generować takie rozwiązanie. Dopóki nie jest zdefiniowany koszt usług medycznych świadczonych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia społecznego, wszystkim „należy się” wszystko. Ludzką skłonnością jest wyobrażać sobie, że należy się nam wiele. Prawie nikt z obywateli nie uważa obowiązkowych ubezpieczeń społecznych za jeszcze jeden rodzaj podatku solidarnościowego. Przeważa postawa odzyskania wpłaconych składek w postaci konsumpcji świadczeń medycznych.

Patrz władzy na ręce!

Nastąpiła teraz moda na pilne przyglądanie się lekarzom przez władze i media publiczne i analizowanie naszych poczyną-ń w najmniejszych szczegółach. Nie dysponując ukrytą kamerą zdecydowa-łam się okiem nieuzbrojonym, ale wnikliwym przeanalizować dokumentację fotograficzną w gazetach codziennych w dzień po manifestacji pod sejmem.

Na pierwszej stronie jednego z wydań premier rozkłada ręce w geście sugerującym niemożność i bezradność. Stojący na drugim planie profesor Zbigniew Religa uchwycił się ramienia swojego szefa, sygnalizując *body language*, że o własnych siłach nie utrzyma się w procesie przemian w ochronie zdrowia. Na dalszej stronie profesor Zyta Gilowska rozkłada ręce w geście niemocy nieporównanie szerzej niż premier, wzmacniając mowę ciała znacznym wygięciem kącików ust ku dołowi. Gesty potrafią powiedzieć więcej niż usta, które milczą. Jednak dusza nie śpiewa, lecz wyje do księżycy, bo wypowiedzi środowisk lekarskich i politycznych decydentów przypominają dwie splątane ścieżki dźwiękowe serialu, nie zbiegające się w jedną logiczną całość dźwiękową, przez co film nie ma szans na *happy end*.

Skoro tak wiele zmieniło się wokół naszego zawodu, to może nadeszła pora postawić pytanie, czy nadal powinniśmy tkwić w okopach dziewiętnastowiecznej retoryki? Problem polega na tym, że wpisana w dziewiętnastym wieku w wizerunek naszego zawodu niewolnicza służebność wyrosła z pozytywistycznych korzeni i zupełnie nie przystaje do konsumpcyjnego świata opętanego standardami i procedurami, które powstały w cieniu menedżerskich gabinetów, ale ich realizację podarowano wspaniałomyślnie nam – lekarzom. Życie jednak nie jest lekcją z literatury ojczystej i może najwyższa pora, aby nie mieszać fikcji literackiej sprzed dwóch wieków ze współczesną rzeczywistością?

Powtórka z literatury

O pozytywizmie nauczano nas na lekcjach języka polskiego. Recenzenci lekarskiej pracy chyba niespecjalnie lubili ten przedmiot i jak przypuszczam notorycznie spóźniali się na zajęcia. W rezultacie niestarannej edukacji zapamiętali jedynie słowa z ostatnich kart „Ludzi bezdomnych”, będące pierwowzorem nawoływań do zwrotu kosztów kształcenia medycznego: „Otrzymałem wszystko, co potrzeba... Muszę to oddać, com wziął. Ten dług...” Na szczęście dla in-

nych zawodów żaden pokrewny im bohater literacki nie chciał spłacać długów swoich studiów i nie wypomina się inżynierom, leśnikom, sportowcom czy artystom, że są cokolwiek winni społeczeństwu.

Postanowiłam ponownie przypomnieć sobie losy doktora Judyma. Już na pierwszych stronach powieści przechadza się on wolnym krokiem po Polach Elizejskich, gdy w tym samym czasie społeczeństwo cierpi na niedostatek opieki lekarskiej. Właściwie to nawet nie wiadomo za czyje pieniądze udał się do Francji, skoro przez kilka miesięcy funkcjonowania prywatnego gabinetu nie przyszedł do tego niby idealnego doktora żaden pacjent. Nie wykluczam, że był w zмовie z biznesem farmaceutycznym ukrywającym się pod pseudonimem aptekarz.

Zauważyłam ponadto, że doktor Judym z trudem wysupłał kilka ostatnich kopiejek, aby zapłacić karczmarzowi za wódkę, którą spożywał w drodze do pracy w charakterze lekarza uzdrowiskowego w Cisach i tylko brak alkomatów w owych czasach nie pozwolił na ustalenie, w jakim stanie trzeźwości znajdował się przekraczając próg swego gabinetu. Będąc lekarzami dobrze wiemy, że tylko osoba uzależniona od alkoholu jest zdolna do wydania ostatniego grosza na chwilowe zaspokojenie swojego nałogu. Doktor Judym z pewnością niejedną raz przyjmował pacjentów pozostając w stanie wskazującym na spożycie.

Przy domniemanym alkoholizmie nie dziwi nas skłonność do rękoczynów. Bicie Dyzia, biednego dziecka z ewidentnym zespołem ADHD czy wrzucenie Krzywonosa do stawu potwierdza, że skłonność do samosądu była u doktora Judyma utrwalona. Może nawet mamy do czynienia z przypadkiem charakteropatii alkoholowej? Że też interpretatorzy, piewcy i miłośnicy tego *lekarzyny, konowała, lekarzyka* – że posłużę się terminologią używaną przez naszych pacjentów na forach internetowych – nie odkryli tego podczas lektur szkolnych, musi dziwić. Wy tłumaczenie jest jedno – nie dość uważnie studiowali losy ludzi bez-domnych i teraz interpretują materiał literacki bez-sensu.

Nie przyjęły się jako kanon zachowań lekarskich rękoczyny wobec pacjentów i między innymi z tych powodów, a jest też wiele innych, nie możemy identyfikować się z doktorem Judymem ani chwili dłużej. Przejrzawszy jego prawdziwy charakter, nałogi, obyczaje, porywczność, niewłaściwy stosunek do dzieci i dorosłych odpowiadamy słowami z innej dziewiętnastowiecznej powieści: *Farewell, dr Judym! Farewell!*

krystyna.knypl@compi.net.pl

Brytyjskie media o lekarzach z Polski

Katarzyna Shepherd

Nawięszym zainteresowaniem lekarzy nadal cieszą się tzw. wyjazdy weekendowe.

Ostatnio zgłosiło się wiele zdeterminowanych osób, które przyznają, że nie posługują się językiem angielskim, ale i tak chciałyby wyjechać i pracować. Od maja 2002 r. w Wlk. Brytanii osiedliło się ponad 300 tys. Polaków, choć wiadomo, że okresową pracę ma około miliona naszych rodaków. Mając to na uwadze lekarze pytają o zatrudnienie w ośrodkach zapewniających opiekę medyczną wyłącznie rodakom i nie wymagających znajomości języka. Choć poszukiwani są przez NHS lekarze do pracy w grupach etnicznych, a posługujący się językami dla nas egzotycznymi, to jednak angielski jest pierwszym z wymaganych do pracy języków. W przeciwnieństwie do poprzednich fal emigracji polskiej, jak zauważa prasa brytyjska, powojennej

oraz drugiej z lat osiemdziesiątych, obecna jest bardzo rozproszona pod względem zamieszkania. Zdarza się jednak, że polski lekarz otrzyma zatrudnienie na stanowisku, gdzie mile widziana jest obok angielskiego także znajomość rosyjskiego. Polscy lekarze są jedną z nielicznych grup zawodowych, które za granicą mają możliwość kontynuowania wyuczonego i wykonywanego wcześniej zawodu. Podejmują pracę na stanowiskach lekarskich, oscylując jedynie wokół mniej lub bardziej prestiżowych. A w oczekiwaniu na wymarzone pozycje, zgodne ze swoją specjalizacją, pracują w szpitalach jako tzw. RMO (Residential Medical Officer). Niekiedy też są zatrudniani na stanowiskach, które wymagają ich kwalifikacji, ale nie miałyby odpowiedników w polskim lecznictwie. To tyle, jeśli chodzi o kompromis zawodowy. Brytyjski rynek usług medycznych, czy też rynek ich niedoboru, nie zmusza do zmiany zawodu. Tradycyjnie już – bo trzeci rok z rzędu – polscy lekarze wykorzystują letnie miesiące do wizyty w biurze General Medical Council w Londynie, niezbędnej do uzyskania rejestracji. Z opublikowanych niedawno artykułów w prasie brytyjskiej wynika, że Brytyjczycy ze zrozumieniem akceptują napływ Polaków, w tym także lekarzy, do Zjednoczonego Królestwa. Dziennik „Guardian” napisał w maju: „ponad 1600 Polaków jest zarejestrowanych w GMC. Biorąc pod uwagę, że średnia pensja lekarza w Polsce nie przekracza 400 funtów miesięcznie, nie zastanawia wcale, co ich przyciąga”. Podobnego zdania jest francuska dziennikarka, która przeprowadziła wywiad z jedną ze współpracujących z nami lekarek. Francuska stacja telewizyjna przygotowuje program o ewolucji rynku medycznego w krajach Unii Europejskiej. Francuzi zwrócili szczególną uwagę na funkcjonowanie weekendowej formy zatrudnienia, jako że umożliwia ona lekarzom rodzinnym odbywanie dyżurów za granicą, jednak na resztę tygodnia pozostawia ich w kraju zamieszkania.

Jak podaje inny dziennik brytyjski: „Daily Mail”, każdego dnia w Wlk. Brytanii pracuje na krótkoterminowych umowach o pracę 3,5 tys. lekarzy. Są to tzw. locum doctors, z których aż dwie trzecie to lekarze z zagranicy. Nie wiadomo, ilu z nich stanowią Polacy. Wiadomo, że znaczna ich część pochodzi z krajów pozaeuropejskich, w tym półwyspu indyjskiego. Lekarze w większości otrzymują pracę za pośrednictwem ponad 250 firm rekrutacyjnych działających na brytyjskim rynku medycznym. Działy kadr NHS chętnie współpracują z firmami, gdyż wyręczają je one w tym, co przyprawia je niezmiennie o zawrót głowy, czyli wstępne rozmowy z lekarzami w kraju ich pochodzenia i przygotowanie dokumentacji, w tym uzyskiwanie referencji dla kandydata. Taka rekrutacja wiąże się najczęściej z potrzebą znajomości języka i obyczajów kraju, z którego zgłasza się lekarz. Przeciętny koszt wykształcenia lekarza w Wlk. Brytanii szacuje się na ćwierć miliona funtów. Nie dziwi zatem, dlaczego kraj ten zatrudnia lekarzy wykształconych za granicą. Wspomniana kwota jest ostatnio często cytowana przez prasę brytyjską również z innego powodu. 250 tys. funtów rocznie mają zarabiać najbogatsi lekarze rodzeni w tym kraju. Choć przeciętny zarobek na stanowisku General Practitioner waha się między 60-100 tys. funtów rocznie. Jak komentują wysokość zarobków media, najlepiej zarabiający nie są etatowymi medykami. Zajmują się nabywaniem i modernizacją przychodni medycznych. Następnie rozszerzają oferty usług medycznych dla swoich pacjentów, uzyskując w ten sposób dodatkowe dotacje. Każda z wymienionych kwot, nawet biorąc pod uwagę, że Wlk. Brytania jest bardzo kosztownym krajem z punktu widzenia wydatków na utrzymanie, wydaje się oszałamiająca. Autorka jest dyrektorem brytyjskiej firmy rekrutacyjnej Cherry Tree Medical Ltd. - www.cherrytreebase.com



Najnowsza oferta SKOK IL:

Do 5 000 PLN bez zgody współmałżonka!!!
Do 50 000 PLN bez poręczycieli!!!
Do 20 000 PLN wymagamy tylko oświadczenia o zarobkach!!!
Pożyczki aż do 80 000 PLN!!!

POŻYCZKA MINI OPROCENTOWANIE 9,9% DO 5 000 PLN

Kwota pożyczki w PLN	Okres spłaty w miesiącach		
	6	12	24
1 000	171,42	87,84	46,08
2 000	342,84	175,67	92,16
3 000	514,27	263,51	138,24
4 000	685,68	351,35	184,33
5 000	857,11	439,18	230,41

POŻYCZKA PREMIUM OPROCENTOWANIE 11,5% 5 000–80 000 PLN

Kwota pożyczki w PLN	Okres spłaty w miesiącach		
	12	24	36
10 000	885,76	468,20	329,65
20 000	1771,53	936,40	659,29
30 000	2657,29	1404,60	988,94
40 000	3543,06	1872,80	1318,59
50 000	4428,82	2341,00	1648,23
65 000	5757,47	3043,29	2142,70
80 000	7086,11	3745,59	2637,17

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:
Infolinia 0-801 88 88 11 (opłata jak za połączenie lokalne) www.skokil.pl
Przedstawiciele przy OIL

@sculap.pl Goniec Medyczny

dokończenie ze str. 24

modzielnych publicznych ZOZ-ów w Polsce – powiedział podczas wystąpienia w sejmie minister zdrowia Zbigniew Religa. Jednocześnie zapowiedział wprowadzenie za dwa lata dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 100 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl. Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy.

lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny portalu Esculap.pl.
Dendrite International
www.esculap.pl
e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Polską ochroną zdrowia wstrząsnęła fala protestów i strajków.

Zdeterminowani lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy ochrony zdrowia nie godzą się na niewolniczą pracę. Chcą leczyć pacjentów, a nie zajmować się ich selekcją. Komu teraz, komu potem, komu w ogóle. Chcą pracować w normalnych warunkach i otrzymywać godne wynagrodzenia.

Decydenci, z wyjątkiem ministra zdrowia, bo on wie o co chodzi, chcieliby pieniądze zastąpić deklaracjami, a fakty – gestami. Tak zresztą jest już od kilkadziesiąt lat. Część z polityków, podana chyba fluidom jakie płyną z murów ministerstw, zbudowanych jeszcze za czasów komunistycznych, zamiast podjęcia działań naprawczych chce wziąć lekarzy „w kamasze” i zdelegalizować legalne strajki pracowników ochrony zdrowia. W dodatku, według tych polityków, drastyczne kroki wynikać miałyby z troski o zdrowie pacjentów.

Politykom wolno wszystko, mogą być nawet hipokrytami. To przecież stale zmniejszający się strumień środków (w stosunku do rosnących potrzeb zdrowotnych obywateli i możliwości nauk medycznych) przeznaczanych przez polityków na ten cel doprowadza ochronę zdrowia do stanu niewydolności i do po-

trzeby ochrony obywateli przed nieodpowiedzialnością ich reprezentantów; posłów i senatorów!

A tymczasem

Ordynator z powiatowych oddziałów chirurgicznych mówi, że więcej czasu zajmuje mu rozwiązywanie problemów ekonomicznych oddziału i rebusów punktacji kontraktów i procedur niż praca z pacjentami, operacje i szkolenie personelu razem wzięte. Szpital, o którym piszę, jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, a jego nowy prężny dyrektor stara się, by za wszelką cenę wyprowadzić swój SPZOZ ze strefy placówek przynoszących straty.

W innym, dużym szpitalu specjalistycznym ordynator twierdzi, że ma piękny i dobrze wyposażony oddział, ale liczba pacjentów i procedur zakontraktowanych przez NFZ jest tak mała, że oddział mógłby stać zamknięty przez 20 dni w miesiącu. Piękne więc sale chorych i dobrze wyposażone sale operacyjne stoją puste, a pacjenci oczekujący na operację zapisywani są do stule wydłużającej się kolejki.

W styczniu pacjenci zapisywani byli na drugie półrocze, a na początku czerwca nie było już miejsc na ten rok. Szpital robić musi; ogranicza liczbę przyjęć, tworzy kolejki, zapisy i liczy... że może ten pacjent wykona sobie zabieg w innym szpitalu, może prywatnie... a może po prostu nie doczeka... Ale szpital posiadający moce przerobowe i odmawiający świadczeń lub odwołujący je w czasie już jest! Ma odpowiednią strukturę, wykwalifikowaną kadrę, oświetla i ogrzewa swoje pomieszczenia. Społeczeństwo już zapłaciło za jego budowę i wyposażenie, a ograniczeniu w jego funkcjonowaniu można przypisać określoną wartość księgową po stronie strat.

Jedną z cech skutecznej i nowoczesnej ochrony zdrowia jest jej profilaktyczne ukierunkowanie. Profilaktyka niejedno ma imię, ale każda konsultacja,

leczenie i zabieg podjęty na czas jest profilaktyką dalszych powikłań jakie mogłyby wynikać z zaniechania lub opóźnienia tych działań. Czymże jest więc (w większości przypadków) zapisywanie pacjentów na długie kolejki? A no wystawianiem ich na ryzyko takich właśnie powikłań, obniżaniem ich potencjału zdrowotnego, który w konsekwencji powoduje konieczność znacznie droższego i nie zawsze skutecznego leczenia w trybie ostrym.

**A więc kolejka, kolejka,
kolejka**

Znana z minionych lat „kolejka” stała się panaceum na niedoinwestowanie ochrony zdrowia.

Tu znowu kłania się „duch komunistycznych ministerstw”. To przecież w tzw. gospodarkach socjalistycznych popyt miał zawsze przewyższać podaż. Ludzie mieli stać w kolejkach, ale dzięki temu miało nie być marnotrawstwa środków i powstawania nadmiernych zapasów. Wiadomo, że ten sposób myślenia został skompromitowany, ale jak widać nie dotarło to jeszcze do naszych (?) ministrów i posłów. A może to po prostu jest skutek ich skandalicznego braku wykształcenia?!

Jak pamiętamy jeszcze w III RP minister zdrowia przygotowywał wytyczne do tworzenia kolejek i zapisów na niektóre świadczenia medyczne. Na początek 16 kwietnia br. (już w IV RP!) Fundacja Batorego zorganizowała seminarium poświęcone sprawie systemu kolejek w opiece zdrowotnej. Kolejki w opiece zdrowotnej zaczynają żyć swoim życiem po życiu, można więc sądzić, że kolejne rządy, ministerstwa i komisje sejmowe będą organizować następne narady i seminaria poświęcone tematyce „usprawnień kolejkowych” , „sprawiedliwych kolejek” itp., dlatego aż się prosi, by jakoś nazwać tę – nikomu niepotrzebną – dyscyplinę nauk medycznych. Ponieważ kolejki, występujące w minionym okresie, dotarły do nas ze wschodu, dlatego proponuję, żeby dyscyplinie tej nadać nazwę „oczeredologia”, albo korzystając z rad znanego profesora mniemankologii stosowanej, może raczej „oczeredologia stosowana”!

*oczeredź – ros. kolejka

Komitet Inicjatywy Ustawodawczej projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

WYKAZ OBYWATELI, KTÓRZY UDZIELAJĄ POPARCIA PROJEKTOWI USTAWY O ZMIANIE USTAWY O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY ORAZ O ZMIANIE USTAWY O ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

[illegible]

o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Art. 1.

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943) po art. 14 dodaje się art. 14 a w brzmieniu:

„Art. 14a. 1. Wynagrodzenie lekarza i lekarza dentysty zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej stanowi wielokrotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej «Monitor Polski»:

1) co najmniej dwukrotność takiego wynagrodzenia dla lekarza lub lekarza dentysty nie posiadającego specjalizacji,

2) co najmniej dwuipółkrotność takiego wynagrodzenia dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego pierwszy stopień specjalizacji,

3) co najmniej trzykrotność takiego wynagrodzenia dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego drugi stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty.

2. Wynagrodzenie lekarza lub lekarza dentysty w danym roku kalendarzowym zwiększa się odpowiednio do wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłaty nagród z zysku, ogłoszonego za ubiegły rok.”.

Art. 2.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 94, poz. 798, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 136 dotychczasową treść art. 136 oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. W zasadach rozliczeń pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcami, uwzględnia się osobowe koszty świadczeń przyjmując, że koszt jednej godziny pracy lekarza lub lekarza dentysty wynosi:

1) nie mniej niż 1/75 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej «Monitor Polski» – dla lekarza lub lekarza dentysty nie posiadającego specjalizacji,

2) nie mniej niż 1/60 wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1, dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego specjalizację pierwszego stopnia,

3) nie mniej niż 1/50 wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1, dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty.”;

2) w art. 137:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Prezes Funduszu, uwzględniając przepisy niniejszego działu oraz przepisy odrębne, przygotowuje projekt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierających w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny tych świadczeń, w tym naliczania ich kosztów osobowych, oraz warunki ich udzielania.”;

b) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając projekt uzgodniony w trybie ust. 6 z podmiotami, o których mowa w ust. 2, kierując się dobrem świadczeniobiorców i świadczeniodawców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów.”;

c) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. W przypadku niezgodnienia projektu, o którym mowa w ust. 1, w terminie, o którym mowa w ust. 6, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się dobrem świad-

zeniobiorców i świadczeniodawców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów.”.

Art. 3

Ustawa wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Uzasadnienie

do projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Projektowane zmiany w ustawach mają na celu usunięcie wieloletniej dyskryminacji lekarzy i lekarzy dentystów, których wynagrodzenia są drastycznie niewspółmierne do rodzaju wykonywanej pracy, ponoszonej odpowiedzialności i wysiłku wymaganego dla uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty oraz uzyskania dodatkowych kwalifikacji, w szczególności specjalizacji lekarskich.

Wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych z ustaloną na niedostatecznym poziomie podstawą wymiaru składki oraz zaniżenie wysokości składek wnoszonych na rzecz niektórych grup ubezpieczonych sprawiły, że funkcjonowanie tego systemu stało się możliwe tylko dzięki ukształtowaniu płac lekarzy, lekarzy dentystów i innych pracowników ochrony zdrowia na poziomie, który te grupy zawodowe traktują jako oczywisty wyzysk.

Jednocześnie kolejne ustawy ubezpieczeniowe pomijały w ustalanych zasadach określania kosztów świadczeń zdrowotnych ich koszty osobowe.

Podjęta incydentalna próba dokonania nieznacznej podwyżki wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia, znana jako „ustawa 203”, nie zabezpieczała środków finansowych na podwyższenie wynagrodzeń oraz nie zobowiązała płatnika za świadczenia zdrowotne, do uwzględniania wymaganych przez ustawę podwyżek w zawieranych ze świadczeniodawcami umowach.

Skutki finansowe projektowanej ustawy w roku 2006 wyniosą 5.300.000.000 zł (pięć miliardów trzysta milionów złotych).

Sfinansowanie podwyżek wynagrodzeń powinno nastąpić na skutek zwiększenia zbioru składki ubezpieczeniowej, poprzez doprowadzenie do zrównania wysokości składek ubezpieczeniowych płatnych z budżetu za rolników i bezrobotnych, do przeciętnej wysokości składek płaconych przez ubezpieczonych pozostających w stosunku pracy, przejścia przez państwo finansowania świadczeń wysokospecjalistycznych w wymiarze co najmniej ustalonym w roku 1998, w związku z wejściem w życie ubezpieczeń zdrowotnych. Należy także rozważyć powrót do co najmniej 10% podstawy wymiaru składki, co było przewidziane w pierwszej ustawie ubezpieczeniowej – ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153).

Ponadto samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogłyby również zaoszczędzić środki finansowe i przeznaczyć je na realizację przewidzianych projektowaną ustawą zasad wynagradzania w wyniku zmian w prawie umożliwiających całkowite umarzenie udzielanych im pożyczek na restrukturyzację zakładów, co proponowano w trakcie prac nad prezydenckim projektem ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W projekcie ustawy nie ma upoważnień do wydania aktów wykonawczych. Jednak wejście w życie ustawy spowoduje konieczność wydania nowych lub zmiany istniejących aktów wykonawczych dotyczących wynagradzania lekarzy i lekarzy dentystów.

Sprawy regulowane projektowaną ustawą nie są objęte prawem Unii Europejskiej.



UE sfinansuje „złotą godzinę”!

Artur Bartoszewicz

Zgodnie z analizami podjętymi w Narodowej Strategii Spójności istotnym elementem zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego siły roboczej w Polsce jest poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, sprzętu medycznego oraz skuteczności działań w stanach zagrożenia życia.

W założeniach Ministerstwa Zdrowia funkcję tę ma pełnić system zintegrowanego ratownictwa medycznego. Skonsolidowany ze wszystkimi podmiotami ratownictwa jeden system mający wspólną sieć łączności, procedury ratownicze oraz sprzęt medyczny w celu utrzymania zasady „złotej godziny” i dyslokacji zespołów ratownictwa medycznego. Jest to drogie rozwiązanie i wymaga poszukiwania wsparcia funduszy zewnętrznych, dlatego finansowanie tego działania przewidziano z funduszy strukturalnych na lata 2007-2013.

W ramach Narodowej Strategii Spójności na lata 2007-2013 przygotowywany jest **Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko**. Jednym z priorytetów programu będzie **bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia**. Instytucją bezpośrednio zaangażowaną w zarządzanie tym priorytetem w ramach całego programu będzie **minister zdrowia**. Autorzy programu określili cele priorytetu w postaci obniżenia śmiertelności w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowia i życia wśród osób w wieku produkcyjnym, jak również poprawy jakości wykonywanych usług medycznych oraz zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, w tym dla osób w wieku produkcyjnym.

W projekcie Programu założono, że w celu poprawy jakości i dostępności do systemu ratownictwa medycznego w Polsce w ramach priorytetu wsparcie uzyskają **projekty przyczyniające się do zapewnienia udzielenia świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie opartym o standardy obowiązujące w państwach zachodnich** (dotyczy to ratownictwa przedszpitalnego oraz wyspecjalizowanych oddziałów szpitalnych). Ponadto finansowane będą projekty:

- Służące wzmocnieniu **odpowiedniej dyslokacji zespołów ratownictwa medycznego** wyposażonych w odpo-

wiednie środki transportu, poprzez doposażenie tych jednostek w wysokiej jakości środki transportu sanitarnego.

- Ukierunkowane na adaptację i **wyposażenie zakładów opieki zdrowotnej dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego** oraz zakup wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanach nagłych.

- Uwzględniające inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, w tym projekty, które przyczynią się do **podniesienia jakości świadczonych usług medycznych**, w tym diagnostyki i wczesnej wykrywalności chorób zawodowych. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym będą realizowane poprzez przebudowę, modernizację oraz wyposażenie obiektów infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym w nową aparaturę.

- Wspierające bazę materialną podmiotów działających w obszarze ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, **poprawiające ich funkcjonowanie i zarządzanie nimi**. Przyczyniające się do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych, w szczególności wysokospecjalistycznych oraz rozszerzenia możliwości diagnostyczno-leczniczych.

Powyższe nakłady na inwestycje rozumiane są w sposób wszechstronny i kompleksowy, powinny być ponoszone zarówno na poszczególne obiekty infrastruktury, jak też w ich wyposażenie oraz podnoszenie jakości ich funkcjonowania.

Beneficjentami przewidzianych programów środków będą zakłady opieki zdrowotnej prowadzące usługi w zakresie ratownictwa medycznego, kolumny transportu sanitarnego oraz jednostki ochrony zdrowia podległe i nadzorowane przez ministra, państwowe uczelnie medyczne oraz jednostki organizacyjne powyższych podmiotów.

Łączna kwota środków przewidzianych na realizację XIII priorytetu Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko to ok. **176,5 mln EUR**, z czego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego zaangażowanych zostanie ok. 150,0 mln EUR, zaś ze środków krajowych łącznie ponad 26,5 mln EUR.

Przewidywane efekty realizacji priorytetu określono na zapewnienie każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia możliwości niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwych podmiotów systemu, zapewnienie niezwłocznego przewiezienia i przyjęcia do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie, utrzymanie zasady „złotej godziny” i dyslokacji zespołów ratownictwa medycznego, poprawę funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej i podniesienie standardu świadczenia usług medycznych, a przede wszystkim obniżenie liczby zgonów osób w wieku produkcyjnym.

To duże wyzwanie i kosztowne przedsięwzięcie, jednak konieczność jego realizacji wydaje się być bezdyskusyjna, tym bardziej w sytuacji permanentnego kryzysu systemowego i finansowego służby zdrowia. Nadażająca się okazja, gdy część kosztów można sfinansować ze źródeł zewnętrznych, najprawdopodobniej się nie powtórzy!

Materiał przygotowany na podstawie:

1. Polska – Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013 wspierające wzrost gospodarczy i zatrudnienie – Wstępny projekt – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa, dokument zaakceptowany 14.02.2006 r. przez Radę Ministrów
2. Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko – Projekt – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa, 8.05.2006.

Autor jest doradcą ministra zdrowia prof. Zbigniewa Religi, ekspertem PKPP Lewiatan ds. funduszy europejskich, red. naczelnym magazynu „Integracja Europejska”.



Przychodzi lekarz do prawnika

Pytanie lekarza: Od jakiego wieku pacjent decyduje o swoim leczeniu?

Odpowiedź prawnika: Kwestia powyższa jest uregulowana w przepisach ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 2002 r. nr 21, poz. 204).

Zasadą ustanowioną w art. 32 ust. 1 przywołanej ustawy jest, że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Dotyczy to pacjentów pełnoletnich, którzy nie zostali ubezwłasnowolnieni i są zdolni do świadomego wyrażenia zgody.

W przypadku pacjentów małoletnich, niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody lub ubezwłasnowolnionych ustawa stanowi odmiennie zasady dotyczące wyrażenia zgody na leczenie.

1. Pacjenci małoletni lub niezdolni do świadomego wyrażenia zgody.

W przypadku pacjentów małoletnich lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody – zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy pacjenta, a w przypadku gdy zachodzi potrzeba przeprowadzenia tylko badania – zgodę może również wyrazić opiekun faktyczny.

Jeśli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie z nim jest niemożliwe, zgodę na leczenie takiego pacjenta wyraża sąd opiekuńczy.

Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego

go albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania (po uzyskaniu zgody opiekuna faktycznego) może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

W przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 lat, do przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych takiemu pacjentowi wymagana jest również jego zgoda.

2. Osoby ubezwłasnowolnione.

W przypadku pacjentów będących osobami całkowicie ubezwłasnowolnionymi zgodę na leczenie wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby z tym, że jeżeli osoba ubezwłasnowolniona jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania – konieczne jest uzyskanie zgody tej osoby.

Zgoda pacjenta, przedstawiciela ustawowego, przedstawiciela faktycznego może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanemu przez lekarza czynnościom medycznym.

W sytuacji, gdy małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego

albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.

Istnieją wszakże okoliczności, gdy lekarz może dokonać czynności leczniczych bez uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego. Otóż lekarz może wykonać świadczenie zdrowotne bez uzyskania wymaganej zgody, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

Podobne zasady obowiązują przy uzyskiwaniu zgody na zabieg operacyjny albo metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta. Przy tego rodzaju świadczeniach zdrowotnych wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta w formie pisemnej.

opr. Magdalena Sender

Materiały udostępnione dzięki uprzejmości Domu Wydawniczego ABC, wydawcy CD-ROM-u „Serwis Prawo i Zdrowie”:
www.prawoizdrowie.pl

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

Skutecznie zapobiega niedoborom informacji

esculap.pl

www.esculap.pl

e-zdrowie.com S.A.

potrzebny portal medyczny

DENDRITE

Grupa Dendrite International, 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 11 A, e-mail: info@esculap.pl

Lekarze w II Rzeczypospolitej (8)

Lekarze wojskowi

Zygmunt Wiśniewski

W 1933 r. gen. dr Stanisław Roupert, szef departamentu zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych, z okazji 15-lecia wojskowej służby zdrowia, udzielił wywiadu gazecie „Polska Zbrojna”, w którym bardzo szczerze scharakteryzował wojskową służbę sanitarną w 1918 r.:

W roku 1918 zaczęliśmy od improwizacji. Formujące się oddziały posiadały lekarzy, którzy dobrowolnie zgłaszali się tam bezpośrednio. Każdy z lekarzy oddziałowych mógł opierać się jedynie na własnej improwizacji, zarówno w organizowaniu punktów opatrunkowych, jak w transportowaniu rannych i chorych oraz we własnym zakresie musiał zaopatrywać się w materiał sanitarny.

Ocena, na którą mógł sobie pozwolić w 1933 r. lekarz-generał, legionista z bliskiego otoczenia komendanta Józefa Piłsudskiego, jest przez historyków wojskowej służby zdrowia wpisywana między wiersze. Można się jej bardziej domyślać niż przeczytać *expresis verbis*.

Na polu walki

Państwo polskie, powstałe 11 listopada 1918 r., nie miało własnej armii. Rada Regencyjna rozporządziła tuż przed przybyciem do stolicy Józefa Piłsudskiego oddziałami Polskiej Siły Zbrojnej o liczebności 6000 (sześciu tysięcy) ludzi. Odbiwał się ochotniczy werbunek rekrutów, w armiach państw zabórczych wydzielali się polskie oddziały, a ich oficerowie oddawali się do dyspozycji władz polskich. Pierwsza mobilizacja, ogłoszona przez naczelnego wodza, ściągnęła do koszar 30 000 ludzi. A wojna trwała na południu (front ukraiński), na wschodzie (pierwsze starcie z Rosją sowiecką nastąpiło w lutym 1919 r.) i na zachodzie (opór wycofujących się Niemców został przyspieszony przez Powstanie Wielkopolskie).

Po 10 latach, w 1929 r. lekarz wojskowy, płk Zdzisław Neyman – zbierający dla potomnych historię tamtych lat – napisze, że nie było czasu na organizowanie wojska w większe jednostki bojowe i nie było możliwości organizowania im zaopatrzenia i opieki medycznej. Na front odchodziły nie dywi-

zje, lecz baony, szwadrony i dyony, a na obszarze operacyjnym łączono je w grupy o składzie zmiennym bez ustalonej organizacji.

W tych warunkach – pisał płk dr Zdzisław Neyman – nie mogła powstać od razu prawidłowo utworzona służba zdrowia. Wszystkie oddziały walczące miały wprowadzić lekarzy ochotników z personelem pomocniczym i sprzętem sanitarnym, ale brakowało organizacji. Energiczniejszym spośród lekarzy powierzono kierowanie służbą zdrowia w grupach operacyjnych, bardziej doświadczonych powołano do pracy organizacyjnej przy Ministerstwie Spraw Wojskowych. Nie we wszystkich grupach operacyjnych zdołano uruchomić od razu placówki służby zdrowia. Transport rannych i chorych oraz ewakuacja z obszaru operacyjnego wykazywały znaczne braki. Natomiast dużo było szpitali i innych zakładów służby zdrowia.

Dwie kolejne mobilizacje poborowych, a także przybycie z Francji do kraju armii gen. Józefa Hallera, a z Rumunii dywizji gen. Leopolda Żeligowskiego i włączenie oddziałów sformowanych w czasie Powstania Wielkopolskiego powiększyły armię polską z końcem 1919 r. do 600 000 ludzi.

Połowa tego wojska zaangażowana była w walkach na kresach wschodnich.

Tej wielkości i rangi wojsko wymagało już dobrze zorganizowanej służby zdrowia. I organizacja taka powstała.

Według opisu historyka – przedstawiała się następująco:

Do celów wynoszenia rannych z linii boju ustalony był zespół z trzech sanitariuszy zaopatrzonych w nosze i torby z materiałami opatrunkowymi. Dwa takie patrole stanowiły sekcję sanitarną i były przewidziane etatem w każdej kompanii. Baon miał lekarza w stopniu ppor.-kpt, który na czas walki otwierał możliwie blisko od linii boju punkt opatrunkowy

przy pomocy patrolu sanitarnego. Pulk miał starszego lekarza w stopniu kpt-mjr, który na czas walki niekiedy uruchamiał pulkowy punkt opatrunkowy przy pomocy własnego patrolu sanitarnego. Z punktów opatrunkowych ranni byli odwożeni środkami pulkowymi, a wobec ich szczupłości – częściej środkami rekwirowanymi, niekiedy zaś przy pomocy wozów kompanii sanitarnej lub kolumny sanitarnej – do głównego dywizjonu punktu opatrunkowego, rozwijanego przez kompanię sanitarną.

Na ogół lekarzy było dosyć, chociaż etaty ich częściowo były obsadzone przez medyków – dodaje historyk wojskowej służby zdrowia. Ci „medycy” – to oczywiście studenci medycyny, którzy ochotniczo zgłaszali się do wojska. Ich pierwsze doświadczenia bojowo-medyczne poznajemy w zacytowanych dalej fragmentach wspomnień.

Najlepiej zorganizowana była sieć szpitali. Pod koniec 1919 r. dysponowały one 60 000 łóżek. Pod koniec 1920 w 170 szpitalach wojskowych było zaopatrzonych 90 000 łóżek. Potrzeba tak wielkiej liczby łóżek szpitalnych nie wynikała z liczby rannych na polach bitewnych, ale zwłaszcza z szerzących się chorób zakaźnych, a przede wszystkim grypy, zimnicy oraz duru powrotnego i płamistego. Choroby te były plagą frontu wschodniego, a po wojnie 1920 r., kiedy zaczęła się ewakuacja ludności cywilnej ze wscho-



Gen. Felician Sławoj-Składkowski przeszedł do historii jako generał i polityk, bliski współpracownik Józefa Piłsudskiego. Z wykształcenia był lekarzem. Napisał popularne opracowania na temat higieny wojskowej. Ze zbiorów specjalnych GBL – Jazdów

dokończenie na str. 34

Lekarze wojskowi

dokńczenie ze str. 33

du – stały się zagrożeniem epidemiologicznym, którego zwalczanie pochłonięło liczne ofiary spośród lekarzy i personelu medycznego.

Współczesny historyk wojskowej służby zdrowia z lat 1918-1920 S. Wojtkowiak, napisał, że nikt nie policzył dokładnie strat, jakie poniosło wojsko polskie na wschodzie. *W przybliżeniu szacuje się je na 450 000 chorych, 113 000 rannych, 17 000 zabitych, 30 000 zmarłych, 50 000 zaginionych i 38 000 strat bez diagnozy.*

Taki był bilans wojskowo sanitarny pierwszych dwóch lat Polski niepodległej. A działo się to w kraju najbardziej zniszczonym w Europie przez przetaczające się przez ziemie polskie fronty. Polska była też krajem najbardziej wyniszczonym ludzko, ponieważ trzej zabórcy szafowali polskim rekrutem.

Legiony i pierwsze dni wolności

Płk dr Stefan Rudzki w „Zarysie historii szpitalnictwa wojskowego w Polsce” rysuje prostą linię od sanitariatu polowego Powstania Listopadowego, stworzonego przez lekarza-generała Karola Kaczkowskiego do Legionów Polskich Józefa Piłsudskiego i wojennej służby zdrowia w wojnie 1920 r.

W sierpniu 1914 r., kiedy z Krakowa ruszyła do boju Pierwsza Kadrowa, w jej szeregach byli także lekarze. Każdy batalion miał swego lekarza, a na czele patroli sanitarnych stali medycy. Legiony nie miały na początku własnych szpitali, a rannych odsyłano do austriackich lazaretów polowych. Już jednak w



Lekarz gen. Stanisław Roupert trafił do Legionów i w bliskie otoczenie Józefa Piłsudskiego w Krakowie w 1914 r. Jako organizator wojskowej służby zdrowia dosłużył się stopnia generała. Na zdjęciu w otoczeniu wysokich rangą lekarzy wojskowych w 1925 r. Ze zbiorów specjalnych GBL – Jazdów.

grudniu 1914 r., kiedy utworzono I Brygadę Legionów, powstał w Nowym Sączu szpital z salą operacyjną. Naczelnym lekarzem Brygady został dr Stanisław Roupert, który po latach kierować będzie wojskową służbą zdrowia w Polsce niepodległej.

Z 5000 żołnierzy I Brygady w ciągu pierwszych 5 miesięcy tysiąc padło w boju lub odniosło rany, świadcząc przed wszystkimi – jak napisał w rozkazie dziennym brygadier Józef Piłsudski – że za honor należenia do naszego żołnierskiego koła obficie krwią płacić trzeba.

Płk dr Stefan Rudzki, który przeszedł legionową drogę lekarza-oficera, pozo-

stał, poza opisem faktów, także charakterystykę legionowych lekarzy i sanitariuszy: *Legioniści wszyscy, niezależnie od czynności, związani byli ścisłymi węzłami wspólnej idei i braterstwa broni; serdeczna nieść nie pozwalała opuścić rannego towarzysza, to też lekarze opatrywali nieraz w najwiekszym ogniu, a sanitariusze wynosili rannych kolegów w miejsce bezpieczniejsze wśród gradu kul karabinowych i działowych; nie też dziwnego, że niejedyn lekarz był ranny, liczba zaś zabitych sanitariuszy dosięgała nieraz 50%.*

Dzięki Rudzkiemu poznajemy też służbę sanitarną II Brygady Legionów, która z Krakowa została przetransportowana na Węgry.

Szef sanitarny Brygady kpt. dr Rogalski miał do dyspozycji 22 lekarzy, 13 medyków, 2 aptekarzy i 154 sanitariuszy, z których było 40 młodych medyków, reszta zaś składała się z ludzi pochodzących przeważnie z inteligencji i specjalnie przeszkolonych w Krakowie do służby sanitarnej. Każdy batalion miał swego lekarza i został obficie wyposażony w materiał opatrunkowy, leki i przybory sanitarne. Brygada posiadała lazaret polowy, w którym pracowało 10 lekarzy i 46 sanitariuszy. Lazaret był ruchomy, zaopatrzony w 50 wozów do przewożenia chorych i rannych na tyły do szpitali dalej położonych. Na linii etapowej były urządzone etapowe stacje chorych.

II Brygada Legionów po walkach w Karpatach przebiła się do Galicji i walczyła na terenach polskich.

Swoją chlubną kartę mają też lekarze i sanitariusze wojskowi w rozbrajaniu Niemców w listopadzie 1918 r. w Warszawie i w przejmowaniu z ich rąk szpitali wojskowych. W akcjach tych uczestniczył w randze majora dr Stefan Rudzki.

Inicjatywę do odebrania szpitali warszawskich z rąk Niemców dał płk Loth,

który 11 listopada 1918 r. rano – na własną rękę wyruszył razem z mjr. Rudzkiem przejmować szpitale. *Oficerowie ci w koszarach polskich przy ul. Nowowiejskiej z trudem dostali 12 żołnierzy i na czele tego oddziału pomaszerowali do szpitala Ujazdowskiego. Na terytorium tego szpitala znajdowało się 3 000 Niemców, w tej liczbie paruset uzbrojonych podoficerów i szeregowych, stanowiących wartę i obsługę. Niemcy jednak nie stawiali oporu. Komendę prowizoryczną całego Szpitala Ujazdowskiego objął mjr Rudzki, który został na miejscu, mając dwóch żołnierzy polskich do pomocy, z resztą zaś płk Loth ruszył dalej i obsadził wszystkie szpitale wojskowe, stawiając na ich czele polskich lekarzy.*

Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości liczni „medycy” zostali skierowani na dokończenie przerwanych przez wojnę studiów medycznych.

Lekarze w wojsku i lekarze wojskowi

W Polsce niepodległej podjęto od jej zarania dyskusję nad koncepcją postaci lekarza wojskowego. Ścierały się dwa stanowiska. Jedno – które ograniczało rolę lekarza wojskowego do leczenia żołnierzy, i drugie – które widziało w lekarzu, w wojsku, oficera o gruntownej wiedzy medycznej, ale także dobrym wyszkoleniu wojskowym. Zwyciężyła koncepcja lekarza wojskowego, oficera o specjalności lekarskiej.

Koncepcja ta zrodziła się w Beniaminowie, gdzie byli internowani lekarze legionowi, a wśród nich dr Felicjan Sławoj-Składkowski. Byli oni pomysłodawcami utworzenia w Warszawie Wojskowej Szkoły Lekarskiej.

W 1922 r. nastąpiła demobilizacja. W końcu tego roku korpus służby zdrowia liczył 1167 oficerów. Blisko połowę tej liczby stanowili lekarze – oficerowie zawodowi, którzy ukończyli studia medyczne w państwach zaborczych i byli oficerami armii tych krajów. Dużą grupę stanowili tzw. stypendyści, na ogół byli studenci medycyny, którym wojna przerwała studia.

Kadrę tę dopełniali lekarze, oficerowie rezerwy, którzy w czasie demobilizacji wrócili do swego cywilnego statusu.

Organizator powojennego szkolnictwa medycznego w wojsku pułkownik (późniejszy generał) Stefan Hubicki sformułował koncepcje lekarza wojskowego:

Zadaniem lekarza cywilnego jest leczyć chorego, zadaniem lekarza wojskowego – nie pozwalać zdrowemu zachorować. Lekarz wojskowy musi być nie

tylko dobrym specjalistą, musi nadto posiadać wszelkie cechy żołnierza, musi dobrze sobie uświadomić życie żołnierza i wczuć się w warunki tego życia. Musi spełniać rozkazy i umieć je wykonać, musi umieć panować nad zbiorowiskiem ludzkim i nad okolicznościami. Lekarz wojskowy zawodowy musi umieć zawsze i wszędzie stawiać dobro armii ponad swoje osobiste interesy.

Kadrę przyszłych lekarzy wojskowych kształcono w Wojskowej Szkole Sanitarnej, która kształciła lekarzy, stomatologów i farmaceutów wojskowych oraz prowadziła ich doskonalenie zawodowe. W 1925 r. w jej miejsce powołano Oficerską Szkołę Sanitarną. Z niej wywodzili się będą kadry lekarzy-oficerów.

Pierwsza krew

Fragmenty wspomnień lekarzy legionowych i wojskowych z frontu 1919-1920

Wieczorem o zmroku ogień artyleryjski i karabinowy zaczyna szaleć. Jest nerwowo, przypomina bulgotanie ziemniaków pod pokrywą. Znam to z poprzednich bitew – to dowód, że nasi poszli do ataku. Wkrótce zaczynają napływać pierwsi ranni.

Ranni opowiadają, że komendant czwartego pułku, Roja, prowadził ich w ogień konno. Szli jak na paradzie. Mieli ciężki odcinek. Wpadli w ogień flankowy reduktu rosyjskiej pod Jastkowem i wielu z nich legło w rowie szosy Lublin-Puławy. Opatrujemy czwarków razem z naszymi chłopcami.

Pracujemy całą noc, a rannych nie ubywa. Każdy przywieziony ranny opowiada, że dużo ich jeszcze leży pod samymi drutami rosyjskimi. Jest już druga w nocy, za godzinę będzie widno. Jeżeli ich nie wyniesiemy teraz, to zginą, gdyż niepodobna iść we dnie pod druty okopów moskiewskich.

Felicjan Sławoj-Składkowski:
„Z walk pierwszej brygady”

W nocy z 13 na 14 sierpnia zostałem nagle zbudzony przez swego sanitariusza. Pułk został zaalarmowany i ruszył w drogę przed świtem. Idziemy w bój celem odebrania Radzyna. O godzinie 10 rozpoczęło się nasze natarcie. Pociąg sanitarny z czołówką wyjechał przed nasze pozycje, co znacznie ułatwiało ewakuację.

Niebawem jednak położenie bojowe zmieniło się na naszą niekorzyść. Nieprzyjaciel uderza od zachodu na m. Cegiennie. Nasze oddziały, zajmujące Radzyna otrzymują ogień z tyłu.

Widząc nasze niepowodzenie, zawróciłem z wozami i zbierałem pospiesznie, nawet bez nałożenia opatrunku, padających

na szosie rannych. Pociąg, widoczny dla nieprzyjaciela, również został ostrzelany i zaczął się pomału cofać, a ranni co chwilę do niego napływali.

Ranni padali tuż koło pociągu na szosie. Idąc z księdzem kapłanem widziałem, jak krzyknął jeden z żołnierzy tuż koło wolno cofającego się pociągu i osunął się ciężko na ziemię; został widocznie trafiony w klatkę piersiową.

Zawołałem na spieszących obok żołnierzy, aby podnieśli rannego i umieścili go w pociągu. Żołnierze chwilę zawahali się. Wówczas, jak kula, spadła ze stopni pociągu jakaś siostra wolontariuszka, szczupła blondynka, podskoczyła do rannego i – nie bacząc na wátłe siły, dźwignęła go całkowicie z ziemi. Podskoczyli natychmiast żołnierze i pomogli umieścić rannego w pociągu.

mjr dr Jan Bularski
Wspomnienia spod Radzyna.
Z tomu „Karabin i nosze”

Mijamy jakąś wieś, ani jednego światła w oknach, cisza, nawet pies nie zaszczeka. Czoło kolumny wchodzi na most, słychać jak dudnią kroki. Mijamy ostatnie domy wioski.

Nagle na czele kolumny jakiś krzyk – błysk i strzał. Kilka chwil ciszy i salwa. Koło uszy świsnęły pierwsze kule. Zaczyna się piekielny zamęt i beładna strzelanina.

Stoję w miejscu i nie wiem ani co się dzieje, ani kto i skąd atakuje, ani – co najważniejsze – co mam robić. Trwa to, przypuszczam, sekundy, ale na wojnie bywają sekundy i sekundy.

Co to było? Co to ma znaczyć. Robię parę kroków w kierunku przebiegających koło mnie żołnierzy, kiedy wpada na mnie ktoś z jękiem „o Boże, o Boże!” Chwytam



Siostry Czerwonego Krzyża prawdopodobnie z lekarzem wojskowym. Z albumu opisanego „Wojna 1914” ze znakiem Czerwonego Krzyża i warszawską Syrenką. Ze zbiorów specjalnych GBL – Jazdów.

go wpół i czuję na ręce ciepłą krew. Pierwszy ranny. Sądząc go przemocą w rowie i naprawdę już teraz nie wiem, co ma dalej robić. Ale wypadki będą szybko, obok mnie, tuż, tuż słyszę jęk. Robię krok i potykam się o zwiniętego w kłębek człowieka. Jest ranny w głowę. Staram się go dźwignąć, ale nie da się wyprostować. Jak spod ziemi wyrasta przede mną trzech ludzi. Sanitariusze. Poznają ich po bielących w ciemności opakach. Prowadzą rannego. Zatrzymuję ich przy moich dwóch rannych, a sam ruszam ku wsi odległej o kilkadziesiąt kroków, aby znaleźć miejsce na punkt opatrunkowy.

Tydzień temu jeszcze byłem w Krakowie w klinice prof. Maksymiliana Rutkowskiego. Wszyscy i wszystko było pod ręką. Jaki kontrast! Tu przy kopce świeczki opatrunkami osobistymi, austriackimi, trzeba opatrywać rany wielkości dłoni.

płk dr Jerzy Nadolski

Mój pierwszy punkt opatrunkowy. 6 października 1914 r. Lekarz Wojskowy, 1992, nr 9-10. Autor był lekarzem wojskowym, oficerem Legionów i Wojska Polskiego. Zginął w Starobielsku.

Zygmunt Wiśniewski

Wydział Lekarski i Stomatologiczny AM w Poznaniu, rok 1961

W 45 rocznicę naszego absolutorium organizujemy 21.10. br. w hotelu Centrum Kongresowe- go IOR w Poznaniu przy ul. Miczurina 20a (narożnik ul. Grunwaldzkiej) spotkanie koleżeńskie (rezerwacja hotelu tel. 061-867-11-68 lub na stronie www.ior.poznan.pl zawsze z podaniem przy nazwisku hasła „absolutorium”). Koszty: uczestnictwo w tzw. kawie 20 zł, w bankiecie 100 zł. Wpłaty, najlepiej niezwłocznie, na konto: Dzieciuchowicz i Sobisz 45 1750 0012 0000 0000 0745 7332 z podaniem aktualnego adresu. Panie prosimy o podawanie nazwiska z okresu studiów i obecnego. Informacje: Maciej Dzieciuchowicz, tel. 061-867-46-09, e-mail: dzsa@02.pl, Stanisław Sobisz, tel. 061-852-57-82.

Wydział Lekarski AM w Białymstoku, rok 1971

35 rocznica ukończenia studiów to doskonała okazja do spotkania po latach, kontaktu z koleżankami i kolegami z kraju i zagranicy, wspomnienia tych co odeszli, odwiedzenia murów naszej Alma Mater. W dn. 8-10.09.br. planowany jest Zjazd Absolwentów w Białymstoku. Zgłoszenia uczestnictwa: Janusz Zawistowski 15-281 Białystok, ul. Legionowa 11 m. 6 lub tel. 085-878-63-76, 505-129-714, e-mail: ksubieta@um.bialystok.pl do 30.07.br. Szczegółowy program i wysokość wpłaty prześlę po otrzymaniu zgłoszenia uczestnictwa.

Wydział Lekarski Katowicki ŚIAM, rok 1986

Spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy uzyskania dyplomu lekarza medycyny, w dn. 3-5.11.br., Hotel „Stok” w Wiśle-Jaworniku. Koszt pobytu: - biesiada, bankiet, dwa noclegi (3-5.11) 350 zł, - bankiet, nocleg (4-5.11) 200 zł. Wpłaty na konto: Hotel Stok, 43-460 Wisła, ul. Jawornik 52a ING Bank Śląski o/Wisła 97 1050 1096 1000 0001 0108 6080 z adnotacją Zjazd Absolwentów, do 30.09.br. Informacje i zapisy: www.zjazd20.cba.pl; Magda Bieszczanin (Cywińska), tel.: 0602-422-782; Małgorzata Klimza (Noszczyk), tel.: 0601-488-383.

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.

Ulewa dla piłkarzy

W dn. 26-28 maja w Zakopanem odbyły się I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 11-osobowej.

Imprezę poprzedziła 4-dniowa ulewa nad Tatrami, co spowodowało, że stan murawy przypominał boisko z meczu z Niemcami z 1974 r. Mimo to lekarze walczyli dzielnie i pokazali wiele wspaniałych zagrań.

Zwyciężyła drużyna Medyk Zabrze, która w decydującym meczu pokonała zeszlorocznych mistrzów Igrzysk Lekarskich – Kraków 1:0. Trzecie miejsce w turnieju zajął zespół absolwentów WAM. Królem strzelców turnieju został dr Robert Balawender z Krakowa, a jego bomba z 30 metrów w samo okienko w meczu z WAM była z poziomu Ligi Mistrzów. Najlepszym bramkarzem zawodów był Sebastian Telesz z Zabrze, którego robinsonady były podstawą sukcesu śląskiej drużyny. Zabranie będą reprezentować Polskę na tegorocznych Światowych Igrzyskach Medycznych w Toskanii.

Dekoracje medalowe na mistrzostwach poprowadził nowo upieczony szef komisji kultury i sportu NIL Jacek Tętnowski z Krakowa.

Pogoda dla biegaczy

Mistrzostwa Polski Lekarzy na 15 km

Takie hasło towarzyszy Biegowi Sokoła w Bukówcu Górnym koło Leszna. O ile przeciętnemu zjadaczowi chleba nazwa tej miejscowości najczęściej nic nie mówi, o tyle biegaczom w całej Polsce gwarantuje imprezę biegową na najwyższym poziomie, a biegającym lekarzom pozwala powalczyć od 9 lat w Mistrzostwach Polski Lekarzy na 15-kilometrowej, trudnej, pagórkowatej, ale bardzo malowniczej trasie.

Bieg odbywał się 2 kwietnia, w rocznicę śmierci Papieża Jana Pawła II. Organizatorzy nie zapomnieli o zaakcentowaniu tej ważnej chwili i na numerach startowych pojawiły się białe kokardki. O niepowtarzalnej atmosferze świadczy fakt, że do Bukówca przyjechało aż 270 zawodników z najdalszych zakątków kraju, a wśród nich 22 biegaczy i biegaczek spod znaku Eskulapa.

Mistrzem Polski Lekarzy został kolekcjoner tytułów Paweł Paliga z Głogowa, wicemistrzem Lucjan Habieda z Mszany Dolnej, a trzecie miejsce zajął Jacek Łabudzki z Sandomierza. Wśród pań na najwyższym podium stanęła debutantka z Leszna Małgorzata Wojciak, która wyprzedziła reprezentantkę Szczecina Mirosławę Przyłucką, a na najniższym stopniu podium stanęła niezmordowana 67-letnia Maria Pańczak z Poznania.

Duże słowa uznania należą się Leszkowi Walczakowi, jego dzielnej, również biegającej małżonce Lidii oraz Delegaturze Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Lesznie za trud przygotowania lekarskich mistrzostw.

Wojciech Łacki

Szachiści w Ustroniu

W dn. 18-21.05.br. w Ustroniu, w DW „Ziemowit” odbyły się VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach Szybkich P’15

Oprócz głównego turnieju odbyły się: Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy w Blitzu w P’5, Otwarty Turniej Rodzin Lekarskich i ich Przyjaciół w P’15, symultana szachowa i spotkanie z mistrzem mn. Olegiem Kalininem z Ukrainy, minikonferencja naukowa „Medycyna, a szachy”, a także spotkanie koleżeńskie przy ognisku.

Wystartowało 17 osób, w tym 2 kobiety, czyli nieco mniej niż w ubiegłych latach. Wśród uczestników mistrzostw byli przedstawiciele z różnych województw reprezentujący różne specjalności – począwszy od stomatologów, poprzez chirurgów, pediatrów, a skończywszy na psychiatrach. Zawodnicy mieli do rozegrania 11 rund tempem po 15 minut na zawodnika (partia 30-minutowa), najpopularniejszym obecnie, tzw. systemem szwajcarskim, polegającym na kojarzeniu ze sobą zawodników wg liczby zdobytych punktów.

Zawodnicy reprezentowali różny poziom wtajemniczenia w arkana „królewskiej gry”, poczynając od samych amatorów, poprzez pełnych profesjonalistów, reprezentujących na co dzień różne kluby sportowe, zawodników ze światowej listy rankingowej międzynarodowej federacji szachowej FIDE, a skończywszy na zawodnikach posiadających tytuły kandydata na mistrza.

Do zdobycia, oprócz zaszczytnego tytułu Indywidualnego Mistrza Polski, były również atrakcyjne nagrody rzeczowe, puchary, medale oraz dyplomy.

Po raz drugi przeprowadzono klasyfikację drużynową poszczególnych OIL. Na miano najlepszej izby lekarskiej, a co za tym idzie – tytuł Drużynowego Mistrza Polski – składał się sumaryczny wynik trzech najlepszych zawodników reprezentujących daną izbę lekarską.

Organizatorem mistrzostw, jak i poprzednich pięciu, był Jerzy Pabis, chirurg z Zabrze. Dzięki jego wytrwałości i wysiłkowi doszło do powstania mistrzostw i obecnej ich kontynuacji.

Właściwe (zamknięte) Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach P’15 były poprzedzone w tym

roku (jak i w poprzednim) Otwartymi Mistrzostwami Polski Lekarzy w Blitzu w P’5, dostępnymi dla wszystkich chętnych związanych ze środowiskiem lekarskim głównie więzami rodzinnymi. Ponadto pewną atrakcją tej imprezy była symultana szachowa (czyli gra równoczesna wielu zawodników) z mistrzem międzynarodowym Olegiem Kalininem z Ukrainy, aktualnym trenerem wielu polskich juniorów głównie z woj. świętokrzyskiego i śląskiego. Po symultanie odbyło się wspólne spotkanie i rozmowy na temat sportu szachowego.

Uczestnicy tego festiwalu sportu szachowego nie tylko rywalizowali z sobą za szachownicą, lecz również odbyli minikonferencję o roli medycyny w sporcie szachowym, a także wspólnie bawili się i dyskutowali przy tradycyjnym ognisku.

Na zakończenie całego festiwalu odbyła się w blasku fleszów dekoracja zwycięzców, wręczenie medali, pucharów i dyplomów oraz nagród. Po dekoracji odbyło się losowanie nagród wśród wszystkich uczestników, gdzie każdy, niezależnie od wyniku sportowego, mógł wylosować coś dla siebie. Cały festiwal zakończono wspólnym obiadem.

Dziękujemy wszystkim uczestnikom Mistrzostw i Turnieju Rodzin na udział w imprezie, zwłaszcza tym, których nie zniechęca kilkusetkilometrowa odległość i trudy wielogodzinnej podróży. Dziękujemy im również za postawę sportową, jaką zaprezentowali i przede wszystkim za to, że znaleźli czas, pomimo nawału obowiązków zawodowych, na rywalizację w „królewskiej grze”. Dziękujemy Naczelnej Izbie Lekarskiej i Śląskiej Izbie Lekarskiej za wsparcie finansowe w organizacji mistrzostw oraz patronat nad nimi.

Gratulujemy wszystkim zawodnikom wspaniałych wyników, sportowej postawy i zapraszamy wszystkich chętnych na kolejne (już 7) mistrzostwa w przyszłym roku.

Alfred Maślanka
sędzia główny mistrzostw
Jerzy Pabis – dyrektor Mistrzostw

Żeglarze na Dąbskiem

III Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby Lekarskich w Żeglarstwie Klasy Omega rozegrano w dn. 26-28 maja br. na akwenie jeziora Dąbskiego.

Startowano na łodziach klasy OMEGA, w trudnych warunkach atmosferycznych, przy często padającym deszczu i zmiennym, niekiedy niebezpiecznym wietrze, którego porywy dochodziły do 6-8 st. B.

Organizatorem była Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie, przy współudziale Yacht Klubu AZS.

Patronat honorowy objęła Naczelna Izba Lekarska, patronat medialny „Gazeta Lekarska” i „Vox Medici”.

Wieczorami uczestnicy regat spotykali się przy grillu wymieniając wrażenia oraz dokonując oceny przebiegu zawodów. Towarzyszyła im muzyka żeglarska zespołu szantowego „Stary Szmugler” oraz Chóru „Remedium” ORL. Z dużym zainteresowaniem spotkał się występ naszych gości-tancerzy zawodowych Anny Kowalskiej i jej partnera dr. Kacpra Koryzmy. Na olbrzymim billboardzie zaprezentowane zostały fotografie dokumentujące przebieg ubiegłorocznych regat. Codziennie na nim prezentowane były też aktualne wyniki zawodów.

28 maja w godzinach popołudniowych spotkaliśmy się na uroczystym zakończeniu regat. Trzem najlepszym załogom wręczone zostały puchary, pozostałe otrzymały dyplomy. Praktycznie

wszyscy uczestnicy otrzymali nagrody i upominki. Główną nagrodą dla zwycięskiej załogi jest rejs promem do Ystad. Rozlosowano także dwa bezpłatne rejsy dla pozostałych uczestników regat. Puchary w kształcie rozpiętych żagli wręczył prezesowi NRL Konstantemu Radziwiłłowi prezes ORL w Szczecinie Jacek Podolski, a komandorowi regat p. kpt. Ż. j. Witoldowi Zdrojewskiemu piszący te słowa.

Maciej Mrożewski
przewodniczący Komisji Kultury i Sportu

WYNIKI: **1** Warmińsko-Mazurska IL (*Stanisław Danieluk, Zbigniew Gugnowski, Waldemar Krupa*); **2** Opolska IL (*Sylwester Pikor, Bernard Ozimek, Andrzej Operacz*); **3** OIL w Szczecinie (*Paweł Rawski, Radosław Turowski, Rafał Drebot*); **4** Śląska IL (*Jacek Madejski, Jacek Węglorz, Ryszard Michalik*); **5** NIL (*Konstanty Radziwiłł, Joanna Mikołajczyk, Paweł Susłowski*); **6** Dolnośląska IL (*Paweł Kołomyjec, Michał Obst, Przemysław Piec*); **7** Warmińsko-Mazurska IL (*Bogdan Kula, Wojciech Lipski, Elżbieta Lipska*); **8** Wojskowa IL (*Piotr Świniarski, Jacek Hińcz, Bartosz Krakowiak*); **9** OIL w Szczecinie (*Waldemar Mazur, Jacek Siwulski, Artur Czarnecki*); **10** OIL w Szczecinie (*Jarosław Gołębiowski, Sebastian Kwiatkowski, Paweł Studnicki*); **11** OIL w Szczecinie (*Maciej Lewandowski, Mirosław Halcz, Marcin Śledź*); **12** Wlkp. IL (*Ryszard Szeszycki, Paulina Chałubka, Mariusz Laciński*).

Mistrzostwa wszechstronnych

20 maja br. po raz piąty rozegrano w Zielonej Górze na stadionie MOSiR -u Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Lekkoatletycznych.

Przy sprzyjającej słonecznej aurze rozegrano zawody w następujących konkurencjach: 60 m, skok w dal, pchnięcie kulą oraz 600 m. Wyniki poszczególnych konkurencji przeliczone na punkty wg tabel wielobojowych wyłoniły mistrzynię oraz mistrzów Polski.

Oto oni: I miejsce i tytuł Mistrzyni Polski Lekarzy w Wielobojach LA na rok 2006 uzyskała Małgorzata Tondryk - Zielona Góra, II - Anna Straburzyńska - Zielona Góra, III - Małgorzata Lorocho - Zielona Góra, IV - Joanna Siniawska, V - Izabela Ludwisiak. W kategorii do 45 lat I - Radosław Janek - Sulechów, II - Andrzej Siniawski, III - Jacek Różański, IV - Grzegorz Lorocho. W

kategorii powyżej 45 lat I - Maciej Cerbiński - Zielona Góra, II - Michał Gałaszek - Ustroń Śląski, III Ryszard Siwek - Lublin, IV Andrzej Tondryk - Zielona Góra, V - Ryszard Tężycki - Zielona Góra, VI - Jerzy Foerster - Gdańsk. Jednocześnie w zawodach brały udział nasze pociechy. Oto wyniki: I - Błażej Tondryk, II - Jakub Kremens, III - Katarzyna Cerbińska, IV - Weronika Siemion, V - Karol Łącki

Wszyscy uczestnicy zawodów zostali nagrodzeni, a medaliści uhonorowani medalami i pucharami wręczonymi przez prezesa Okręgowego Związku LA prof. Alfreda Owoca.

Organizator Maciej Cerbiński

• **1-3.09.2006 r.** Rowy k. Ustki. III Usteckie Dni **Onkologiczne**. Komitet Organizacyjny: Oddział Chirurgii Onkologicznej WSzS w Słupsku, ul. Kopernika 28, 76-200 Słupsk, tel./faks 059-842-95-35, e-mail: onkoustka@wp.pl

• **6-9.09.2006 r.** Warszawa. XXII Zjazd Pol. Tow. **Hematologów i Transfuzjologów**. Komitet Organizacyjny: Instytut Hematologii i Transfuzjologii, ul. Chocimska 5, 00-957 Warszawa, tel./faks 022-849-85-07, e-mail: zjazd-pthit@ihit.waw.pl

• **7-8.09.2006 r.** Kraków. Kurs „**Parkinson’s Disease and other Movement Disorders. New Advances in Understanding and Treatment**” organizowany przez prof. Grzegorza Opalę, kier. Katedry i Kliniki Neurologii Wieku Podeszłego SIAM. Informacje: Biznes Serwis „GALOP” Centrum Organizacji Konferencji i Kongresów GALOP 40-851 Katowice, ul. Żelazna 1 lok.213, tel. 032-253-00-68, faks 032-359-09-28

• **9-13.09.2006 r.** Zakopane. Kurs: **Ultrasonograficzne badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafa**. Informacje: dr Michał Kulej, tel./faks 018-201-24-17, sms 0604-200-311, SONO MEDICUS 34-500 Zakopane, skr. poczt. 411, e-mail: kulej@ozzl.org.pl

• **14-16.09.2006 r.** XI Zjazd Sekcji **Chirurgii Wojskowej** Tow. Chirurgów Polskich: - 1. Nowotwory wpustu - 2. Chemioterapia nowotworów okolicy wpustu - 3. Zmiany przedrakowe i raki dolnego odcinka przełyku i wpustu - 4. Problemy kardiologiczne u pacjentów operowanych z powodów niekardiologicznych - 5. Laparoscopia w nienowotworowych chorobach połączenia przełykowo-żołądkowego - 6. Chirurgia bariatryczna - 7. Współczesne problemy diagnostyki i leczenia urazów wielonarządowych w warunkach pokoju i wojny - 8. Sesja plakatuowa dotycząca powyższych tematów + *Postępy w chirurgii*. Pełna informacja, rejestracja uczestników, rezerwacja hoteli na stronie www.zjazdchirwoj.pl. Organizator: ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław, tel./faks 071-766-03-12, e-mail: klinchirwojwroc@op.pl
Klinika Chirurgiczna 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką – SP ZOZ, kierownik Kliniki dr n. med. Jan Cianciara

• **15-16.09.06 r.** Szczyrk, hotel „Orle Gniazdo”. Centr. Onkologii Inst. im. M. Curie-Skłodowskiej, Oddz. w Krakowie, Klinika Ginek. Onkologicznej, Szpital Położn.-Ginek. „Ujastek” w Krakowie zapraszają na XI Konferencję Naukowo-Szkoleniową: **Postępy w ginekologii onkologicznej**. Informacje: www.ujastek.pl

Bioetyka

29.09.2006 r. Warszawa, Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, początek godz. 10.30. Konferencja bioetyczna nt.: **Świadoma zgoda w eksperymentach medycznych** – dla członków komisji bioetycznych. Zgłoszenia do 10.09. br.: e-mail: jpuchala@oil.org.pl lub pocztą Komisja Bioetyczna OIL Warszawa, ul. Baśniowa 3, 02-349 Warszawa albo faksem 022-668-74-85. Formularz zgłoszenia udziału dostępny pod adresem www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/tematy/komisje/stale/bioetyki. Udział w konferencji bezpłatny. Koszty dojazdu powinny pokryć rejonowe komisje bioetyczne.

• **22-24.09.2006 r. Kraków.** XII Sympozjum Polskiego Towarzystwa **Rehabilitacji: Óce-na skuteczności rehabilitacji medycznej oparta na dowodach naukowych**. Informacje: Komitet Organizacyjny XII Sympozjum PTReh, Katedra Rehabilitacji Klinicznej, AWF, Al. Jana Pawła II 78, 31-571 Kraków; www.awf.krakow.pl/sympozjum12.htm oraz www.ptreh.malopolska.pl

• **25-27.09.2006 r.** Lublin. II Ogólnopolska Konfer. Naukowo-Szkol.: **Problemy diagnostyki, rehabilitacji i rozwoju dziecka niepełnosprawnego**, organizowana przez Zakład **Genetyki** Medycznej AM w Lublinie. Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikaty uczestnictwa w konferencji. Lekarze med. otrzymają 36 pkt. edukac. Informacje: przew. Konferencji dr hab. n. med. Janusz Kocki, Zakład Genetyki Medycznej, AM w Lublinie, ul. Radziwiłłowska 11, 20-950 Lublin, tel. 0-81-532-34-17, www.wspoldzialnie.pl, e-mail: kocki@bg.am.lublin.pl

• **27-30.09.2006 r.** Białowieża. XVI Sympozjum **Endokrynologii Dziecięcej**. Informacje: www.zjazdpted.pl

• **28-30.09.2006 r.** Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkol. z okazji 55-lecia Katedry i Kliniki **Laryngologii** SIAM w Katowicach. Informacje: Klinika Laryngologii, 40-027 Katowice, ul. Francuska 20, e-mail: laryngologia@spskm.katowice.pl

• **28-30.09.2006 r.** Katowice. Wydział Zdrowia Publicznego SIAM w Katowicach, Komitet Epidemiologii i Zdrowia Publicznego PAN oraz Department of Epidemiology and Biostatistics, McGill University, Montreal, Kanada zapraszają na EPISTATKAT ‘2006. Sympozjum naukowe i seminarium poświęcone **metodologicznym problemom medycznych badań naukowych**. Komitet Organizacyjny: Katedra Zdrowia Publicznego, SIAM, ul. Medyków 18, 40-752 Katowice, tel. 0-32-252-37-34, e-mail: epikat@slam.katowice.pl

• **30.09.2006 r.** Gdańsk. Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej AM w Gdańsku zaprasza na konferencję naukowo-szkoleniową z cyklu **Torakoneptunalia** 2006: **Nowotwory neuroendokrynne płuca**. Komitet Organizacyjny: Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej AM w Gdańsku ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk tel. 058-349-24-00, 058-349-24-31, faks 058-349-24-29, e-mail: klubtorako2005@amg.gda.pl, www.thorax.amg.gda.pl

• **12-14.10.2006 r.** Hotel Belvedere Resort & Spa, ul. Droga do Białego, 34-500 Zakopane – I Międzynarodowa Konferencja: **Kontrowersje i postępy w chirurgii kręgosłupa**. Organizator: Katedra Ortopedii, Klinika Ortopedii i Rehabilitacji Wydziału Lekarskiego UJ CM, ul. Balzera 15, 34-501 Zakopane. Biuro organizacyjne: Symposium Cracoviense, 31-123 Kraków, Krupnicza 3, tel. 012-422-76-00, faks 012-421-38-57, www.symposium.pl/Zakopane, e-mail: info@symposium.pl

• **20-21.10.2006 r.** Poznań. II Wielkopolska Konferencja Diabetologiczna **Powikłania cukrzycy** jako problem interdyscyplinarny: **Proces zapalny, stres oksydacyjny i dysfunkcja śródbłonna w cukrzycy**. Organi-

zatorzy: Oddział Wielkopolski Pol. Tow. Diabetologicznego, Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Klinika Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego, Klinika Położnictwa i Chorób Kobietych AM w Poznaniu. Informacje na stronie: www.gpsk.am.poznan.pl/wkd

• **3.12.2006 r.** Warszawa. Katedra i Klinika Otolaryngologii AM w Warszawie, Stowarzyszenie „Rynologia Polska” oraz Polska Grupa Badań Nowotworów Głowy i Szyi organizują Międzynarodowe Sympozjum: **Diagnostyka i leczenie nowotworów skóry głowy i szyi**. Przewidujemy uzyskanie 7 pkt. edukac. Wykłady prowadzone będą w j. polskim i angielskim (bez tłumaczeń). Oplata uczestnictwa 150 zł - dla uczestników III Forum **Rynologicznego** – wstęp wolny. Wstępny program: www.magazynorl.pl. Wypełniony formularz należy przelać na adres Kliniki ORL AM w W-wie: 02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a.

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy praktyczno-teoretyczne w 2006 r. Pkt. edukac. Info i zapisy: 09-400 Płock, ul. Kwiatka 39/1, tel./faks 0-24-264-36-07, 0601-345-372, 0600-051-957, www.mszu.pl, e-mail: mazowiecka@mszu.pl

ABACUS. Konferencje w 2006 r. Informacje: Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o. o., ul. Astronomów 3, pok. 424, 01-450 Warszawa, tel. 022-668-71-85, faks 022-668-71-89, www.abacus.edu.pl, e-mail: abacus@abacus.edu.pl

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii** Szkolenia podstawowe w 2006 r. Numer w rejestrze DIL 24A/PSz/A/2005. Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66 lub 0606-350-328, www.usg.webd.pl, e-mail: r.baran@neostrada.pl

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** Cedus.Kursy w 2006 r. Informacje i zgłoszenia: Szkoła-Cedus, ul. Fałata 2/24, 02-535 Warszawa, tel. 022-646-41-56, e-mail: kursy@cedus.edu.pl, www.cedus.edu.pl

Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT. Kursy w 2006 r.: Zgłoszenia: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, nr konta: 91 1140 2004 0000 3202 4111 5989, tel./faks: 032-251-22-64; 0601-423-243, www.msp-pakt.med.pl, e-mail: medycznesympozja@msp-pakt.med.pl.

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne** w 2006 r. Punkty edukacyjne. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./faks 061-819-25-00, tel. 0603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy w 2006 r. Informacje i zapisy: tel. 084-638-55-12, 0638-80-90, 0638-80-91, www.usg.com.pl

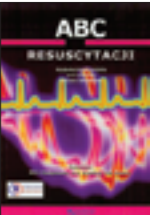
u.bakowska@gazetalekarska.pl

Górnicki Wydawnictwo Medyczne, 50-357 Wrocław, ul. Grunwaldzka 90, tel. 071-328-08-43, faks 071-328-11-67, e-mail: zamowienia@gornicki.pl, www.gornicki.pl



EKG w medycynie ratunkowej Amal Mattau, William Brady wyd. I polskie, Wrocław 2006, s. 172

Podręcznik przygotowany przez specjalistów z zakresu intensywnej opieki medycznej ułatwiający samodzielną naukę interpretacji zapisów EKG zarówno podstawowych, jak i bardziej złożonych. Z powodu różnorodności zamieszczonych 200 elektrokardiogramów, którym towarzyszą opisy stanu klinicznego pacjentów oraz podana osobno precyzyjna analiza zaburzeń EKG wraz z diagnostyką różnicową. Książka może stanowić podstawę do nauki i sprawdzenia własnej wiedzy nie tylko dla lekarzy medycyny ratunkowej, ale również dla lekarzy internistów i rodzinnych oraz studentów medycyny.



ABC resuscytacji II wydanie polskie pod red. Juliusza Jakubaszki wyd. II polskie, Wrocław 2006, s. 126

Pierwsze wydanie polskie z 2002 r. spotkało się z dużym zainteresowaniem czytelników. Podręcznik stał się podstawowym źródłem wiedzy o zasadach resuscytacji oddechowo-kръżeniowej dla studentów i młodych lekarzy oraz instruktorów pierwszej pomocy. Oddawane obecnie do rąk polskiego czytelnika drugie wydanie oparte jest na nowych, obowiązujących od 2005 r. wytycznych procedur resuscytacyjnych. W standardach nauczania pierwszej pomocy Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej książka jest zalecana jako materiał dydaktyczny.

Wydawnictwo Via Medica 80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73. Internetowa Księgarnia Medyczna IKAMED, tel. 058-320-94-53, faks 058-320-94-60, e-mail: sprzedaz@vmgroup.pl, www.ikamed.pl



Choroba Alzheimera Leszek Bidzian wyd. I, Gdańsk 2005. s. 40, cena kat. 9,00 zł

Książka jest zbiorem najważniejszych informacji dotyczących choroby Alzheimera. Autor w przystępny sposób opisuje jej podłoże patogenezy, przebieg kliniczny, postępowanie diagnostyczne oraz terapeutyczne. Pozycja stanowi praktyczne źródło aktualnej wiedzy, przydatnej specjalistom stykającym się z tą chorobą w swojej codziennej pracy. Jest pomocą dla psychiatrów, neurologów, geriatrów i lekarzy pracujących w domach opieki.



Terapia małżeńska Stanislaw Kratochwil wyd. I, Gdańsk 2006, s. 270

Autor prezentuje przegląd współczesnych teoretycznych koncepcji małżeńskiej psychoterapii, przedstawiających różne wyobrażenia na temat przyczyn powstawania małżeńskiej dysharmonii. Dużo uwagi poświęca komunikacji pary małżeńskiej oraz praktycznym wskazówkom jak ją doskonalić oraz podstawowym typom małżeńskich problemów. Praca przeznaczona dla doradców małżeńskich, psychologów klinicznych i lekarzy oraz studentów medycyny, psychologii i nauk społecznych.

a-medica press 43-300 Bielsko-Biała, skr. poczt. 333, tel. 033-816-90-79, faks 033-828-13-72, e-mail: poczta@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl



Wspomnienia onkologa. Porażki i sukcesy prof. dr hab. med. Marek Pawlicki Bielsko-Biała 2005, s. 192

Wspomnienia lekarza onkologa to czasami wstrząsające relacje, zwłaszcza że skupiają się głównie na przeżyciach chorych a nie porażkach i sukcesach lekarza, jak to określa podtytuł książki. Pokazuje jak ważne jest w tej chorobie dawanie nadziei, opieka i wsparcie rodziny, a przede wszystkim wczesne jej rozpoznanie. Dlatego też na końcu tej osobistej książki autor zamieszcza rozdział zawierający wskazówki niezbędne we wczesnym wykrywaniu raka, szczególnie na podstawie własnych obserwacji. Ile ciepła i dobroci dla ludzi powalonych chorobą emanuje z tych kart odczuje każdy kto zetknie się z tą publikacją.



Zapalenie zatok przynosowych Dariusz Jurkiewicz, Beata Zielnik-Jurkiewicz Bielsko-Biała 2005, s. 72

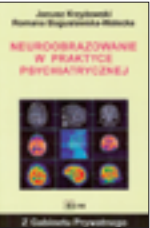
Publikacja kupia się na szczegółowym omówieniu tego schorzenia w oparciu o najnowsze badania kliniczne. Omawia obraz kliniczny, przyczyny powstawania choroby, diagnostykę, leczenie, powikłania. Zawiera tabele: „Dolegliwości i objawy w ostrym zapaleniu zatok przynosowych wg. Kennedy’ego (1990)”, „Antybiotyki stosowane w leczeniu zapaleń zatok przynosowych”, „Leki...”

EKG jasno i zrozumiale Andrew R. Houghton, David Gray wyd. II poszerzone i uzupełnione. Bielsko-Biała 2005, s. 272
Jasny i logiczny układ, krótkie, treściwe informacje, przejrzyste ryciny to zalety tej książki. II wydanie zaktualizowane podręcznika dla studentów i lekarzy praktyków. Zawiera jeden nowy rozdział „Ambulatoryjne monitorowanie EKG”.



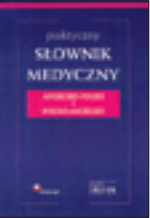
Wydawnictwo Medyczne „Medyk” Sp. z o. o. 01-360 Warszawa, ul. Człuchowska 66, tel. 022-666-43-32, faks 022-664-04-51, e-mail: poczta.medyk.com.pl; www.medyk.com.pl

Neuroobrazowanie w praktyce psychiatrycznej Janusz Krzyżowski, Romana Bogusławska-Walecka seria **Z Gabinetu Prywatnego** wyd. I, Warszawa 2006, s.190, cena det. 40 zł
Dynamicznie rozwijające się w ostatnich latach nowe metody neuroobrazowania stają się niezbędne dla wykluczenia dla organicznego schorzenia psychiatrycznego. Mają one również ogromny udział w wyjaśnieniu przyczyn i mechanizmów wielu zaburzeń psychiatrycznych. Książka ma charakter monografii i jest pierwszą tego typu publikacją w polskim piśmiennictwie. Jest wynikiem wieloletniej współpracy psychiatry i neuroradiologa.



Praktyczny słownik medyczny angielsko-polski i polsko-angielski red. Jarosław Józwiak

wyd. I, Warszawa 2006, s. 622, cena detal. 79 zł
Jest to od dawna oczekiwany, nowoczesny słownik medyczny opracowany od podstaw współcześnie i zawierający słownictwo z najnowszych dziedzin biomedycyny jak genetyka czy biologia molekularna. Słownik powstał na bazie słownika internetowego Leksyska.pl. Zawiera wybór ok. 40 tys. haseł, które wybrano jako najczęściej stosowane w piśmiennictwie medycznym i lekarskim języku mówionym.



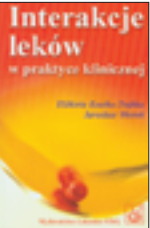
Ponadto nadesłano:

Choroby struktur dna miednicy pod red. Tomasza Kościńskiego wyd. I, Poznań 2006. **Zysk i S-ka Wydawnictwo** 61-774 Poznań, ul. Wielka 10, tel./faks 061-855-06-90, www.zysk.com.pl, s. 266
Publikacja omawia zaburzenia funkcji narządów dna miednicy jako schorzenie interdyscyplinarne interesujące zarówno chirurgów, proktologów, ginekologów, gastroenterologów, radiologów i urologów, jak i pediatrów i geriatrów. Celem publikacji jest dostarczenie najnowszej wiedzy na temat patofizjologii i terapii najczęściej spotykanych schorzeń powodujących dysfunkcje narządów dna miednicy.



Interakcje leków w praktyce klinicznej Elżbieta Kostka-Trąbka, Jarosław Woroń wyd. I, Warszawa 2006, s. 248. **Wydawnictwo Lekarskie PZWL**, 00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10. zamówienia: (tel. 022-695-44-80, faks 022-695-44-87, infolinia 0801 142 080, www.pzwl.pl, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1, skr. poczt. 379) realizowane są za zaliczeniem pocztowym (7 zł – zam. powyżej 150 zł bezpłatnie). Pełna oferta: www.pzwl.pl oraz Katalog Wydawnictwa.

Publikacja omawia wpływ interakcji leków na bezpieczeństwo i skuteczność stosowanej farmakoterapii. Leki podzielono na grupy terapeutyczne, co ułatwia czytelnikowi korzystanie z informacji. Opracowanie pozwala także na określenie ryzyka interakcji leków z całej grupy terapeutycznej. Szczególną uwagę zwrócono na skutki kliniczne interakcji, co dla lekarzy praktyków jest źródłem informacji jak leczyć, czym leczyć, jak kojarzyć leki. W książce opisano dostępne w Polsce leki i ich interakcje z innymi, jednocześnie stosowanymi lekami.



Podręcznik medycyny manualnej. Atlas zabiegów: miednica, kręgosłup lędźwiowy, piersiowy i żebra Zbigniew Arkuszewski wyd. 1, Kraków 2006, str. 344, il. 417, cena: 51 zł.

ELIPSA-JAIM s.c., ul. Gontyna 10/1, 30-203 Kraków, tel./faks 0-12 641-67-49, www.rehmed.pl
Autor jest specjalistą neurologiem, współzałożycielem i wieloletnim prezesem PTL Medycyny Manualnej, autorem wielu publikacji naukowych. Od 30 lat prowadzi kursy szkoleniowe medycyny manualnej, jest uczniem prof. Karela Lewita z Pragi („ojca” medycyny manualnej w Europie). Podręcznik obejmuje materiał teoretyczny i program kursów medycyny manualnej, zatwierdzony przez Śląską IL. Przeznaczony dla lekarzy i fizjoterapeutów pragnących poznać zasady medycyny manualnej oraz jako pomoc dla praktykujących specjalistów medycyny manualnej. Książka z serii „Biblioteka Specjalisty Rehabilitacji” jest kontynuacją wydanej w 2001 r. książki „Podręcznik medycyny manualnej. Atlas zabiegów – kręgosłup szyjny”.

