

7-8 2008

Gazeta
Lekarska
ISSN 0667-2146
Pismo Izby Lekarskich

Exemplarz bezpłatny

Jednorodne Grupy Pacjentów

str. 4-5





Polski koszyk jednorodny

Za dobre rzeczy trzeba ludzi wynagradzać. Nie wystarczy moralizować, wzdychać ani marudzić, że nikt nas nie rozumie, aby sięgać po sukcesy na dużą skalę. Szkoci owładnięci nałogiem palenia będą mogli otrzymać 50 funtów miesięcznie przez trzy miesiące jako finansową zachętę do rzucenia palenia. Nie poskapi na to publicznego grosza autonomiczny rząd rzekomo skąpej Szkocji, który na ten eksperyment wyłoży wkrótce pół miliona funtów. Palacze rozstający się z nałogiem otrzymają elektroniczną kartę honorowaną przez supermarkety, którą będą mogli płacić za warzywa i owoce, ale nie alkohol czy papierosy. Nadużyciom ma zapobiegać cotygodniowy test wykrywający tlenek węgla w oddechu, który palacze rzucający nałóg będą mogli zrobić sobie w aptece.

U nas tymczasem władzy sen z oczu spędza obsesja, jak tu na ochronę zdrowia przeznaczyć coraz mniej pieniędzy i jak tę sprawę opędzić nie tyle z kasy państwowej, co z portfeli obywateli i skarbonek ciulaczy. Co więcej ta obsesja jest tym silniejsza, im bardziej ośrodek decyzyjny oddala się od lekarzy i ekspertów w kierunku wszechwiedzących doradców i zarozumiałych doradców premiera Donalda Tuska, którzy zasmakowawszy salonów próbują naprawiać świat. Ci dworzanie, ufni w swoje ponadprzeciętne poparcie, chcą słuchać tylko pochlebstw i zachwytów, a krytyczne, choć życliwe uwagi traktują jako oportunizm lub w najlepszym scenariuszu nie dostrzegają ich. Cierpliwość organizacji lekarskich i związków zawodowych z wolna się wyczerpuje, o czym świadczyć może choćby demonstracyjne opuszczenie w czerwcu br. obrad sejmowej podkomisji ds. nowelizacji ustawy o ZOZ-ach przez delegacje OPZZ, OZZL, OZZPiP, a także prezesa NRL Konstantego Radziwiła.

Koszyk świadczeń gwarantowanych jest chyba jedynym elementem reformy ochrony zdrowia, na który wszyscy się zgadzają. Uważa się nawet powszechnie, że jest to sprawa, bez której nie można wprowadzić wielu innych jej elementów, jak np. dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Tymczasem gdzieś po drodze zginął koszyk świadczeń częściowo gwarantowanych. Wydaje się, że wszyscy wszyscy będą mieli zagwarantowane, dopóki nie skończą się pieniądze, a tych jest tylko 46 miliardów zł. Ku zaskoczeniu ideę koszyka połączono z wprowadzeniem przez NFZ systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Ten prosty mariaż, a może konkubinat pojęciowy skomplikował i tak już niełatwe zagadnienie koszyka, teraz już mało kto wie, o co chodzi. „Można odnieść wrażenie, że również osoby wypowiadające się na te tematy nie do końca rozumieją, o czym mówią, ale przecież nie o to chodzi, aby rozumieć, ważne, żeby się wypowiadać” – twierdzi Andrzej Sośnierz (PiS, a wcześniej PO), którego w tych sprawach onegdaj sukces ominął również sporym łukiem. Fakt, że koszyk i JGP to dwie różne sprawy, które nie mają ze sobą wiele wspólnego. JGP to sposób rozliczania się funduszu z tymi, którzy wykonują usługi zdrowotne.

Zdaniem prezesa NFZ Jacka Paszkiewicza wprowadzenie systemu JGP zwiększy przychody szpitali średnio o 12 proc. Zwiększy albo nie – ripostują dyrektorzy szpitali, którzy dotychczas dobrze sobie radzili z bilansowaniem swoich placówek. Na starcie nie brakuje optymistów, choć przybywa dylematów i wątpliwości. Czy obowiązki wpisywania danych do systemu spadnie na lekarzy, czy poradzą sobie z tym szpitalne metorgi? W połowie polskich szpitali nie ma przecież sekretarek medycznych. Kontrowersje budzi to, że JGP wprowadza się bez przygotowania, a w dodatku ryzyko całej tej operacji spada na szpitale. Co z tego wyniknie, próbuje przewidzieć nasza publicystka Agnieszka Katrynicz.

Przyjemnej lektury i udanych urlopów!

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Zyskowe grupy	4-5
Okiem Prezesa	5
Lekarz musi dawać przykład	6-8
Jarmark zdrowia	9
U stomatologów	10-13
Mniej piasku w tryby	14-15
Koszyk, którego nie ma	16-17
Fatamorgana	19
Receptologia stosowana	20-21
Planowane zmiany zatrudnienia	23
Angielska ewolucja	24-25
Pacjent i lekarz w uporczywej reformie	26-27
Przychodzi lekarz do prawnika	28-29
Raport z marszu pogorzalców	30, 32-33
„Ja mam inny pogląd!”	34-35
Lekarski sport	36-38, 42
Książki nadesłane	38-39
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	40-41
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	43-59
Ogłoszenia różne	59-60
Program TVN Med	61

Zbadaj swoje oczy!
www.zbadajoczy.pl

Zbieraj **punkty edukacyjne**
przez **Internet**
www.kursy.portalmed.pl

Największa baza ofert pracy dla lekarzy
www.praca.gazetalekarska.pl

Zyskowe grupy

Agnieszka Katrynicz

Od 1 lipca w szpitalach obowiązuje nowy system rozliczeń z NFZ oparty na tzw. jednorodnych grupach pacjentów. – Dzięki tej zmianie placówki dostaną więcej pieniędzy – uważa Jacek Paszkiewicz, prezes NFZ.

W systemie jednorodnych grup pacjentów (JGP) – angielskie DRG (*Diagnosis Related Groups*) – świadczenia zostały przypisane do 462 grup terapeutycznych (poszczególne kategorie bądź pozycje są klasyfikowane wokół podobnych cech klinicznych i podobnego zużycia środków na leczenie). – Wprowadzenie tego systemu zwiększy przychody szpitali średnio o 12 proc. – zapewnia Paszkiewicz.

To przekonanie wynika z wyników pilotażu przeprowadzonego w 63 szpitalach w Polsce. A więc – według założeń NFZ – jeszcze w tym roku do szpitali trafi dodatkowe 2,8 mld zł. Kolejną dobrą wiadomością jest także to, że do 48 zł ma też wzrosnąć średnia wartość tzw. punktu rozliczeniowego. Niestety, nie oznacza to jednak, że wszystkim placówkom zostanie zaproponowana taka sama cena. Wiele wskazuje na to, że taka wycena zostanie przedstawiona instytutom i klinikom. Mniej otrzymają szpitale powiatowe, których – co warto przypomnieć – jest w Polsce najwięcej (stanowią prawie 70 proc. wszystkich szpitali).

Jak pilotaż

Entuzjazm NFZ wobec wprowadzenia JGP jest zrozumiały - oznacza to bowiem uszczelnienie wydatków, bo zmusza szpitale do dokładnego liczenia kosztów. A możliwości dopisywania danemu pacjentowi kosztownych badań, których nie wykonano, tylko po to, by dostać większą stawkę, zostały zredukowane niemal do zera.

Ala czy ta zmiana jest także korzystna dla świadczeniodawców? – Na 84 proc. świadczeń poprawnie zakodowanych w no-

wym systemie rozliczeniowym odnotowaliśmy 5 proc. wzrostu przychodów – mówi dyrektor **Kazimierz Turkiewicz**, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, placówki, która brała udział w pilotażu. – Okazało się, że nad kodowaniem pozostałych 16 proc. musimy jeszcze popracować, ale wszystko jest do zrobienia.

Jednak nie wszyscy są tak entuzjastycznie nastawieni. – Testowaliśmy ten system przez miesiąc, więc trudno wyciągnąć wnioski czy rzeczywiście szpital dostanie więcej pieniędzy – mówi **Krzysztof Bederski**, zastępca dyrektora ds. leczenia szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie. – Moim zdaniem powinniśmy zarobić dokładnie tyle samo, co przedtem.

Wątpliwości budzi także to, że większość testowanych placówek miała spore problemy z kodowaniem nowych procedur (osiągnięto średnią na poziomie ok. 60-70 proc.), a w dodatku w teście w większości brały udział duże placówki, czyli szpitale wojewódzkie i kliniczne.

Niemniej ważną sprawą jest to, że – z perspektywy szpitali – decyzja zapadła niemal z dnia na dzień. – Poza informacjami na stronach internetowych i w prasie nie mamy pojęcia co się będzie działo po 1 lipca – mówi **Anna Zmysłowska**, wicedyrektor ds. leczenia szpitala wojewódzkiego w Lublinie.

Kolejność działań przy grupowaniu pacjentów (wpisywaniu pacjenta do danej grupy DRG) składa się z trzech etapów:

- 1. Przypisania rozpoznania zasadniczego postawionego po zakończeniu pobytu. Rozpoznanie to (choroba zasadnicza) kwalifikowana jest automatycznie do jednej z głównych grup diagnostycznych.**
- 2. Stwierdzenia czy leczenie przebiegało z użyciem inwazyjnych metod terapeutycznych lub diagnostycznych. W sytuacji zastosowania takiej procedury zostaje wprowadzona jej nazwa i kod wg Klasyfikacji Procedur.**
- 3. Wpisania potencjalnie, niestale występującego modyfikatora jakim są wiek i rozpoznanie współistniejące oraz płęć i waga urodzeniowa (w przypadku noworodków).**

NFZ zaczął organizować szkolenia na dwa tygodnie przed wejściem w życie nowych zasad. W efekcie wiele szpitali nie ma do ostatniej chwili nie wiedziało co ich czeka po 1 lipca.

Brak ludzi

Wraz z nowym systemem pojawia się także kolejny problem: kto w systemie JGP ma wpisywać dane do systemu. – Już dyrektywa unijna o czasie pracy lekarzy sprawiła, że dyrektorzy szpitali mieli problem z lekarzami i niemal siłą musieli ich zmusić do podpisania klauzuli *opt-out*, jeśli teraz dołożymy im nowy obowiązek nauczania się systemu JGP, to podniesie się bunt, a nie stać nas na kolejne podwyżki płac – mówi **Norbert Krajczy**, dyrektor szpitala w Nysie, jednocześnie senator PiS.

Jednak zdaniem NFZ wpisywaniem danych do systemu nie muszą zajmować się lekarze.

– Wystarczą osoby zajmujące się statystyką medyczną – twierdzi Paszkiewicz.

Problem polega jednak na tym, że trwające wiele lat restrukturyzacje w ochronie zdrowia doprowadziły do sytuacji, że w szpitalach personel administracyjny został ograniczony do minimum. A mniej więcej w połowie z 700 polskich szpitali nie ma nawet sekretarek medycznych. – W Niemczech samo szkolenie informatyków zajmujących się kodowaniem zajęło trzy lata, a u nas chce się to wprowadzić z dnia na dzień – podkreśla **Dariusz Hankiewicz** z NRL, dyrektor szpitala w Radzyniu Podlaskim.

Program, finansowany ze środków unijnych, przewiduje, że w polskich placówkach tacy fachowcy pojawią się najwcześniej za dwa i pół roku. Do tego czasu placówki nie będą miały innego wyjścia jak we własnym zakresie wyszkolić lekarzy (co lekarz prowadzący będzie musiał wpisać do systemu – patrz ramka).

– Na pewno JGP zmusza do mobilizacji lekarzy do efektywności, w tym do rzetelnego ewidencjonowania świadczeń – nie ukrywa **Krzysztof Tuczapski**, prezes Zamojskiego Szpitala Niepublicznego sp. z o.o., biorącego udział w pilotażu. – Ale nie jest to bardziej skomplikowana procedura niż przy poprzednim raportowaniu do NFZ.

Pewnym pocieszeniem może być to, że przez trzy pierwsze miesiące (czyli do października) funkcjonowania nowego systemu świadczeniodawcy w razie kłopotów z przypisaniem wykonanych świadczeń do poszczególnych grup pacjentów będą mogli stosować tzw. uproszczoną sprawozdawczość sporządzoną np. w Excelu. Będą wtedy otrzymywać środki finansowe w wysokości 1/12 rocznego kontraktu za dany miesiąc.

Przerzucanie ryzyka

Zmiana rozliczeń na JGP nie budzi większych kontrowersji – wszak to jest system obowiązujący w wielu krajach europejskich (np. Francji, Wielkiej Brytanii, Austrii) czy w USA. Kontrowersje budzi to, że wprowadza się go bez przygotowania, a w dodatku ryzyko całej tej operacji spada na szpitale – wszak to placówki, które szybko nie nauczą się odpowiedniego raportowania, nie dostaną pieniędzy za udzielone świadczenia. – I NFZ, i szpitale uczą się JGP, ale to my, świadczeniodawcy, poniesiemy całe ryzyko – mówi Hankiewicz.

To prawda, ale warto przypomnieć historię. System tzw. DRG (*Diagnosis Related Groups*) został na szeroką skalę wprowadzony przez amerykańskiego płatnika Medicare właśnie po to, by przenieść część ryzyka na szpitale. To placówka ma starać się wyleczyć pacjenta tak, by zmieścić się w stawce oferowanej przez ubezpieczyciela i nie ma tu znaczenia poziom referencyjny szpitala, bo liczy się zakwalifikowanie do grupy schorzeń, a nie gdzie dane świadczenia zostało wykonane.

– Ten system powinien działać na rzecz zmniejszenia kosztów leczenia danego pacjenta – podkreśla **Adam Kozierekiewicz**, ekspert rynku medycznego. Sytuacją idealną jest, gdy szpital może wyleczyć pacjenta poniżej wyceny płatnika, bo wtedy zarobi. Czy to jest możliwe? Tak, pod warunkiem, że wyceny procedur będą rzetelne, tzn. będą uwzględniać realne koszty udzielenia danego świadczenia. Z pokazanej wraz z „koszykiem świadczeń” (piszemy o tym szerzej na str. 16-17) wyceny świadczeń wynika jasno, że zyskała „zabiegówka”, bo wszelkie świadczenia chirurgiczne zostały wycenione o 30 proc. wyżej. Niepokoić może to, że np. porody fizjologiczne i przeprowadzone drogą cesarskiego cięcia mają tę samą cenę – 1584 zł – do tej pory za cesarskie cięcia NFZ płacił ponad 2,5 tys. zł. Z JGP zniknęły także niektóre świadczenia np. z alergologii.

Czy bólaczka polskiego systemu ochrony zdrowia, czyli niedoszacowane procedur zniknie? Przy systemie JGP jest to bardziej prawdopodobne niż obowiązującym do czerwca katalogu świadczeń. Dlaczego? Bo znikną różnice w poziomach referencyjności i podziały terytorialne – mówiąc krótko wszystkie szpitale, niezależnie od tego gdzie się znajdują i jaki sztyld noszą, dostaną taką samą stawkę za tę samą procedurę medyczną. A warto zaznaczyć, że Agencja Technologii Medycznych wraz z NFZ wyznaczyła kilkanaście szpitali w Polsce, których zadaniem jest wykazanie rzeczywistego kosztu świadczeń. Pozostaje pytanie czy ich raporty spodobać się politykom.

Okiem Prezesa



Gdyby u progu wakacji letnich naszych dzieci chcieć napisać coś o ich planach, to miejsca nie starczyłoby, aby opowiedzieć o radościach i rozczarowaniach końca roku szkolnego, przygotowaniach do wyjazdów, wczesnym wstawaniu w celu dowiezienia ich na zbiórkę (dlaczego te autokary i pociągi zawsze muszą odjeżdżać o 5.30 rano?), no i tych nerwowych naszych oczekiwaniach na jakąś odrobinę wiadomości (już nawet nie pocztówkę, ale choćby SMS), że żyją i jest im dobrze.

Ala przecież mam pisać o sprawach naszego środowiska, ochrony zdrowia itp. A tu naprawdę posucha. Plany reformatorskie rządu rozmyły się w jakiejś nieokreślonej przyszłości. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wraz z rewolucyjnymi zapowiedziami prywatyzacji zamarła w gęstym powietrzu czerwcowych upałów. A przecież tylko patrzeć wakacji sejmowych! Podobnie dzieje się z projektem ustawy o szczególnych uprawnieniach pracowników ZOZ-ów (ta nazwa to dla zmylenia przeciwnika, bo trudno tych nadzwyczajnych uprawnień się doszukać), a nawet z ustawą o prawach pacjenta. Brak postępu w tych pracach stwarza wrażenie, jakby wszyscy na coś czekali. Zdziękotkowane kierownictwo Ministerstwa Zdrowia nie bardzo pozwala przypuszczać, że pomoc nadejdzie z Miodowej. Pokłosiem zwolnionych ministrów jest już tylko, a może aż fala zmian konsultantów krajowych, co nie powinno dziwić, bo, jak mawiał w przeszłości jeden niezbyt lubiany minister, są przecież po prostu doradcami ministra zdrowia, więc czystka nie powinna dziwić, bo medycyna chyba się nie zmieniła w tym czasie.

Wszystko wskazuje na to, że „na polu walki” z NFZ mamy także chwilowy zastój. Zawieszenie broni w postaci kompromisowego rozwiązania w zakresie wprowadzenia Jednorodnych Grup Pacjentów pozwoli wszystkim zewrzeć szeregi. Wyceny tych procedur podane mimochodem przez panią minister zdrowia na którejś z konferencji prasowych (to specyficzna metoda pozwalająca rozmyć odpowiedzialność za propozycje o nieokreślonym statusie) budzą skrajne emocje i już dziś niektóre środowiska podejmują próby znalezienia drogi do odpowiednich ludzi, aby poprawić swoje „notowania”. Jest to, moim zdaniem, powielanie najgorszego z możliwych sposobów dochodzenia do stawek płaconych przez NFZ (a przy okazji sposób na skłócenie wszystkich ze wszystkimi).

Na tej samej konferencji prasowej ogłoszono ujawnienie długo oczekiwanego koszyka świadczeń (w zasadzie to nie na konferencji, ale zaraz po niej – najpierw metodą kontrolowanego przecieku, a następnie na stronie internetowej ministerstwa). Lista o nazwie „świadczenia gwarantowane” zawiera ponad 20 tysięcy pozycji wyjętych z klasyfikacji ICD-9 i ICD-10 i trudno się zorientować, czym jest ona naprawdę. Także lista kilkuset „świadczeń niegwarantowanych” zawiera „groch z kapustą” i im dłużej człowiek się w nią wczytuje, tym więcej się pojawia znaków zapytania. Liczni konsultanci pytani o swój wkład w powstawanie list zaprzeczają, że mieli jakikolwiek wpływ na ich kształt. Co więc to wszystko znaczy?

Żeby jednak nie skończyć zbyt pesymistycznie, przypominam o akcji „Koleżanko, Kolego, jak zdrowie?” Namawiam na wykorzystanie lata do większej aktywności fizycznej i zdrowszej diety. Może coś z tego zostanie na trochę dłużej, a może także znalazłby się czas na nadrobienie zaległości w badaniach przesiewowych, o których zapomnieliśmy.

Konstanty Radziwiłł

Lekarz musi dawać przykład

Z dr. n. med. **Januszem Mederem**, prezesem Polskiej Unii Onkologii i szefem kliniki Nowotworów Układu Chłonnego warszawskiego Centrum Onkologii rozmawia Agnieszka Katrynycz



• *Panie doktorze, jak pana zdrowie?*

– Na szczęście nie narzekam. Pewnie mam dobre geny. A poza tym prowadzę aktywny tryb życia – na studiach pływałem, żeglowałem, jeździłem na rowerze. Oczywiście potem, gdy zaczęło mi przybywać obowiązków zaczęło brakować mi czasu na wyjazdy nad jeziora, ale to przecież nie jest powód by rezygnować z ruchu. Jeśli komuś brakuje czasu na aktywność fizyczną, to jest uciekanie od problemu połączone z nieumiejętnością zorganizowania sobie dnia pracy. Przecież wystarczy codziennie pójść na spacer, najlepiej po parku, gdzie nie ma spalin samochodowych, albo skorzystać z oferty siłowni czy basenów, których jest coraz więcej, więc bez trudu można coś znaleźć na swoim osiedlu.

Ja mam abonament do klubu fitness, gdzie jest zarówno siłownia, jak i basen. Dodatkowo zdrowo się odżywiam, bo stosuję tzw. dietę śródziemnomorską. Nie przymuszam się do tego, bo ja po prostu lubię jarzyny, owoce, które jem jako sałatki, piję dużo soków owocowych, dbam o to, by na moim talerzu często pojawiała się ryba. Nie przepadam z kolei za czerwonym mięsem. Codziennie na śniadanie jem musli z owocami lub orzechami

mi wymieszane z jogurtem, bo to po prostu lekki posiłek, który jednocześnie dostarcza mi mnóstwa energii. Co prawda, przyznaję, że odżywiam się niehigienicznie, bo nie jem w ciągu dnia, tylko zajmuję się pacjentami, ale pilnuję, by ostatni posiłek zjeść przed 18.00, i nie jest to typowy polski obiad, ale raczej jakaś sałatka. Nie słodzę też ani kawy, ani herbaty. Dzięki temu nie mam kaca moralnego, że podczas wykładów namawiam ludzi do zdrowego stylu życia, a sam nie stosuję się do swoich wskazówek.

Moim zdaniem nie ma nic gorszego niż lekarz tłumaczący pacjentom, że np. palenie szkodzi, a zaraz po zakończeniu wykładu ucieka na papierosa. A już palący lekarz onkolog po prostu nie może mi się w głowie.

• *Rozumiem, że działa pan poprzez przykład.*

– Nie da się tego prościej ująć. Oczywiście moje nawyki żywieniowe wpływają także na to, co je moja rodzina. A te resztki wolnego czasu, które mi pozostają, także staram się spędzać razem wychodząc na spacer czy do siłowni. Staram się postępować tak samo w stosunku do swoich koleżanek i kolegów lekarzy – daję im przykład.

W końcu kto jak nie lekarz ma świecić przykładem zdrowego stylu życia?

• *To w takim razie, kiedy ostatnio robił pan badania kontrolne?*

– Tu mam ułatwione zadanie z powodu pracy w szkodliwych warunkach, bo poza tym, że jestem onkologiem klinicznym i stosuję chemioterapię u swoich chorych, to jeszcze mam specjalizację z radioterapii. A radioterapeuta ma obowiązek regularnego przeprowadzania badań, i to w dodatku rozszerzonych, bo np. muszę badać dno oka. Ale przyznaję, że gdyby nie ta szczególna ochrona zawodowa, to pewnie o wielu badaniach bym zapomniał, bo wydawałoby mi się, że przecież tak nie dawno je robiłem.

• *No właśnie. Polacy dość niechętnie się badają, działania profilaktyczne nie mają masowego oddźwięku. Czy na tym tle lekarze wyróżniają się szczególną aktywnością?*

– Niestety, szewc bez butów chodzi. Wszyscy jesteśmy zabiegani, a lekarze pewnie przede wszystkim, ilość dokumentacji, którą musimy wypełnić dla NFZ, rosnąca liczba pacjentów powoduje, że jesteśmy zestresowani i przepracowani, i taki drobiazg jak badania wypada nam z głowy. Ale oczywiście jest to tylko wymówka. Jeśli bez protestów i ociągania się oddajemy samochód na przegląd czy do warsztatu to, dlaczego samemu sobie nie zrobić takiego „przeglądu”? W końcu chodzi o nasze zdrowie i jakość życia.

• *Jednocześnie są badania, które pokazują, że lekarze to jedna z tych grup zawodowych, obok pilotów i dziennikarzy, która jest najbardziej narażona na tzw. choroby cywilizacyjne, głównie te wynikające ze stresu.*

– To jest to, o czym mówiłem – lekarze mają coraz więcej obowiązków, coraz więcej dokumen-

tacji do wypełnienia, a coraz mniej czasu na pracę z pacjentem, którzy w dodatku są coraz bardziej roszczeniowi. W dodatku ograniczają nas limity, które ktoś tam zza biurka wyznacza, ale tak naprawdę to my, lekarze, stajemy z pacjentem twarzą w twarz i musimy choremu wytłumaczyć, że musi jeszcze poczekać w kolejce. A przecież każdy chory człowiek chce, by jego problem załatwić tu i teraz.

Z punktu widzenia medycyny nie ma przeszkód, by komuś pomóc – w końcu technologia rozwinęła się tak bardzo, że daje nam możliwości wyleczenia również chorych opornie reagujących na terapię, co m.in. widać w onkologii, ale ograniczają nas nieadekwatne do potrzeb nakłady finansowe, które

re przeznacza się na leczenie w Polsce. To musi budzić frustrację. Efekt jest taki, że wśród lekarzy coraz szybciej, tzn. w coraz młodszych wiekach, zauważa się syndrom wypalenia zawodowego, co niestety przekłada się na wyższą zachorowalność wśród naszej grupy zawodowej. A warunki, w których pracujemy, nie sprzyjają myśleniu o własnym zdrowiu.

• *Co w takiej sytuacji zrobić, by lekarze jednak zechcieli sami zadbać o swoje zdrowie?*

– Potrzebne są zachęty systemowe. Jeśli ja – jako radioterapeuta – muszę się badać, bo tak mi nakazuje prawo, to i wszyscy inni lekarze, a także ich pacjenci też powinni „musieć”. Mam na

myśli rozwiązania stosowane z powodzeniem w innych krajach, które polegają na tym, że ubezpieczyciele wręcz nakazują przeprowadzenie badań, a jeśli ktoś ich unika, to po prostu musi zapłacić wyższą składkę i automatycznie jest zaliczany do grupy podwyższonego ryzyka. Przymus ekonomiczny – którego normalnie nie pochwalam – może w tym przypadku dużo dobrego zrobić.

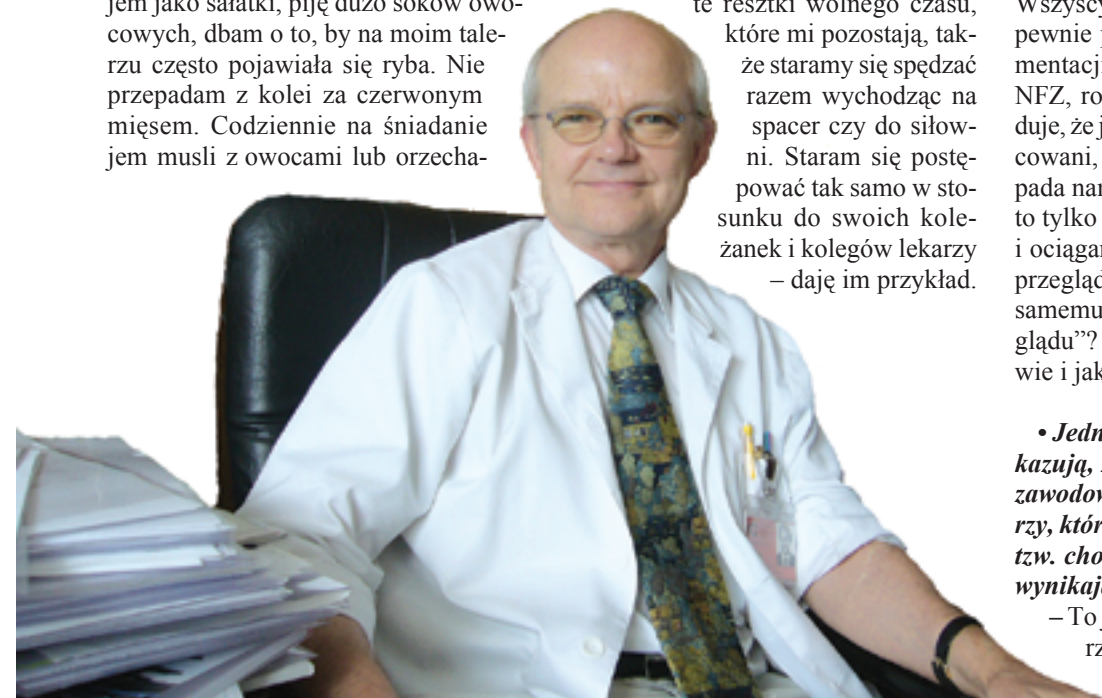
• *Tylko że, nie zapominajmy, lekarze, mówiąc w skrócie, mogą sami siebie leczyć. W końcu mają wiedzę, aparaturę i – w razie potrzeby – mogą sięgnąć po błocek recept...*

– Tak to prawda. Warto jednak pamiętać, że człowiek nie ma dystansu do sa-

dokończenie na str. 8

REKLAMA

REKLAMA



Lekarz musi dawać przykład

dokńczenie ze str. 7

mego siebie i w związku z tym będzie bagatelizował nawet poważne objawy. Dlatego, dla przykładu, namawiam wszystkich swoich kolegów w pracy, znajomych, żeby raz w roku zrobili sobie USG, bo wiele nowotworów może przebiegać bezobjawowo, szczególnie w obrębie śledziony, wątroby, węzłów chłonnych zaotrzewnowych, narządu rodnoego, a przy dzisiejszej technice można zauważyć zmiany nawet w żółtku. Nie wspominając o badaniach podstawowych takich jak morfologia krwi, poziom cholesterolu, cukru czy też raz w roku cytologia u kobiet.

Prerażające jest to, że podczas prowadzonych przez Polską Unię Onkologii szkoleń dla lekarzy rodzinnych (mających na celu wzbudzić w nich „czujność onkologiczną”, czyli niebagatelizowania pozornie błahych objawów, które mimo zastosowanego leczenia nie chcą ustąpić – przyp. AK) na pytanie, która z pań zrobiła w ciągu ostatniego roku cytologię nierzadko sporo lekarzek nie podnosi ręki.

• **Pewnie zdarzało się panu w swojej ponad 35-letniej karierze leczyć pacjentów-lekarzy. Czy są to „lepsi”, bo bardziej świadomi pacjenci, czy**

też jest wręcz przeciwnie – nie chcą słuchać zaleceń, bo uważają, że wiedzą lepiej?

– Nie dzielę ludzi, a tym bardziej pacjentów, na lepszych czy gorszych. Podział przebiega raczej na linii – pacjent, który ma zaufanie do lekarza i „poddaje” się koncepcji leczenia, i pacjent, który wykazuje dużą nieufność i utrudnia proces leczenia, a czasami wręcz z niego rezygnuje. Chociaż znakomita większość lekarzy doskonale zdaje sobie sprawę z tego, co to jest choroba nowotworowa i jeśli ich ona dotknie, to współpracują z lekarzem prowadzącym. Ale oczywiście, jak zawsze, zdarzają się wyjątki.

• **Czy przypadek profesora Religi, który publicznie ogłosił, że ma nowotwór, sprawił, że więcej osób stawiało się na badania, poddało się leczeniu?**

– Każda znana osoba, która publicznie przyznała się do choroby nowotworowej, pomaga nam zwalczyć mit, że nowotwór oznacza wyrok śmierci. Minister Religa jest jedną z takich osób, ale nie zapominajmy też o takich osobach jak chociażby Kamil Durczok, który podczas chemioterapii pokazywał się na wizji i normalnie pracował. Dzięki takim postawom, które podziwiam, udaje nam się obalić potoczne wyobrażenia o nowotworach – że rak boi się noża, radioterapia spala, a chemia wyniszcza. Tymczasem codziennie na wizji pokazuje się Durczok i jedynym dostrzegalnym objawem jego choroby jest to, że stracił włosy. Takie obrazy i takie postawy utrwalają się w pamięci i pomagają nam potem przekonać wielu pacjentów do podjęcia leczenia. Nic nie zastąpi tego typu edukacji.

Przypadek ministra Religi jest o tyle cenny, że powiedział on o tym, że należy wcześniej się zgłaszać do lekarza – akurat jemu pomogła sekretarka, co pokazuje, jak wielką rolę ma do odegrania otoczenie chorego – i że warto zauważać niepokojące objawy, których tak naprawdę nie chcemy zauważać, boimy się ich, a przecież można w ten sposób uratować życie. Nawet przy najbardziej dramatycznych rozpoznaniach. Tu podaję zawsze przykład kolarza Lanca Armstronga, który u szczytu swojej kariery, w młodym wieku, poczuł podczas zawodów, że mu braknie sił, których na początku nie łączył z bólami podbrzusza.

Po badaniach okazało się, że ma bardzo złośliwy nowotwór jądra, z prze-

rzutami do wątroby, płuc i mózgu. Na początku on też się nie chciał leczyć, bo stwierdził, że nie ma, po co poddawać się drastycznej chemioterapii, skoro i tak ma umrzeć. Na szczęście udało się go przekonać do leczenia, zastosowano wobec niego intensywną, wielomiesięczną chemioterapię, która zakończyła się sukcesem i mimo dewastującego leczenia Armstrong szybko powrócił do zdrowia i zdobył jeszcze 7 mistrzowskich tytułów zwyciężając w najtrudniejszym kolarskim wyścigu świata Tour de France. To pokazuje, że nie można odbierać nadziei i zawsze trzeba walczyć do końca.

• **To znana prawda, że czym wcześniej pacjent zgłosi się do lekarza, tym są większe szanse wyleczenia. Wracamy więc znowu do profilaktyki – na czym polega ta, która może nas uchronić przed nowotworami?**

– Zaczniemy może od tego, że nie rozumiem dlaczego nie można jednocześnie edukować społeczeństwa pod kątem zapobiegania wielu chorobom cywilizacyjnym, albo się wybiera raka piersi, bo to najbardziej medialne, albo zawały serca, albo POChP itp. Dlaczego nie można powiedzieć, że odpowiednim sposobem na życie można uniknąć bądź zmniejszyć prawdopodobieństwo zachorowania na wiele chorób cywilizacyjnych, wchodzących w skład tzw. zespołu metabolicznego: nowotworów, zawałów serca, nadciśnienia, cukrzycy, hipercholesterolemii.

Mówiąc obrazowo prawie każdy, kto przez kilkanaście lat pali paczkę papierosów dziennie, ma jak w banku nowotwór płuca bądź inny tytoniozależny, prawie każdy, kto je codziennie czerwone mięso, ma jak w banku nowotwór jelita grubego. Jeśli ktoś nie wie – niech spojrzy na statystyki i badania, które jasno pokazują, że np. Japończycy i Skandynawowie, którzy jedzą dużo jarzyn, owoców i ryb, nie mają problemów z nowotworami jelita grubego. Reasumując – badania naukowe jasno pokazują, że za 1/3 zachorowań na nowotwory odpowiada palenie papierosów, za 1/3 niewłaściwa dieta i brak regularnej aktywności fizycznej, a za pozostałą 1/3 odpowiada narastające skażenie środowiska naturalnego oraz nierozpoznawalne i nie leczone niektóre przewlekłe infekcje wirusowo-bakteryjne.

rozmawiała Agnieszka Katrynicz

Jarmark Zdrowia

fotoreportaż Marka Stankiewicza



Warszawskie Centrum Onkologii we współpracy z Fundacją Promocja Zdrowia, w ramach upowszechniania programu pierwotnej prewencji nowotworów, 11 czerwca br. na placu Konstytucji w Warszawie przekonywało warszawiaków do spożywania 5 razy dziennie świeżych owoców, soków i przetworów. Dietetycy doradzali co jeść, diagności na miejscu badali poziom cholesterolu i glukozy we krwi, studenci i pielęgniarki mierzyli ciśnienie, a kelnerzy z „Bonduelle” serwowali gratis smaczne sałatki. „Gazeta Lekarska” czeka na podobne akcje w innych miastach.





Autonomia albo pobocze

Robert Stępień

„Kryzys zajął do izb” – pisze Agnieszka Katrynicz w majowym wydaniu „Gazety Lekarskiej”. Nie stawia znaku zapytania, po prostu stwierdza fakt. W pełni się z nią zgadzam.

Aże dyskutujemy w obliczu nowelizacji ustawy o izbach akurat o stomatologii, dowodzi, wbrew różnym opiniom, o prężności tego środowiska, które chce się otrząsnąć z marazmu i poczucia bezsilności ogarniającej pozostałą część izby. To charakterystyczne, że z wyjątkiem prezesa NRL Konstantego Radeziwiłła nikt z lekarzy medycyny się nie odezwał, jakby przynależność do samorządu 1/4 kolegów była im obojętna.

To już nie ta izba

W przyczyny kryzysu dzisiejszej izby lekarzy i lekarzy dentyistów nie chcę wnikać. Najogólniej składa się na nią rozbieżność interesów poszczególnych zawodowych grup lekarzy; ustawodawstwo skrojone na minimalistyczną miarę, nie przystające do społeczeństwa obywatelskiego, a podtrzymywane przez kolejne rządzące ekipy; potęgą scentralizowanego, państwowego systemu płatniczego pod nazwą NFZ; wreszcie cechy naszego narodowego charakteru, m.in. nadmierny indywidualizm, kłótniowość, niechęć do wspólnego działania, zachowawczość nazywana inaczej konserwatyzmem.

Natomiast u źródeł braku poparcia dla postulatów autonomii w niektórych izbach stoi po prostu niedowład tamtejszych komisji stomatologicznych, a także silne lobby działaczy, zainteresowanych utrzymaniem *status quo* ze względu na osiągnięty w ramach skamieniały strukturalny prestiż osobisty. Ale najboleśniejse jest to, że znaczna część koleżanek i kolegów milczy. W końcu postulaty o autonomii w sposób oczywisty wychodzą naprzeciw interesom środowiska stomatologicznego. Ale tak już jest we wszystkich społecznościach i społeczeństwach, że w warunkach pokoju zaangażowanie w sprawy publiczne wykazuje 10-15% ich członków. Reszta zajmuje się innymi sprawami. I ma do tego pełne prawo.

Nie ma co rozdzierać szat, jak to uczynił Wojciech Grabe na łamach majowej „Gazety”, że ktoś nie odpowiedział na ankietę; że nie potrafimy wysondować opinii 35 tys. stomatologów; że wybory delegatów odbyły się w drugim terminie. Tak było i będzie w całym samorządzie, nie tylko lekarskim, i trzeba zmodyfikować ordynację – na wzór wielu organizacji – by „drugi termin” obejmował wszystkich obecných, przy zastrzeżeniu pewnego minimum.

Natomiast warto zapłakać nad tym, że ci wybrani do komisji stomatologicznych, którzy zadeklarowali tym samym jakąś aktywność, stracili wiarę we własną skuteczność, ponieważ w siebie. Widać struktura samorządu okazała się ubezwłasnowolniająca i dlatego trzeba ją zmienić.

Bez taryfy ulgowej

Poczuwam się do winy, że poniekąd rozpętałem ponownie całą tę burzę. Piszę „ponownie”, bo przecież nie tak znowu odległe są ustalenia Zespołu NRL ds. Autonomii z 20 lutego 2003 r., działającego pod kierownictwem Zbigniewa Żaka, z udziałem Bogdana Baruta, Andrzeja Baszkowskiego, Andrzeja Fortuny, Ryszarda Majkowskiego i Andrzeja Sawoniego. Zespół ten postulował m.in. zmiany w regulaminie wyborczym, pozwalające na wybór lekarzy stomatologów wg ustalonego parytetu wyłącznie przez lekarzy stomatologów na wszystkich poziomach reprezentacji oraz wprowadzenie do nowelizacji ustawy o izbach lekarskich zapisów zapewniających autonomię stomatologów. Wnioski zespołu zostały wówczas nie tyle odrzucone przez NRL, co odsunięte w czasie, do chwili nowelizacji ustawy o izbach lekarskich. I ten czas właśnie nadszedł, a problemy podjęte przez tamten zespół pozostały aktualne.

Poczuwam się zatem do winy, wręcz jestem recydywistą, bo już w grudniu 2006 r. wystąpiłem z inicjatywą wyod-

rębienia z „Gazety Lekarskiej” własnego organu stomatologów, i rzecz jasna, przegrałem, bo jakże środowisko lekarzy medycyny stanowiące większość w Naczelnej Radzie Lekarskiej mogło zaakceptować propozycję osłabiającą pozycję swego pisma. Myśl, że ona *de facto* wzmacnia całość samorządu, nikomu nawet nie przyszła do głowy. Odwrotnie, na forum NRL, nawet organy poszczególnych izb postrzegane są niezbyt chętnie. Były takie głosy.

Przypomnę główne postulaty i niektóre tezy zawarte w moim tekście „Autonomia – bez taryfy ulgowej”, zamieszczonym na łamach „E-dentico” w marcu br.

Po przypomnieniu, że *istotą autonomii jest wyjątkowość, odstępstwo od reguły, wyrażające się ustępstwem silniejszego na rzecz słabszego*, po omówieniu jej w kontekście terytorialnym oraz historycznym, wskazałem na odmiennosć zawodów lekarza medycyny i lekarza stomatologa dzisiaj, w polskich warunkach ustrojowych. Odmienny status prawny (jesteśmy jedną grupą uprawiającą jako zbiorowość lekarska wolny zawód w warunkach rynkowych) i inny tok studiów realizowanych w cyklu 5-letnim – to fundamentalne różnice. Wskazałem też na degradację stomatologii w ostatnich latach, wyrażając się drastycznym spadkiem nakładów ze środków publicznych (z 11 do 3,2%, co wzbudziło zaskoczenie nawet na europejskim kongresie FDI) i na zniszczenie systemu opieki dentystycznej nad młodzieżą szkolną; wreszcie na kompletny brak zainteresowania stomatologią w resorcie zdrowia. Nie ma nawet jednego urzędnika za nią odpowiedzialnego.

Zmienić wyborczy regulamin

I przechodząc na grunt samorządu postulowałem nadanie naszej autonomii bardziej zinstytucjonalizowanego charakteru (proszę więc o nie imputowanie mi zamysłu rozbicia izby, choć

nie byłoby w tym żadnego nieszczęścia, bo tak jest w przeważającej większości krajów UE, nawet w małej sąsiadującej z nami Słowacji). Ale podkreślam – domagałem się jedynie enumeratywnego wycenienia, co należy wyłącznie do nas, a co pozostaje w gestii całej lekarskiej zbiorowości.

Uważałem za absolutnie konieczne dokonanie zmiany regulaminu wyborczego na rzecz samodzielnego wyboru stomatologów przez stomatologów, wg ustalonego parytetu, na wszystkich szczeblach reprezentacji, co postulował już wspomniany zespół NRL kierowany przez Zbigniewa Żaka. Wnioskowałem o powołanie analogicznego do wpływowego konwentu przewodniczących ORL ciała reprezentującego stomatologów (problemowa komisja NRL to nie to samo). Kolejną propozycją była zmiana zwyczajowej reprezentacji środowiska (wobec władz rządowych, resortowych, parlamentarnych, Funduszu itp.), w kierunku zdecydowanego wyodrębnienia stomatologii. Wnioskowałem o wyraźny podział środków finansowych przeznaczonych dla stomatologów, w tym na kształcenie (w innych przypadkach byłoby to trudne i zbędne). Podtrzymałem postulat wydawania odrębnego organu środowiska.

Dzisiaj dodałbym jeszcze utworzenie, tak na szczeblu naczelnej izby, jak i izb okręgowych, własnej, „stomatologicznej”, obsługi prawnej i biurowej. Ilość rozporządzeń, rozmaitych dyrektyw i przepisów mnoży się bowiem w zawrotnym tempie, a ich skutki bywają porażające. Koledzy wspominają na stronach internetowych o gapiostwach NRL dotyczącym prawa atomowego i drą szaty. A czy nie podobnie było z warunkami dotyczącymi wymogów sanitarnych stawianych gabinetom, też akceptowanymi przez Naczelną Radę Lekarską w poprzedniej kadencji? A czy nie tak samo jest w programie kształcenia ustawicznego, gdzie liczba punktów edukacyjnych wymaganych od stomatologa jest wręcz absurdalna, a rzecz wyprodukowano w NRL. Gdzie była Komisja Stomatologiczna? Zresztą jesteśmy lekarzami, nie prawnikami. Musimy zdać się na fachową pomoc tych ostatnich, wyspecjalizowanych w naszych problemach, bo nie nadążamy nawet za śledzeniem kolejnych rozporządzeń.

0 co więc ten hałas?

Jakim prawem formułuje się pogląd o szkodliwych i rozbijackich działaniach grupy z Krakowa i kilku innych ośro-

ków? Poczuję się do potrzeby pobieżnego bodaj ustosunkowania się do dotychczasowych wypowiedzi na łamach „Gazety Lekarskiej” oraz na stronach internetowych kilku izb. Z góry przepraszam za ewentualne przeoczenia, nie jestem w stanie bez odpowiedniego biura odnotować wszystkiego.

Po pierwsze, poczuwam się do wdzięczności wobec Andrzeja Cisły, wiceprzewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu, nie tylko za jego heroiczną próbę postawienia problemu autonomii na ostatnim Krajowym Zjeździe Lekarzy, ale także za przyjęcie na siebie ciężaru walki o nią. Można tylko przyklasnąć stanowisku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, popartemu przez izby: koszalińską, krakowską i szczecińską, opublikowanemu w serwisie internetowym WIL z 3 czerwca 2008 r., podobnie jak argumentom zawartym w tekście Andrzeja Cisły zamieszczonym w kwietniowym wydaniu „Gazety Lekarskiej” pt. „W pogoni za wolnym zawodem” w sprawie pomocy, jakiej powinniśmy udzielić młodym lekarzom stomatologom rozpoczynającym karierę zawodową.

Stanowisko tych izb jednoznacznie postuluje konieczność zmiany dotychczasowej ordynacji wyborczej, krytycznie ocenia rolę KS NRL tłumiącej w ogóle wszelką dyskusję, a równocześnie jednoznacznie odcina się od idei podziału samorządu na dwie izby. Projekt jest szczegółowo udokumentowany – i gorąco zachęcam do lektury. Podobnej uwadze polecam oba teksty red. Agnieszki Katrynicz zamieszczone w „Gazecie Lekarskiej” (maj: „Kryzys zajązrał do izb”; czerwiec: „Trudna autonomia”). Red. Katrynicz pisze zresztą bardzo niezależnie, niekiedy kontrowersyjnie, ale myślę, że ogromna większość nie tylko stomatologów, ale także lekarzy medycyny zatrudnionych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej zgodzi się z nią (czy ściślej z cytowanym przez nią dr. Zbigniewem Klimkiem), np. w opinii, że Naczelna Rada Lekarska stała się radą ds. szpitalnictwa.

Lament chłopski na pany

Mimo szacunku, jakim darzę Wojciecha Grabego z Gdańska, nie mogę zorientować się, w jakim kierunku podąża jego myśl w tekście „Razem czy osobno?” („GL” nr 5/2008). Najogólniej przypomina on znany renesansowy „*Lament chłopski na pany*”, tyle że jego podmiotem jest upadek wszystkich stanów. Natomiast zamysł, by obok izby powołać

związek lekarzy korzystających na wzór niemiecki z kontraktów NFZ, wydaje mi się zbędnym mnożeniem bytów. Oczywiście pan Wojciech ma rację, iż nadzieje, jakie wiązali pionierzy odrodzonego samorządu z jego istnieniem osłabły, w biurokratycznej pajęczynie przepadł zapał z tamtych lat, ale to proces naturalny. Pytanie zasadnicze brzmi: Czy izba (nie tylko stomatolodzy), przejmując coraz liczniejsze obowiązki administracyjne od państwa, prowadząc po prostu wielkie biuro (z rejestrarni lekarzy, spisami praktyk indywidualnych i grupowych, ubezpieczeniami, skierowaniami na staże, rejestracją podmiotów kształcących, odnotowywaniem punktów edukacyjnych, sądownictwem korporacyjnym), może utrzymać status społecznikowski, czy też ma doskonalić swój zinstytucjonalizowany charakter?

Nie odpowiem szczegółowo na to pytanie, zbyt rozległy to temat, w którym autonomia dentystów jest zaledwie częścią. Opowiadam się za drugim wariantem, za przejmowaniem od państwa rosnącej ilości prerogatyw, bo w tym tkwi istota demokracji i społeczeństwa obywatelskiego. Jaskrawym przykładem może tu być kurczowe trzymanie w swoich rękach przez administrację resortową procesu kształcenia lekarzy. A niby z jakiej racji, na mocy jakich kompetencji urzędnicy Ministerstwa Zdrowia uzurpują sobie prawo do prowadzenia specjalizacji?

Najgorszy wynik w Europie

Ale wracam do tematu. Na dwa bardzo ważne aspekty autonomii zwrócił uwagę Ryszard Łopuch z Wrocławia. Porównuje skuteczność Porozumienia Zielonogórskiego z Komisją Stomatologiczną NRL, stwierdzając nieskuteczność tej ostatniej, zwłaszcza w wywalczeniu nakładów NFZ na stomatologię. *NFZ – pisze Łopuch – podpisuje umowy z około 9 tys. stomatologów. Na jeden kontrakt przypada ponad 4 tys. mieszkańców. Jest to najgorszy wynik w Europie, a około 50% biednych dzieci nie ma dostępu do stomatologa.*

Nic dodać, nic ująć. A Komisja Stomatologiczna NRL pieje równocześnie z zachwytu nad swoją skutecznością. A drugi problem poruszony przez Ryszarda Łopucha, to stawki punktowe za usługi stomatologiczne na prowincji, gdzie lekarze dentyści powinni w ogóle odmówić podpisywania kontraktów, ze względu na ich drastyczne zaniżenie. W sprawie

dokończenie na str. 12

Autonomia albo pobocze

dokroczenie ze str. 11

stawek zrobiliśmy z pozycji Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, co tylko było można, dowodząc przed Sądem Ochrony Konkurencji i Konsumentów monopolistycznych praktyk NFZ. Odnoszę wrażenie, że kierownictwo Komisji Stomatologicznej NRL nawet nie zrozumiało, jak dalece korzystny dla nas werdykt sądowny zmusił kierownictwo Funduszu do poprawy stawek w całej Polsce w 2008 r. Proces, w ramach którego odbyło się ponad 20 rozpraw, trwa od 4 lat. Wszczęł go wraz ze mną jeszcze Andrzej Fortuna, ale też w imieniu krakowskiej ORL, bo w NRL uznano to za kwestię marginalną.

Kiedy w głowach szum

Aż się prosi o uznanie opinii Andrzeja Stopy za w pełni uzasadnioną. Stopa pisze: *Wciąż te same osoby, czy raczej grupy osób, oderwanych od codziennych problemów lekarza dentysty, patrzących na jego problemy przez pryzmat sprawowanej od wielu lat funkcji, robią wszystko, by utrzymać stoł-*

ki, których utrata byłaby osobistą katastrofą. Autonomia, a w ślad za nią konieczność poddania się wyborczej weryfikacji dokonanej tylko przez stomatologów, byłaby dla nich nieszczęściem. Lepiej się schować pod parasolem lekarzy medycyny, nie zorientowanych, co jest grane.

Wypada mi jeszcze odnieść się do stanowiska lubelskiej Komisji Stomatologicznej, która stanowczo sprzeciwia się dążeniom do wyłączenia nas ze środowiska lekarskiego. Ale gdzie koledzy dopatrzili się takich prób? – doprawdy nie wiadomo. W serii indywidualnych internetowych komentarzy do tego stanowiska powtarza się to samo pytanie. *Kolegom z Lublina chyba się coś pomieszało, przecież nikt nie występował o wyłączenie nas z grona lekarzy* – pisze Jacek i kilku innych autorów. Dlatego apeluję do koleżanek i kolegów z Lublina, by przemyśleli raz jeszcze swoje stanowisko. Apeluję też do Komisji Stomatologicznej innych izb, by zajęły ponownie stanowiska w kwestii autonomii, tak fundamentalnej dla naszego uczestnictwa w samorządzie, ale w oparciu o przedstawiane fakty, a nie pomówienia i insynuacje, jakie przez przeciwników autonomii są rozpowszechniane.

Pytań jakoś nie ubywa

Przejście do porządku nad prezentowanymi faktami, ich przemilczenie, będzie prowadzić wprost do margina-

lizacji naszego zawodu w samorządzie lekarskim. Staniemy się „statystyczną masą”, albo zaczniemy walczyć o swoje prawa. Kogo interesuje brak specjalizacji i miejsc akredytacyjnych w stomatologii – prócz nas? Kto będzie walczył o stawki punktowe dla nas? Kto podważy absurdalne wymogi punktów edukacyjnych w stomatologii? Kto poprowadzi szkolenia specjalizacyjne? Kto zapoczątkuje sanację opieki stomatologicznej nad dziećmi? Kto się upomni o rezydentury? O miejsca specjalizacyjne? Kto zmierzy się na gruncie prawa z absurdalnymi przepisami dotyczącymi wymogów sanitarnych, autoklawów, aparatury RTG? Kto zrewiduje zakres procedur stomatologicznych refundowanych przez NFZ, które zdaniem prof. Stanisława Majewskiego nie korespondują ze współczesną stomatologią, niekiedy nawet cofają ją? Kto wreszcie wyartykułuje publicznie nasze żądania? Anemiczna Komisja Stomatologiczna NRL nie posiadająca mandatu całego własnego środowiska?

Albo wywalczymy autonomię, albo skażemy się na jazdę poboczem, ze wszystkimi niedogodnościami. Wybór jezdni należy do nas.

Robert Stępień

Autor jest lekarzem dentystą, wiceprzewodniczącym ORL w Krakowie. Zasiada w Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Śródtytuły pochodzą od redakcji

Apelują o szkolenia

W Piechowicach k. Jeleniej Góry obradowała Komisja Stomatologiczna NRL

Zagadnieniem, wokół którego skupiała się dyskusja, były specjalizacje oraz ustawiczne kształcenie podyplomowe lekarzy dentystów w Polsce, uwzględniające standardy Unii Europejskiej. Komisja apeluje o zorganizowanie i przeprowadzenie systemu szkoleń lekarzy dentystów w zakresie postępowania w nagłych stanach zagrożenia życia.

Lekarze dentyści na równi z lekarzami innych specjalności, z mocy prawa, zobowiązani są do podejmowania działań lekarskich w przypadkach nagłych stanów zagrożenia życia. Praktyczne umiejętności w tym zakresie powinny być nieustan-



nie doskonałe, a zmieniające się zasady ogólne przyswajane na bieżąco, aby lekarz nie miał poczucia zagrożenia – przekonuje wiceprezes NRL Anna Lella.

Szkolenie jest szczególnie ważne dla lekarzy dentystów z samodzielnymi praktykami, którzy pracują często bez wsparcia ze strony innych lekarzy i personelu me-

Stany zagrożenia życia w stomatologii

Janusz Michalak

Współczesna stomatologia oferuje coraz więcej materiałów, urządzeń, metod diagnostyki i leczenia.

Wszelkstronny lekarz dentysta w swoim coraz lepiej wyposażonym gabinecie podejmuje się nie tylko inwazyjnych zabiegów, ale wykorzystuje nowe techniki znieczuleń: nasiękowych, przewodowych, doprzedgrodowych, śródwładzłowych, czy dokostnych. Używa do tego odważniej leków znieczulania miejscowego w wyższym stężeniu.

Niestety, jednocześnie obserwujemy wzrost reakcji niepożądanych, nietolerancji i uczuleń prowadzących do różnych postaci reakcji anafilaktycznych lub anafilaktoidalnych. W dodatku bogate, drobne unaczynienie okolicy „roboczej” powoduje, że mimo prawidłowej aspiracji trudno uniknąć wśród setek pacjentów niezamierzonego, donaczyniowego podania leku znieczulenia miejscowego.

Odróżnienie reakcji na donaczyniowe podanie leku od anafilaksji czy reakcji psychogennej jest jednym z podstawowych, codziennych problemów klinicznych w stomatologii. A reakcje anafilaktyczne są przecież najczęściej spotykany-

mi przyczynami nagłego stanu zagrożenia życia w stomatologii.

Inne przyczyny to choroby układu krążenia, które zaostrzają się w gabinecie stomatologicznym z powodu nałożenia się stresu/lęku i odstawienia przez pacjenta leków krążeniowych zażywanych dotychczas przewlekłe.

Zwiększa się też liczba pacjentów po inwazyjnych zabiegach kardiologicznych, których ocena często przerasta możliwości lekarzy dentyistów.

Jeśli dorzucić do powyższych czynników powszechnie obserwowany w stomatologii wzrost liczby pacjentów ze skrajnych przedziałów wiekowych oraz zwiększające się obciążenie pracą lekarza dentysty, to skala problemu stanów zagrożenia życia w gabinetach przestaje dziwić. Tymczasem polski stomatolog pracuje często sam lub z asystentką, której reakcje na pogorszenie ogólnego stanu pacjenta są raczej intuicyjne i spontaniczne. Nie może on liczyć na pomoc lekarza innej specjalności lub chociażby pielęgniarki, gdyż najczęściej pracuje odizolowanie, w osobnej placówce.

Wystąpienie stanu zagrożenia życia w takich okolicznościach wymaga dobrze opracowanego zestawu ratunkowego, z dobrym sprzętem i najważniejszymi lekami oraz wszechstronnego przygotowania lekarza do udzielenia pierwszej pomocy w gabinecie stomatologicznym.

Lekarz dentysta powinien być do tego lepiej przygotowany niż niejeden jego kolega pracujący w dużych zespołach medycznych.

Jak więc wygląda szkolenie polskich lekarzy dentyistów w tej dziedzinie?

Od kilku lat już lepiej, dzięki wprowadzeniu dwutygodniowego kursu w ramach stażu podyplomowego. Odbywają się też kilkudniowe kursy obowiązkowe do specjalizacji stomatologicznych. Jeśli jednak lekarz dentysta skończył studia ponad 7-8 lat temu i nie specjalizował się (w stomatologii specjalizacje są rzadkością), to jego szkolenie w tym zakresie zaczęło się i skończyło na studiach... Chyba, że zorganizowała kurs okręgowa izba lekarska lub inna instytucja o zasięgu regio-

nalnym. Dlatego tak ważne jest stworzenie systemowych rozwiązań dotyczących ustawicznego kształcenia lekarzy dentyistów w zakresie postępowania w nagłych stanach zagrożenia życia.

Ostatnie zmiany europejskich wytycznych resuscytacji krążeniowo-oddechowej uwiaryściły, że brak jednolitych standardów kształcenia stomatologów w tej dziedzinie prowadzi do poważnych nieporozumień dydaktycznych.

Otóż zmiany wprowadzone w listopadzie 2005 r. były dość gruntowne, odważne i nieco zaskoczyły nawet wielu fachowców z tej dziedziny.

Bardzo uprościły postępowanie przypadkowego świadka/laika na miejscu zdarzenia. Pogłębiły się jednak różnice pomiędzy tą pierwszą pomocą przedmedyczną a fachową/lekarską.

Wielu organizatorów pierwszych po tych zmianach szkoleń dla lekarzy dentyistów wpadło w „pułapkę”. Jedni zaczęli uczyć ich jak laików (brak potrzeby oceny krążenia, w razie trudności z prowadzeniem zastępczego oddechu – ograniczenie się do pośredniego masażu serca itp.).

Drudzy zaczęli ambitnie uczyć stomatologów według schematów opartych na ocenie rytmu serca z elektrod lub łyżek defibrylatora. Pierwsi nie byli w zgodzie z polskimi aktami prawnymi. Drudzy nie wzięli pod uwagę, że w polskich gabinetach stomatologicznych nie ma i długo nie będzie żadnych defibrylatorów dopóki będą tak drogie.

Aby nie powtórzyły się podobne sytuacje, potrzebna jest **standaryzacja kształcenia** lekarzy dentyistów w tej dziedzinie. Polscy stomatolodzy są dobrze zmotywowani do tego kształcenia, a dzięki zdolnościom manualnym szybko uczą się czynności ratunkowych w praktyce. Zasługują, by się pochylić z troską nad problemami ich kształcenia.

Autor jest specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii, instruktorem pierwszej pomocy medycznej, konsultantem Instytutu Stomatologii w Katowicach oraz członkiem Komisji Kształcenia ORL ŚIL w Katowicach (janusz.michalak7@neostrada.pl).

Mniej piasku w tryby

Z Jarosławem Kabulskim, posłem Platformy Obywatelskiej rozmawia Agnieszka Banach

• W jakiej kondycji jest polska ochrona zdrowia?

– Ocena sytuacji w ochronie zdrowia musi być podobna, niezależnie od reprezentowanej opcji politycznej: nie jest dobrze. Każdy z nas może być pacjentem, dlatego uważam, że taki punkt widzenia powinien być dla wszystkich najważniejszy. Jestem tu dobrym przykładem, bo od dwóch miesięcy zmagam się z poważnymi problemami zdrowotnymi i na ochronę zdrowia patrzę właśnie z perspektywy chorego. Nie wszystko w tej dziedzinie jest tak, jak powinno być.

Z pewnością dzisiaj sytuacja w ochronie zdrowia jest i tak nieporównywalnie lepsza niż jeszcze 5 czy 6 lat temu, ale nie wszyscy sobie w tej rzeczywistości radzą. Ilość środków jest nadal niewy-

starczająca, a te, co są, często nieracjonalnie się wydaje. Wynika to stąd, że jednostki ochrony zdrowia nie potrafią prawidłowo gospodarować – środki finansowe nie zawsze kierowane są tam, gdzie powinny, no i mamy do czynienia z wieloma manipulacjami, np. oszustwami przy wypisywaniu leków refundowanych, wykazywaniu fikcyjnych pacjentów. Moim zdaniem jest jeszcze jedna przyczyna takiego stanu rzeczy w ochronie zdrowia – wyczerpała się formuła samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. To organizm gospodarczy, który w dzisiejszym świecie zupełnie sobie nie radzi.

• Stąd projekt Platformy, by wszystkie szpitale w Polsce obligatoryjnie przekształcić w spółki prawa handlowego? Mógłby pan przybliżyć główne założenia powstającego aktu prawnego?

– Podstawowe założenie jest takie, że wszystkie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, których właścicielem jest samorząd, obligatoryjnie zostaną przekształcone w spółki handlowe. Od wielkości kapitału i od zadań będzie zależeć w jakie – z ograniczoną odpowiedzialnością, akcyjne czy komandytowe. Myślę, że zwykle będą to spółki z o. o., inaczej może być w przypadku dużych jednostek, np. Centrum Onkologii, które z powodzeniem mogłoby przekształcić się w spółkę akcyjną i po znacznym dokapitalizowaniu „wejść” na giełdę. Trzeba podkreślić, że 100 proc. udziałów w spółce zachowa samorząd, co przeczy tezie, którą forsuje Prawo i Sprawiedliwość, że Platforma Obywatelska zamierza prywatyzować szpitale.

• Ale potem samorząd te szpitale sprywatyzuje...

– O ewentualnej prywatyzacji zadecyduje już sam samorząd, a weźmy pod uwagę to, że właśnie on przez 8 lat, od reformy terytorialnej w 1989 r., okazał się najlepszym go-

spodarzem na swoim terenie. Nie można zakładać, że samorządowcy natychmiast zamienią szpitale w warzywniaki. Nasze województwo jest tu najlepszym przykładem. Połowa szpitali powiatowych to szpitale przekształcone z jednostek publicznych w spółki handlowe i nieźle sobie radzi, a samorządy nie są obciążone nadmiernym dofinansowaniem placówek. Po drodze było jedno nieszczęście: upadła spółka, która prowadziła przekształcony szpital w Więcborku, ale placówka nawet na jeden dzień nie zaprzestała funkcjonowania, bo w miejsce starej spółki starostwo powołało nową. Nie stracili ani chorzy, ani pracownicy placówki.

• Jaki jest udział samorządów w przekształconych już placówkach medycznych w regionie bydgoskim?

– Większość samorządów ma pełne lub prawie stuprocentowe udziały i nie ma zamiaru się ich wyzbywać. Inaczej jest w Świecie – tam spółka ma większościowy udział kapitału prywatnego, ale za to nieruchomości należy do samorządu, co z pewnością nie pozwoli zmienić typu działalności spółki. W Tucholi udziały samorządu powiatowego i gminy przekraczają 90 proc. Kapitał prywatny stanowi kilka procent i należy do pracowników szpitala: pielęgniarek i lekarzy.

• Co się stanie z długami przekształcanych placówek?

– Największym problemem szpitali są zobowiązania publiczno-prawne względem ZUS-u, urzędów skarbowych, pracowników. Na ich pokrycie minister finansów będzie musiał znaleźć pieniądze. W resorcie dobiegają końca prace nad opracowaniem warunków oddłużenia publicznych jednostek.

• Dyrektorzy niektórych placówek, którzy już planowali przekształcenie, teraz zastanawiają się, czy nie poczekać na ustawę i przynajmniej skorzystać z zakładanego oddłużenia...

– Wszystko zależy od tego, jaka jest kondycja szpitala. Jeżeli z miesiąca na miesiąc pogarsza się jego sytuacja finan-

sowa, jednostka coraz bardziej się zadłuża, to może lepiej nie czekać. Zresztą każdy przypadek trzeba by rozpatrywać indywidualnie. Nie ma jednego uniwersalnego rozwiązania.

• Kiedy ustawa zacznie obowiązywać?

– Założenia są takie, by od 1 stycznia wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, także np. przychodnie, mogły się przekształcić. Niektórzy politycy, szczególnie PiS-u, boją się tych przekształceń, a nie zdają sobie sprawy z tego, że ok. 90 proc. podstawowej opieki zdrowotnej czy ambulatoryjna specjalistyczna już teraz jest realizowana przez prywatne podmioty.

• To może ustawa nie jest w ogóle potrzebna, jeżeli szpitale i inne zakłady opieki zdrowotnej same decydują się na proces przekształceniowy?

– Jest potrzebna, bo co z tego, że przekształciło się ok. 70 placówek, głównie powiatowych, na ok. 700 szpitali w Polsce. Nie znam przykładu szpitala wojewódzkiego, który zdecydowałby się na taką reorganizację.

Bez obligatoryjności nie da się tego dokonać z powodu zbyt dużego oporu politycznego czy społecznego.

Teraz publiczne szpitale w nieskończoność się zadłużają. Dzisiaj możemy mówić już o prawie 10 miliardach zobowiązań! Poza tym koszty obsługi długu, o czym mało kto myśli, są ogromne. Duża część środków, zamiast na leczenie, trafia prosto do komorników! Tymczasem spółka handlowa działa na zupełnie innych zasadach – musi swoją działalność bilansować. Jeżeli tego nie robi, grozi jej upadłość. Za zobowiązania publiczno-prawne, swoim własnym majątkiem, odpowiada zarząd spółki. Dyrektora publicznej jednostki można natomiast ukarać jedynie pozbawieniem trzykrotnej pensji czy odwołaniem ze stanowiska – to cała odpowiedzialność, jaką ponosi za niegospodarne kierowanie szpitalem.

W spółce musi być powołana rada nadzorcza, w skład której wchodzi wyłącznie osoby do tego uprawnione – po egzaminie w ministerstwie finansów, z umiejętnością kontrolowania finansów podmiotów gospodarczych. Dzisiaj w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej zasiada rada społeczna, złożona z przypadkowych osób, często nie mających pojęcia o tym, jak funkcjonuje szpital!

• Inaczej będzie ze szpitalami klinicznymi – zostaną wyłączone z obowiązku przekształcenia, za to zmieni się ich właściciel.

– Szpitale kliniczne wrócą pod nadzór i zarząd Ministerstwa Zdrowia. Jeden organ założycielski będzie skuteczniej i racjonalniej decydować, a przede wszystkim lepiej monitorować sytuację finansową tych jednostek. Dzisiaj Ministerstwu Zdrowia trudno jest uzyskać wiarygodne dane dotyczące finansów szpitali klinicznych, bo każda uczelnia inaczej przedstawia sytuację swojego szpitala, każda inaczej nim zarządza. Szpital w Gdańsku np. ma ponad 300 mln zadłużenia, 1400 łóżek i zatrudnia ponad 3 tys. pracowników, tymczasem podobny szpital w Białymstoku nie ma zadłużenia, ma 1100 łóżek i tylko 1400 pracowników. Takie różnice w dwóch zbliżonych placówkach pokazują, że w szpitalach klinicznych źle się dzieje. Być może jeden wspólny organ założycielski będzie tu rozwiązaniem.

• Posłowie Socjaldemokracji Polskiej - Nowej Lewicy i Partii Demokratycznej powołali do życia komitet społeczny „Stop prywatyzacji szpitali”. Co pan myśli o tej inicjatywie?

– Widać niewiarę w potęgę samorządów lokalnych. To czysto polityczna inicjatywa, hamuje postęp. Przypomina wrzucanie piasku w tryby maszyny, która wreszcie ma szansę ruszyć i poprawić sytuację w ochronie zdrowia. Myślę, że pacjenci nie będą się do tego pomysłu pozytywnie odnosić. Często już dzisiaj leczą się w placówkach prywatnych, gdzie są lepiej obsługiwani niż w publicznych.

Dla mnie docelowy model rynku medycznego jest taki, że obok szpitali klinicznych, instytutów zajmujących się najtrudniejszymi, najbardziej specjalistycznymi procedurami, powinny funkcjonować spółki handlowe jako wyłączna własność samorządu, obok tych z mieszanym kapitałem i *stricte* prywatnych.

• Pan przez 6 lat kierował szpitalem w Tucholi – spółką handlową przekształconą z zadłużonego publicznego ZOZ-u. Jak się zarządza taką placówką?

– Najpierw przez 4 lata byłem dyrektorem tucholskiego szpitala publicznego, potem, razem z samorządowcami, przekształcałem go w spółkę handlową, a następnie przez 6 lat nim zarządzałem. Od trzech miesięcy szpitalem w Tucholi już nie kieruję – jestem posłem, a placówka jest spółką samo-

rządową, nie mogłem więc godzić tych dwóch funkcji.

Na pewno spółką kieruje się trudniej, ale i z większą satysfakcją. Trzeba się wykazywać większą odpowiedzialnością i rozsądkiem, każdą decyzję podejmuje się o wiele rozważniej niż w placówce publicznej, ale za to samodzielnie. Wszelkie inwestycje przeprowadza się w chłodny, skalkulowany sposób, nie patrząc na „widzimisień” ordynatora, który żąda takiego czy innego sprzętu.

• Środków w systemie jest zbyt mało, z tym zgadzają się wszyscy, ale minister zdrowia Ewa Kopacz uważa, że do obecnego systemu nie ma sensu „dosypywać” – najpierw trzeba go uszczelnić. Zgadza się pan z tym?

– Zdecydowanie najpierw system należy usprawnić, a najlepiej żeby te dwa działania przebiegały równolegle. Nowy system rozliczeń z NFZ – jgp – wg jednolitych grup pacjentów, z pewnością tu się przyda. To bardzo dobry system, stosowany na świecie, ale wymagający odpowiedniego oprzyrządowania komputerowego i w związku z tym jego wprowadzenie w Polsce nie będzie łatwe, bo narzędzia informatyczne trochę u nas kuleją. System ma być wdrożony od 1 lipca – moim zdaniem, z wyżej wymienionej przyczyny i z tego powodu, że takich zmian nie powinno się wprowadzać w połowie roku – to zbyt szybko, ale prezes NFZ Jacek Paszkiewicz jest innego zdania.

Konieczne trzeba się zająć czarną dziurą w ochronie zdrowia: ubezpieczonymi w KRUS-ie, gdzie 6 mln osób nie płaci żadnych podatków, 10 mln nie opłaca składki zdrowotnej, a tak jak my wszyscy korzystają z opieki zdrowotnej. To obszar, który trzeba pozyskać, bo w sposób zdecydowany zwiększy ilość środków w systemie nawet o 8-9 mld!

Jarosław Kabulski, lat 47, specjalista ginekolog położnik, absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku. W latach 1999-2008 dyrektor Szpitala Powiatowego w Tucholi. W ostatnich wyborach parlamentarnych w 2007 r. uzyskał mandat poselski z listy Platformy Obywatelskiej. Pracuje w sejmowej Komisji Zdrowia, przewodniczy Podkomisji ds. Rozpatrzenia Poselskiego Projektu Ustawy o ZOZ-ach. Żonaty – żona Renata; 2 synów: osiemnastoletni Jakub i jedenastoletni Filip. Uwielbia swojego psa labradora i jazdę motocyklem, którym z przyjaciółmi ubiegłego lata zjeździli całą Skandynawię.

Koszyk, którego nie ma

Agnieszka Katrynicz

Minister Ewa Kopacz pokazała wyczekiwany od dawna koszyk świadczeń gwarantowanych i tych nie gwarantowanych. Jednak to, co miało być jej sukcesem, rozczarowało środowisko.

To nie jest żaden koszyk – mówi wprost Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL. Podobnego zdania jest większość lekarzy i ekspertów. – O koszyku niewiele było mowy. Nie przedstawiono żadnych konkretnów. Zebrano procedury, które już są finansowane. Nic nie mówiono o standardzie świadczeń medycznych – ocenił krótko Konstanty Radziwiłł, prezes NRL.

Nic się nie zmienia

Rzeczywiście trudno oprzeć się temu wrażeniu, ponieważ na liście świadczeń gwarantowanych znalazły się te same pozycje, które teraz są darmowe. Jedyną zmianą jest to, że do listy świadczeń bezpłatnych dopisano szczepionkę przeciw pneumokokom. Z kolei na listę zabiegów odpłatnych trafiły te, za które dotychczas i tak trzeba było zapłacić (np. zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej).

Jakby tego było mało w koszyku negatywnym znalazły się pozycje, które nawet trudno uznać za procedury medyczne, jak np. dawkowana kąpiel słoneczna czy w wodzie morskiej, *nordic walking* (marsz z użyciem specjalnie zaprojektowanych kijów), sauna czy tatuaż wykonywany w celu korekty defektów skóry.

W tej sytuacji zapewnienia minister Kopacz, że oto przedstawia klucz do uporządkowania systemu zdrowia wydają się mocno przesadzone.

Koszyk świadczeń gwarantowanych to po prostu NFZ-owski katalog, a więc *de facto* to prezes Paszkiewicz jest jego autorem.

– Z takiego spisu nic nie wynika – mówi Andrzej Włodarczyk, były wiceminister zdrowia, który był odpowiedzialny za prace nad koszykiem. – Wcześniejsza koncepcja zakładała istnienie koszyka świadczeń częściowo gwarantowanych, czyli dopła-

ty pacjentów, ale widać, że nie ma na to zgody politycznej oraz realną wycenę wszystkich procedur medycznych – czym najwyraźniej nie jest zainteresowany NFZ.

Zmiana kodowania

Jedyną zmianą, jakiej dokonała ekipa pod wodzą Ewy Kopacz, jest zmiana klasyfikacji procedur na europejskie klasyfikatory ICD 9 i ICD 10 – zalecane przez WHO (tzw. koszyk Religi był budowany na polskiej wersji katalogu CTP).

– Ten sposób kodowania jest bardziej jednoznaczny, poza tym zawiera niezwykle ważny element – pozwala wycenić pracę lekarza – dodaje Adam Kozierekiewicz, ekspert rynku medycznego pracującego przy koszyku Religi. Nic dziwnego, że samorząd lekarski (warto przypomnieć, że to właśnie dzięki NRL w Polsce zaczęto prace nad CTP PL) jest przeciwny tej zmianie i dlatego w swoim stanowisku skrytykował propozycje ministerstwa.

Biorący udział w pracach nad koszykiem nowy dyrektor AOTM Wojciech Matuszewicz uważa z kolei, że wiedza ile kosztuje zabieg wycięcia wyrostka robaczkowego jest swoistą sztuką dla sztuki. – Tu można zacytować Kapaścińskiego, który o Herodzie napisał, że badał wiedzę dla samej wiedzy – mówi Matuszewicz.

Zdaniem nowego dyrektora AOTM wykaz pojedynczych procedur plus ich wycena nie oddają filozofii koszyka, bo można dopisywać niekończący się zbiór zdarzeń medycznych, a one nie obejmują np. kosztu leczenia powikłań. Zmiana klasyfikacji pozwala zaś na wycenę całego produktu, który ma doprowadzić do wyleczenia pacjenta.

– Nadal powszechnie i bez budzenia sprzeciwu stosuje się ogłaszanie kursów na leczenie, a nie na wyleczenie – tłumaczy.

I jednocześnie przypomina zwoleńnikom CTP, że system ten służy głównie do wystawiania faktur firmom ubezpieczeniowym.

Bez ubezpieczeń

Dyrektor Matuszewicz zapomina jednak o tym, że my także dążymy do systemu, w którym w możliwie szerokim zakresie konkurować będą ze sobą prywatni ubezpieczyciele. Do tej pory brak koszyka skutecznie hamował rozwój prywatnych ubezpieczeń.

Jednak, jak się wydaje, prezentacja koszyka minister Kopacz tej sytuacji nie zmieniła. Ubezpieczyciele zwracają uwagę, że na podstawie koszyka i projektu ustawy o ubezpieczeniach dodatkowych zaproponowanych przez PO trudno ustalić, co miałyby znaleźć się w ofercie ubezpieczeń. Dlatego będzie też je trudno sprzedać.

Minister Kopacz nie widzi takiego problemu. – Jeśli będę potrzebować implantu zęba, który kosztuje kilka tysięcy złotych, będę wołała wykupić za kilkadziesiąt złotych ubezpieczenie komplementarne – mówi minister. Ale ubezpieczyciele ze śmiechem pytają, kto jej ten pakiet sprzeda w tej cenie.

– Ubezpieczenia zawierające m.in. usługi teraz odpłatne już mamy – mówił „Parkietowi” Stanisław Borkowski, członek zarządu Allianz i szef Komisji Ubezpieczeń Zdrowotnych Polskiej Izby Ubezpieczeń. Ostrzega, że jeśli firmy miałyby iść w tym kierunku (ubezpieczając np. od ryzyka skorzystania z drogich operacji plastycznych czy zabiegu zapłodnienia *in vitro*), to należałoby się liczyć z tym, że wykupiłby je ci, którzy wiedzą, że z nich skorzystają. Zatem składka na takie polisy będzie bardzo wysoka.

Drugi rodzaj usług ubezpieczycieli, jaki przewiduje PO, to sprzedaż wyższego komfortu pobytu w szpitalu. – Tylko ilu Polaków będzie zainteresowanych płaceniem za telewi-

zor w pokoju czy jednoosobową salę? – pyta prezes Radziwiłł.

Dotychczasowe badania, m.in. kolejne diagnozy społeczne pokazują jasno, że ci, dla których liczy się komfort leczenia i tak już dziś korzystają z usług prywatnych szpitali i przychodni. I jest to dość wąska grupa najlepiej zarabiających. A przecież koszyk świadczeń miał m.in. spowodować rozpowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, a tym samym – napływ pieniędzy do systemu zdrowotnego. Czy to jest możliwe? Wydaje się, że nie.

Jako jedyna z naszych rozmówców światelko w tunelu dostrzegła Xenia Kruszevska, ekspert w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych, lekarz kardiolog. – Ubezpieczenia dodatkowe mają szansę ruszyć, bo nigdzie nie jest powiedziane w jakim standardzie i jakimi metodami szpitale mają leczyć. A to oznacza, że może powstać rynek usług częściowo odpłatnych, np. pacjent będzie mógł wybrać albo operację klasyczną, za którą zapłaci NFZ, albo przeprowadzoną endoskopowo, ale będzie musiał za to dopłacić – tłumaczy Kruszevska. – Ale tutaj bezwzględnie musi być zachowany warunek, że szpitale będą się kierowały rachunkiem ekonomicznym, a więc zostaną przekształcone w spółki prawa handlowego.

Jeśli ten scenariusz się spełni, będzie to oznaczać wprowadzenie współpłacenia niejako „od tyłu” i po cichu, tak by nie wywoływać politycznej i społecznej burzy. Czy taki jest plan minister Kopacz? Bardzo możliwe, bo jak sama powiedziała widzi miejsce na prywatne polisy, dzięki którym będzie można ominąć kolejki. – Zamiast czekać pół roku na operację, dzięki polisom można by załatwić sprawę w miesiąc – przekonuje Kopacz.

Tylko, że takie „załatwienie” sprawy jest bardzo kontrowersyjne. Po pierwsze, powstaje fundamentalne pytanie o konstytucyjną równość dostępu do usług i dzielenie pacjentów na lepszych i gorszych. Po drugie – o samodzielność w podejmowaniu decyzji klinicznych przez lekarzy. W końcu to lekarz prowadzący decyduje czy pacjent powinien mieć zabieg z użyciem endoskopu (bo ma takie wskazania) czy też ze względu na stan zdrowia trzeba użyć skalpela. Czy teraz o metodzie leczenia będzie decydować liczba kart (ubezpieczeniowych bądź kredytowych), z jaką pacjent przyjdzie do szpitala, a nie wiedza i umiejętności lekarskie?



foto: Marek Stankiewicz

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 30 V 2008

Prezydium pozytywnie zaopiniowało kandydatury na **stanowisko konsultanta krajowego** w dziedzinie: prof. dr. hab. n. med. **Piotra Kalicińskiego – chirurgii dziecięcej**, prof. dr. hab. n. med. **Jerzego Stelmachówna – ginekologii onkologicznej**, prof. dr. hab. **Walerii Hryniewicz – mikrobiologii**.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie założeń do projektu ustawy o **biegłych sądowych**. Prezydium stwierdziło, iż podjęcie kompleksowej regulacji prawnej jest w pełni uzasadnione i oczekiwane przez środowisko lekarskie. Zwrócono uwagę, że procedura kwalifikacji kandydatów na biegłych winna być polecona samorządowi lekarskiemu, trudno sobie bowiem wyobrazić, w jakim trybie taką weryfikację miałby przeprowadzać prezes sądu okręgowego bądź wyznaczony sędzia. Należy przy tym poprzeć zasadę powoływania biegłego na czas określony, po którym byłby poddawany kolejnej kwalifikacji. Postuluje się też ustanowienie odpowiedniej wysokości wynagrodzenia biegłego, która uwzględni rzeczywisty nakład pracy. Poruszany wielokrotnie przez samorząd lekarski problem wysokości wynagrodzeń biegłych z zakresu medycyny wymaga jak najszybszego rozwiązania. Wynagrodzenie to musi być na tyle atrakcyjne, by przyciągnąć lekarzy o wysokich kwalifikacjach czynnych zawodowo, a jak wiadomo dotychczasowa praktyka jest odmienna. Prezydium NRL zadeklarowało wolę współpracy przy pracach nad projektem ustawy, szczególnie że, jak się wydaje, znacząca część opinii biegłych dotyczy zagadnień medycznych.

Delegowano

- **Marka Czarkowskiego**, przew. Ośrodka Bioetyki NRL, na konferencję „**European Bioethics in a Global Context**” organizowaną przez European Society for Philosophy of Medicine and Healthcare – 20-23.08.br., Tartu (Estonia).
- **Konstantego Radziwiłła** oraz **Klaudiusza Komora**, przew. Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej, na posiedzenie **Stalego Komitetu Lekarzy Europejskich** – 13-14.06.br., Bruksela.

Prezydium NRL – 16 VI 2008

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Prezydium stwierdza, że nie ma potrzeby tworzenia listy świadczeń niegwarantowanych, jeżeli tworzy się listę świadczeń gwarantowanych. Jeżeli w ustalaniu tej listy będzie się korzystać ze znanej i dopracowanej klasyfikacji, jak na przykład CPT-PL, lista świadczeń niegwarantowanych powstanie automatycznie przez umieszczenie części świadczeń z klasyfikacji na listach świadczeń gwarantowanych. Zamiar umieszczania części świadczeń na liście świadczeń niegwarantowanych sugeruje istnienie listy świadczeń o „nijakim” statusie, co jest niezrozumiałe i niepotrzebne. Wobec tego decyzje powinny dotyczyć tylko umieszczenia na lub usunięcia z listy świadczeń gwarantowanych świadczeń wcześniej uznanych za medycznie uzasadnione poprzez umieszczenie na uznanej liście/klasyfikacji procedur. Prezydium podkreśliło, że proces definiowania świadczeń i uznawania ich za medycznie uzasadnione powinien być całkowicie oddzielony od decyzji dotyczących finansowania (czyli umieszczania na liście świadczeń gwarantowanych). Dobrym wzorem może być sposób tworzenia klasyfikacji CPT, wartościowania względnego procedur i wyceńny mający miejsce w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Odbywa się to w niezależnych procesach, klasyfikacja jest podstawą, wartościowanie względne następnym krokiem, decyzje płatników o wartości punktu – ostatnim.

Prezydium pozytywnie zaopiniowało kandydatury na **stanowisko konsultanta krajowego** w dziedzinie: prof. dr. hab. n. med. **Jana Kuliga – chirurgii ogólnej**, prof. dr. hab. n. med. **Dariusza Jurkiewicza – otorynolaryngologii**, prof. dr. hab. n. med. **Barbary Świątek – medycyny sądowej**, prof. dr. hab. n. med. **Henryka Skarżyńskiego – audiologii i foniatrii**.

Delegowano: Klaudiusza Komora, przew. Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej, na coroczny **Zjazd Delegatów Brytyjskiego Stowarzyszenia Lekarskiego** (British Medical Association Annual Representative Meeting) – 6-10.07.br., Edynburg.

23.06.br. w siedzibie NIL zebrał się liczni prezesi towarzystw lekarskich. W wyniku szerokiego porozumienia powołano **Konferencję Prezesów Towarzystw Lekarskich**, która ma być forum współpracującym z samorządem lekarskim i innymi organizacjami lekarzy i lekarzy denty-

stów w Polsce. Celem działania konferencji jest reprezentowanie stanowiska towarzystw lekarskich poprzez wskazywanie problemów i zagrożeń praktyki lekarskiej w Polsce oraz opiniowanie wybranych projektów przepisów prawnych dotyczących praktyki lekarskiej. Sygnatariusze deklaracji zobowiązali się do upowszechniania uchwał konferencji wśród członków towarzystw lekarskich oraz umacniania współpracy towarzystw lekarskich z samorządem lekarskim.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w posiedzeniu Konwentu ORL w Mierzęcinie k. Gorzowa Wlkp.
- Udział w posiedzeniu Rządowej Rady Ludnościowej.
- Udział w spotkaniu konsultacyjnym nt. projektów ustaw reformujących służbę zdrowia zorganizowanym przez Klub Parlamentarny „Prawa i Sprawiedliwość”.
- Udział w I Światowej Konferencji nt. Regulacji Zawodów Medycznych w Genewie.
- List do Grzegorza Kucharewicza, prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej w sprawie homeopatii.
- Udział w konferencji pełnomocników ds. zdrowia lekarzy okręgowych rad lekarskich.
- Udział w posiedzeniu Rady Programowej TVNMed.
- List do Jacka Paszkiewicza, prezesa NFZ – w sprawie zamieszczenia na stronie internetowej Funduszu projektów zarządzeń w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz zmieniającego zarządzenie w sprawie kryteriów oceny ofert.
- Udział w konferencji „Prawa pacjenta w systemie ubezpieczeń zdrowotnych” zorganizowanej w przez Rzecznika Ubezpieczonych.
- Udział w inauguracji VIII Kongresu Medycyny Rodzinnej w Wiśle.
- Udział w konferencji zorganizowanej przez Komisję Stomatologiczną DIL w Piechowicach.
- List do Jana Rostowskiego, min. finansów – dot. planów obowiązku posiadania kas fiskalnych w praktyce lekarskiej.
- List do Ewy Kopacz, min. zdrowia – prośba o dokonanie zmiany obowiązujących przepisów prawnych w celu zapewnienia możliwości dofinansowywania przez NFZ realizacji przez lekarzy i lekarzy dentyków obowiązku doskonalenia zawodowego.
- Udział w redakcyjnej dyskusji na temat polityki lekowej państwa w „Gazecie Prawnej”.

Tomasz Korkosz
tel.: 022-559-13-27, 0-602-218-710
faks: 022-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org



foto: Marek Stankiewicz

Koszyk świadczeń gwarantowanych jest chyba jedynym elementem reformy ochrony zdrowia, na który zgadzają się wszystkie najważniejsze ugrupowania polityczne.

Co więcej, uważa się powszechnie, że jest to sprawa fundamentalna dla powodzenia reformy, bez której nie można wprowadzić wielu innych jej elementów, jak np. dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Można by więc pomyśleć, że wprowadzenie koszyka będzie rzeczą prostą i szybką. Tymczasem od kilkunastu lat nie udało się tego zrobić żadnej ekipie. Wielokrotnie wydawało się, że koszyk już, już widać, po czym okazywało się, że był to tylko miraż. Dotyczy to również ostatniej propozycji, przedstawionej – tym razem – przez minister Ewę Kopacz. Dlaczego tak się dzieje?

Chciałabym, a boję się

Najpierw trzeba odpowiedzieć na pytanie: W jakim celu tworzy się koszyk świadczeń gwarantowanych? Politycy i zwykli obywatele mówią najczęściej: „Żeby było wiadomo, co się ludziom należy za ich składkę zdrowotną”. Nie jest to chyba odpowiedź właściwa, skoro dzisiaj, mimo że wiadomo, co się ludziom formalnie należy (wszystko, poza świadczeniami ujętymi w załączniku do ustawy zdrowotnej), wciąż słychać żądanie wprowadzenia koszyka. Istotą problemu jest bowiem nie to, co się należy formalnie (potencjalnie, w ramach przyznanego limitu), ale – co jest dostępne faktycznie, niezawodnie, „bezkolejkowo”. Celem koszyka jest zatem określenie takiego zakresu świadczeń zdrowotnych, na który jest pokrycie w pieniądzach publicznych, przeznaczanych na te świadczenia.

W obecnej Polsce, gdzie nakłady publiczne na opiekę zdrowotną są stosunkowo małe (4% PKB – najmniej w UE), wprowadzenie koszyka musi oznaczać istotne ograniczenie zakresu świadczeń bezpłatnych, czyli finansowanych wyłącznie ze środków publicznych. Innymi słowy, wprowadzenie

koszyka musi oznaczać wprowadzenie współpłacenia za leczenie, w znacznie szerszym zakresie niż obecnie. Zależność jest prosta: jest zgoda na współpłacenie – jest szansa na koszyk, nie ma zgody na współpłacenie – nie będzie koszyka.

I tu jest sedno problemu. Politycy chcą – co prawda – wprowadzenia koszyka świadczeń gwarantowanych, ale nie zgadzają się na współpłacenie, bojąc się, że spowoduje to gniew ludu, co przeszkodzi im w następnych wyborach. Jest oczywiste, że w takim przypadku żaden prawdziwy koszyk nie powstanie. Będziemy jedynie świadkami coraz to nowych spektakli, w czasie których kolejni ministrowie zdrowia będą przedstawiali nam jakieś podróbki koszyka i przekonywać, że tym razem to najprawdziwszy autentyczny.

Propaganda i Rzeczywistość (PR)

Politycy stali się – w tym przypadku – ofiarami własnej propagandy. Tak długo i intensywnie wmawiali swoim wyborcom, że – w opiece zdrowotnej – wszystkim wszystko należy się za darmo, że dzisiaj wydaje im się niemożliwe, aby ludzie zaakceptowali jakieś dopłaty do leczenia. Moim zdaniem zwykli ludzie są jednak mądrzejsi od polityków. Świadczą o tym wyniki badań opinii społecznej, przeprowadzone w latach 2004 i 2005 przez Instytut Pentor i PBS Sopot na zlecenie OZZL. Ogromna większość respondentów wyraziła wówczas gotowość akceptacji dopłat do leczenia, pod warunkiem, że spowodują one, iż dostęp do leczenia będzie niezawodny, bezkolejkowy. Przekonuje o tym również intensywny rozwój prywatnej służby zdrowia, gdzie pewność dostępu do leczenia jest przecież najważniejszym czynnikiem przyciągającym pacjentów.

Test na reformę

Prawdą jest, że wprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych jest podstawą dla wielu innych, oczekiwanych zmian. Nie będzie – na dużą skalę – dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, jeśli nie będzie – w miarę szerokich – dopłat do leczenia. Do świadczenia wszystkich innych krajów wskazują, że tylko ubezpieczenie „od dopłat” jest w stanie zmobilizować duży procent społeczeństwa do tego, aby je wykupić (np. we Francji ok. 90%). Inne formy ubezpieczeń dodatkowych, np. ubezpieczenie „od niewydolności systemu powszechnego”, czyli płacenie (niezależnie od składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne) drugiej, pełnej składki komercyjnym firmom ubezpieczeniowym, aby leczyć się prywatnie, stanowią zawsze margines. W bogatej Wielkiej Brytanii jest to mniej niż 10 % ludzi, w niezamożnej Polsce byłoby może 3%.

Bez koszyka nie uda się także wprowadzić zasady, że „pieniądz idzie za pacjentem”, bo jest to możliwe tylko wtedy, gdy świadczenia zdrowotne nie są limitowane, czyli wtedy, gdy jest pokrycie na nie w pieniądzech przeznaczanych na lecznictwo. Bez tej zasady nie będzie prawdziwej konkurencji między szpitalami, a w takim razie pod znakiem zapytania staje też sens przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego.

Widać zatem wyraźnie, że wprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych, czyli – *de facto* – wprowadzenie współpłacenia za leczenie, staje się najlepszym testem „na obecność” prawdziwej reformy opieki zdrowotnej.

Jak na razie – od kilkunastu lat – test ten wypada ujemnie.

11 czerwca 2008 r.



foto: Marek Stankiewicz

Receptologia stosowana

Krystyna Knypl

Ministerialne umysły od dziesięcioleci pracują w takim natężeniu nad wyglądem recepty, że wysiłek intelektualny tylu ludzi nie może pójść na marne!

Dla nadania właściwej rangi tym jakże twórczym i niezbędnym dla istnienia medycyny praktycznej pracom musimy powołać do życia nowy dział nauk medycznych pod nazwą *receptologia stosowana*. Dyscyplina ta powinna być zaliczana do nauk podstawowych – wszak prawidłowe pisanie recepty musi znać lekarz każdej specjalności!

Historyczne wspominki

W początkach mojej kariery medycznej pisanie recepty było zajęciem miłym, łatwym i przyjemnym. Nosiłam bloczek receptowy wraz z pieczątką zawsze przy sobie, nie żywiąc specjalnych lęków o losy tych elementarnych atrybutów zawodu lekarza. Wszystko miało zdecydowanie mniejsze rozmiary i mieściło się bez trudu w niewielkiej damskiej torebce. Gdy ktoś ze znajomych lub przyjaciół prosił o wypisanie leku na receptę, wielu z nas wyjmowało stosowne przybory i nie będąc świadomymi naganności swych czynów wypisywało różne specyfiki. Wraz ze zbliżaniem się do granic naszego kraju zachłannego kapitalizmu, w którym liczenie każdego centa i sprawozdawczość urastają do rangi religii, zaczęto też liczyć koszty ordynacji, diagnozowania, czasu pracy tak wytrwale, aż powstała wielka idea *uszczelnienia systemu*.

Trzeba jednak dla ścisłości zaznaczyć, że pierwszy pomysł z *uszczelnienia systemu* pojawił się pod koniec lat osiemdziesiątych, gdy wprowadzono różowe recepty na narkotyki. Poza lekami, które są oczywistymi narkotykami, zarządzono, że w sposób ściśle nadzorowany muszą być wypisywane preparaty przeciwparkinsonowskie. Podobno narkomani w owych latach lubili odurzać się tymi lekami. To, że mający problemy z poruszaniem się

pacjenci zaczęli mieć poważne problemy z zaopatrzeniem się w podstawowe leki, uszło jakoś uwadze ministerialnych reformatörów.

Skoro recepty stały się drukiem ścisłego zarachowania, to i musiała powstać dokumentacja, komu owe cenne druki były wydawane. Prowadzoną przeze mnie w owych latach księgę rozchodów receptowych zdobyło prawie wyłącznie nazwisko mojej matki, cierpiącej na ciężką chorobę Parkinsona i pewnie tylko z powodu niedojrzałości organizacyjnej ówczesnych służb kontrolnych oraz braku sieci komputerowych nie wykryto tego faktu. Dziś pewnie musiałabym się tłumaczyć w świetle kamer lub przed obliczem prokuratorskim, dlaczego tak nagminnie i bez zastanowienia się nad skutkami dla *systemu* napisałam tyle recept na jedną pacjentkę.

Również pod koniec lat osiemdziesiątych dobrotliwa ludowa władza postanowiła uczynić życie emerytów oraz rencistów przyjemnym i wprowadziła leki bezpłatne dla tych grup pacjentów. Dla odróżnienia recept bezpłatnych od wszystkich innych przez środek recepty nadrukowano czerwony pasek, ale wskutek protestów szybko z tego się wycofano – nikt nie chciał być czerwonym. Kolor w receptach niebawem jednak powrócił, tym razem jako zielony, w słynnych receptach bezpłatnych na wybrane leki. Pomysł podobno sprzyjał nadużyciom, więc też się z niego wycofano. Potem mieliśmy kilka wzorów recept zalecanych przez kasy chorych, ze słynną aferą mierzenia szerokości recepty, której zmienność uzyskiwano wyłącznie z tego powodu, że w instrukcji obsługi programu drukującego nie podano zasad ustawienia drukarki. Czas obowiązywania poszczególnych modeli recept zaczął skracać się szybciej niż długość sukien na wybiegach wielkich kreatorów mody.

Znaki wodne i inne

Wiadomość o wprowadzeniu najnowszego modelu recepty ze znakami wodnymi i podobno sześciostopniowym sposobie zabezpieczeń prawdę powiedziawszy rozczarowała mnie głęboko. Jest to wzór niedopracowany i jest jeszcze wiele do zrobienia w tej materii. Z pewnością wyczekiwana przez niektóre kręgi polityczne i towarzyskie, następna ekipa ministerialna szybko nadrobi braki, do których zaliczam brak wizerunku ważnej osoby urzędowej lub historycznej na receptce.

Na banknotach, które są najbardziej rozpowszechnionymi produktami ze znakami wodnymi, zawsze widnieją wizerunki zasłużonych osób. Dlaczego więc na receptach mielibyśmy pominąć ten element graficzny? Umieszczenie takiego wizerunku utrudni wszelkie fałszerstwa, tym bardziej że potencjalni fałszerze mogą nie być na bieżąco z aktualnie obowiązującym (a przecież często zmieniającym się) wizerunkiem.

Jakie twarze dałabym na recepty? Tu waham się między wizerunkami prezesów NFZ a podobiznami kolejnych ministrów zdrowia. Zresztą można by pójść jeszcze dalej w stopniach zabezpieczenia i rozważyć wizerunki prezesów poszczególnych regionalnych oddziałów NFZ. Mieliśmy wtedy nie sześć, ale siedemnaście stopni zabezpieczenia, a nowe pomysły przemakałyby przez nasze praktyki niczym tożsamość liczba mgieł wiosny.

Amerykanie piszą na dolarach *In God we trust*, czyli w Bogu pokładamy nadzieję, a w czym pokładają nadzieję kolejne ekipy ministerialne? Nie mam cienia wątpliwości, że w nekających kontrolach. Skoro nie systemowe i nowoczesne rozwiązania są tym, w co wierzy Ministerstwo Zdrowia, to

dewią wypisaną na receptach powinno być *In control we trust*.

Wyznania czynione przez administratorów z Miodowej podczas konferencji prasowej anonsującej wprowadzenie recepty („jest jedna taka firma, co robi takie druki”), podobno tańszych od dotychczas produkowanych sposobem domowym przez nas wszystkich wprawiają myślących ludzi w osłupienie. Skoro nie opłaca się produkować banknotów o nominałach niższych niż 10 PLN, to jakim sposobem jedna taka firma wyprodukuje to taniej niż jest obecnie?

Na marginesie nie sposób nie zauważyć, że siła więzi ministerstwa z branżą poligraficzną jest zdumiewająca. Słynny anons „dane podmiotu drukującego/wydruk własny” zdołający aktualnie obowiązujący wzór recepty i blokujący powierzchnię recepty (na której trudno zmieścić już nawet drugi lek) można skwitować jedynie kolokwialnym stwierdzeniem, że wyszło „i śmieszno, i straszno”, skoro dla drukarza przewidziano tyle samo miejsca, co dla lekarza. Jeżeli już tak skrupulatnie opisano proces produkcji, to powinno być dodane dla przypadków umów indywidualnych na wystawianie recepty wyznaczenie, że „druk sponsorował lekarz wystawiający receptę”.

Wołanie o rozsądek

Mamy w domach pokaźne kolekcje nieużytych recepty wcześniejszych edycji i wszystko wskazuje na to, że zapasy będą rosły w miarę kontynuowania zmian w duchu i na poziomie dotychczasowych pomysłów pożałuj-się-boże-reformatorskich.

Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej, obejmującej także e-receptę, jest jedynym sposobem na ucywilizowanie wszystkich problemów dotyczących wszelkich spraw związanych ze słowem pisanym w ochronie zdrowia.

Dobrze byłoby, gdyby przy kolejnych wątpliwej jakości reformach nie nadużywać sloganu „taniej”, ponieważ wszelkie koszty produkcji recepty (a także wielu innych poczyną) w wypadku posiadania indywidualnych umów z NFZ-em na wystawianie recepty refundowanych ponoszą teraz wyłącznie lekarze.

Jeżeli „taniej dla systemu” ma oznaczać „pobrane z lekarskiej kieszeni”, to ministerialni poszukiwacze oszczędności mają rację.

Już jesienią FreD powalczy z narkotykami

Młodzież między 16 a 24 rokiem życia najczęściej sięga po narkotyki – wynika z badań Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii!

Najbardziej rozpowszechnioną substancją są przetwory konopi – wybiera je aż 38 proc. młodych, później leki uspokajające i nasenne, dalej amfetamina, ekstazy. Ten ostatni narkotyk jest szczególnie popularny w kujawsko-pomorskim. Tu także, najczęściej, po woj. opolskim, młodzi trafiają do ośrodków leczących uzależnienia.

Statystyki policyjne alarmują – w 2006 r. prawie 13 500 przestępstw narkotykowych popełnili nieletni. Młodzież też coraz częściej sięga po używanie tzw. substancji legalnych, np. alkoholu, i co zatrażające robią to coraz młodszy ludźmi, a jak podkreśla Robert Rejniak z Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii, to „pierwszy krok do eksperymentowania z substancjami nielegalnymi”. Po to, by zdążyć przed uzależnieniem i pomóc młodym ludziom uwolnić się od narkotyków jeszcze w fazie pierwszych doświadczeń, powstał w Niemczech program „FreD goes net”.

Bydgoszcz i Bartoszyce – te dwa miasta jako pierwsze wezmą udział w testowaniu FreD-a w Polsce. Sens tego przedsięwzięcia oparty jest na wcześniejszej i krótkiej – bo tylko 8-godzinnej – ale jak potwierdzają badania skutecznej interwencji terapeutycznej. „Wczesna interwencja jest konieczna, ponieważ zagrożone osoby same po pomoc zgłaszają się zbyt późno. Jak wynika z badań, np. używający konopi szukają wsparcia dopiero po 6 latach. To zdecydowanie zbyt późno – podkreśla Anna Radomska z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN). – Szukamy sposobów, żeby do zagrożonego młodego człowieka dotrzeć jak najszybciej, a projekt FreD to umożliwia.” Koordynacją programu zajmie się właśnie Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a w Bydgoszczy Robert Rejniak – ekspert KBPN ds. wdrażania programu. Obok Polski pilotaż FreD-a będzie prowadzony jeszcze w 10 krajach UE.

Pomysł, by z szybkością docierać do osób zagrożonych uzależnieniem powstał w Niemczech w 2000 r. i od tego czasu jest realizowany. Młodzi Niemcy po raz pierwszy zatrzymani i zarejestrowani przez policję w związku z zażywaniem narkotyków, po wstępnej rekrutacji, są namawiani do wzięcia udziału w krótkim, dobrowolnym, antynarkotykowym programie profilaktycznym. Celem kilkugodzinnych zajęć jest zmotywowanie młodego człowieka do zastanowienia się nad tym, dlaczego używa narkotyków, dostarczenie wiedzy na temat efektów działania i ryzyka stosowania środków odurzających, informacja o konsekwencjach prawnych takiego postępowania, co w rezultacie ma prowadzić do zmiany postawy i zaprzestania ryzykownego zachowania. Taki sposób kontaktu z młodym człowiekiem nie ma nic wspólnego z wywieraniem na niego presji czy przymusem – terapeuta pracuje stosując metodę tzw. wywiadu motywacyjnego.

„Pracujemy nie wywierając nacisku, nie stosujemy takich strategii jak perswazja, bo motywacja do zmiany musi pochodzić od klienta. Nie może być w żaden sposób narzucona. Zadaniem terapeuty jest zachęcić klienta do rozważenia „za” i „przeciw”, uważnie go słuchać, wyrażać akceptację, zrozumienie, wzmacniać go, monitorować stopień gotowości do zmiany oraz afirmować wolność jego wyboru” – mówi Anna Radomska.

Teraz „FreD goes net”, podczas rocznego pilotażu, będzie dostosowywany do polskich realiów – obowiązującego u nas prawa, sposobów dotarcia do grupy docelowej, wyboru instytucji współdziałających. Przez ten czas z programu ma skorzystać 50 osób w wieku od 13 do 19 lat (w Niemczech od 14 do 21), także uzależnionych od alkoholu. W Polsce kandydatów do wzięcia udziału w projekcie ma zgłaszać przede wszystkim szkoła, inaczej niż u naszych sąsiadów – tam głównym partnerem do współpracy jest policja i sąd.

Realizatorzy programu podkreślają, że w polskiej wersji programu istotnym partnerem do współpracy mogłoby stać się lekarze POZ oraz ci zatrudnieni na oddziałach dziecięcych, medycyny ratunkowej i toksykologii: „Z naszych wcześniejszych doświadczeń wynika, że to często lekarze są ważnym źródłem informacji o problemach zdrowotnych młodych osób i jako autorzytet mają znaczący wpływ na motywację pacjentów i ich rodzin do szukania pomocy.”

Koszt „FreD goes net” w Polsce – prawie 48 tys. euro – sfinansuje UE oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Agnieszka Banach

Rubryka *Rozszyfruj receptę* żyje pełnią chwały, a krąg czytelników ulega systematycznemu rozszerzaniu nie tylko o kolegów lekarzy, ale także o osoby w bardzo zróżnicowany sposób związane z systemem ochrony zdrowia. To nie są czcze przechwałki, lecz obserwacje oparte na faktach wzorem Evidence Based Medicine!

W poniedziałkowy poranek, na początku czerwca, otrzymałam następującą korespondencję mailową:

Szanowna Pani Profesor! Ośmielona lekturą ostatniej rubryki „Rozszyfruj receptę”, w której to pani Ewa przesyła swoje zadanie ja również postanowiłam zabrać głos, za co z góry przepraszam. Z racji swego zawodu (sprzątaczką w SP ZOZ nr 1 we Wrocławiu) również mam do czynienia z „Gazetą Lekarską”, którą często znajduję w kubłach podczas wykonywania swej pracy. Chętnie wtedy do niej zaglądam, bo choć połowy treści nie rozumiem, ale zawsze poszerzyć horyzonty nie zaszkodzi. W bieżącym zadaniu zdołałam tylko przeczytać „błona śluzowa żołądka”, a dalej ani w ząb. Sama dość brzydko piszę, ale to zrozumiałe ze względu na mój poziom wykształcenia, natomiast żeby Doktorzy tak pisali? Przecież ktoś może na tym poważnie ucierpieć! Przypominam sobie sytuację sprzed kilku lat, kiedy Doktor z przychodni wypisał mi skierowanie na operację żylaków, ale mnie do szpitala nie przyjęli, bo nie umieli się rozczytać. Ja rozumiem, że rubryka jest po to, żeby potępiać takie zachowania i zachęcać do wyraźnego pisania. I dobrze! Jeszcze raz przepraszam Panią Profesor, że musiała czytać moje wypociny. Genowefa Wąsik.

Korespondencja tak dalece przypadła mi do gustu, że odpisałam pani Genowefie nie zwlekając ani chwili, bowiem wielce sobie cenię kontakt z każdym Czytelnikiem, niezależnie od tego jaki zawód wykonuje oraz w jakich okolicznościach wszedł w posiadanie „Gazety Lekarskiej”. Pani Genowefa otrzymała ode mnie następującą odpowiedź:

Szanowna Pani Genowefo, serdecznie dziękuję za nadesłaną korespondencję. Pragnę sprostować, że nie jestem „panią profesor”, natomiast gdyby interesowały Panią bliższe szczegóły z mojej kariery, to są one dostępne pod adresem

<http://free-journalist.krystyna.knypl.googlepages.com/home>

Przy okazji pragnę pogratulować sprawności we władaniu językiem ojczystym, że też o obyciu z Internetem nie wspomnę, wykraczającym daleko poza średnią krajową w reprezentowanym przez Panią zawodzie. Dobrze Pani odczytuje moje intencje prowadzonej rubryki, co jest kolejnym dowodem powodującym, iż muszę podejrzewać, że osobowość, którą Pani na potrzeby tego listu obrała, to tylko awatar w jakimś second life. Niezależnie od okoliczności, trochę jednak wirtualnych, pozwałam sobie załączyć nagrodę specjalną także w wirtualnej postaci – jest nią link do mojej powieści <http://masctygrysia.blogspot.com> w której spotka Pani wiele ciekawych wątków. Pozdrawiam serdecznie i życzę wielu interesujących znalezisk w miejscu pracy – nigdy nie wiadomo co człowiek / kobieta w pracy znajdzie.

Ponieważ obecnie fakty tworzy się często poprzez głosowanie opinii publicznej zapraszam Kolegów do udzielania odpowiedzi na pytanie:

Kim jest pani Genowefa?

1. lekarzem / lekarką
2. figlarzem / figlarką
3. utalentowaną konserwatorką szpitalnych powierzchni płaskich

Recepty to oczywiście najczęściej rozszyfrowywany tekst, ale podobne problemy dotyczą także konsultacji, opisów badań. W nowym zadaniu do rozwiązania (jest nim opis EEG nadesłany przez pacjentkę), liczę przede wszystkim na neurologów, ale także na wszystkich Kolegów systematycznie nadsyłających rozwiązania oraz tych, którzy dopiero zamierzają dołączyć do tej grupy.

Laureatkami w naszej kolejnej edycji zostają **dr Maria Nowicka** oraz **dr Jolanta Jabłońska-Lisiecka**, lekarz POZ – proszę, aby Koleżanki podały drogą mailową adresy pocztowe, na które zostaną przesłane nagrody książkowe.

Jak zawsze czekam na rozwiązania, pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl lub krystyna.knypl@gmail.com

Wykonano dnia
Data badania

L.dz. 134/08
EEG Nr 4709/08

Wynik Badania Elektroencefalograficznego

Nazwisko i imię
Miejsce zamieszkania
Opis badania i orzeczenia
Wniosek o dalsze postępowanie
Załącznik do wniosku
Załącznik do wniosku
Załącznik do wniosku

Planowane zmiany zatrudnienia

Michał Wenzel

Prezentujemy третią część wyników badania opinii lekarzy pt. „Aktualne problemy środowiska lekarskiego”.

Jego realizacja odbyła się w czerwcu 2007 r. Odpowiedzi na pytania ankiety udzieliło 282 respondentów-lekarzy. Badanie to przeprowadzono z inspiracji Naczelnej Izby Lekarskiej. Obecnie omawiamy wyniki pytań na temat planów zmiany pracy w kraju i za granicą.

Jedynie nieliczni lekarze planują w najbliższym czasie zmianę miejsca pracy w Polsce, jednak zwraca uwagę znacząca grupa udzielających odpowiedzi „Jeszcze nie wiem”. Ci lekarze to potencjalni kandydaci do zmiany miejsca pracy, osoby biorące taką możliwość pod uwagę, lecz nie podejmujące jeszcze konkretnych kroków w tym kierunku (wykres 1).

Większość lekarzy planujących zmianę zatrudnienia w Polsce zamierza pracować w prywatnej przychodni bądź we własnym gabinecie. Po zmianie chcieliby zarabiać średnio 10 702 zł. Mediana (wartość środkowa) podawanych kwot oczekiwanych zarobków to 7750 zł.

Inaczej rozkładają się odpowiedzi na pytanie o wyjazd zarobkowy za granicę. Tu pytaliśmy o nieco bardziej odległą perspektywę. Jedynie mniej niż połowa respondentów-lekarzy odpowiada, że nie planuje wyjazdu za granicę do pracy i nie podejmowałaby atrakcyjnej oferty pracy za granicą. Około dwóch piątych rozważało możliwości pracy poza Polską. Zdecydowana większość najmłodszych lekarzy (82% respondentów w wieku do 34 lat) bierze pod uwagę wy-

jazd zarobkowy za granicę (wykresy 2 i 3).

Jakie są przyczyny planowanej zmiany pracy? Respondentom zadaliśmy pytanie otwarte – odpowiedzi formułowali samodzielnie. Prawie zawsze powodem są kwestie finansowe. Zdecydowana większość (84%) lekarzy rozważających możliwość wyjazdu do pracy za granicę chce poprawić swoje warunki materialne. Ich obecne zarobki są zbyt niskie lub niestabilne.

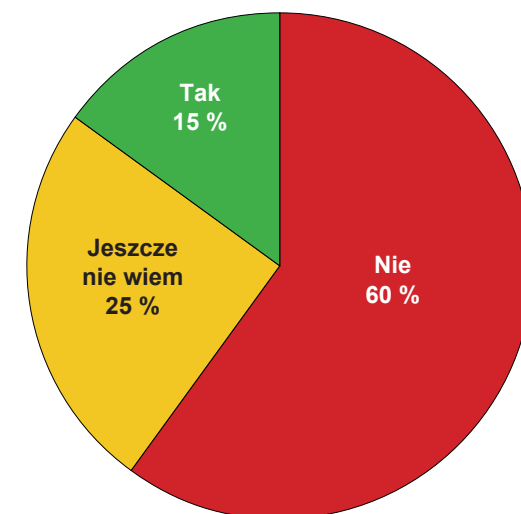
Drugim co do częstotliwości wymienianym powodem są warunki i czas pracy. Dwie piąte lekarzy uskarża się na nadmiar pracy, zbyt dużą liczbę pacjentów, brak czasu na wypoczynek, życie rodzinne itp.

Trzecim powodem jest brak możliwości awansu zawodowego, a także chęć podjęcia pracy zgodnej z kwalifikacjami i zainteresowaniami.

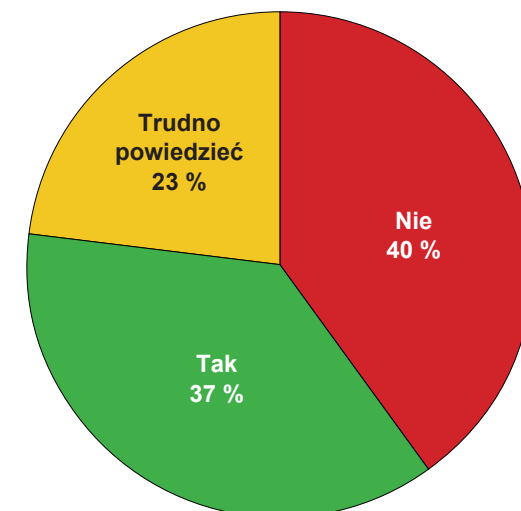
Inne przyczyny wymieniano sporadycznie. Należą do nich: zły stosunek pacjentów i ich rodzin do lekarzy; złe stosunki w pracy; brak nowoczesnej, odpowiedniej aparatury medycznej; chęć podjęcia pracy spokojnej, bezpiecznej, bez nagonek prokuratorskich, inwigilacji itp.

Podsumowując, „potencjał wyjazdowy” wśród lekarzy jest duży, zwłaszcza wśród najmłodszych. Wielu z nich czeka na atrakcyjną ofertę. Jeśli taka się pojawi, mogą – jeżeli opierać się na deklaracjach – zmienić nie tylko zakład pracy, ale i kraj, w którym będą wykonywać zawód.

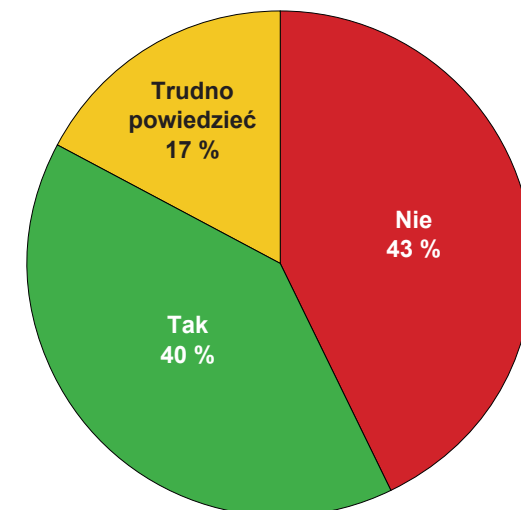
WYKRES 1. Czy planuje Pan(i) zmianę miejsca pracy w Polsce?



WYKRES 2. Czy, gdyby dostał(a) Pan(i) atrakcyjną ofertę, zdecydował(a)by się Pan(i) na wyjazd do pracy za granicą?



WYKRES 3. Czy w ogóle rozważa Pan(i) możliwość wyjazdu do pracy za granicę?



Angielska ewolucja

Karol M. Rogawski

Wprowadzenie nowych zasad pracy lekarzy pozostaje trudnym i nieuniknionym zadaniem dla Ministerstwa Zdrowia, lekarzy oraz pracodawców. Na razie większość państw Unii Europejskiej nie stosuje się w pełni do słynnej już dyrektywy. Na zbyt opieszalych w najbliższych latach będą czekać wysokie unijne kary pieniężne.

Czy naprawdę nie da się zorganizować pracy lekarzy tak, aby wilk był syty i owca cała? Przedstawiam uproszczone streszczenie zasad pracy lekarzy w Anglii, gdzie zarówno system narodowej służby zdrowia (*NHS – National Health Service*), jak i godzinny aktywności szpitali i lekarzy są inne niż w Polsce. Omawiam jedynie zasady pracy lekarzy na różnych stanowiskach szpitalnych, bowiem lekarze rodzinni (*General Practitioners – GPs*) objęci są innym kontraktem pracy. Prezentuję przykłady rozwiązań zatrudnienia lekarzy, które różnią się między szpitalami w zależności od ich profilu i rodzaju specjalności.

Kiedyś a obecnie

Po wojnie aż do lat dziewięćdziesiątych lekarze na Wyspach Brytyjskich pracowali w stałych zespołach o hierarchii: stażyści (*house officer*), starsi stażyści (*senior house officer*), asystenci (*registrars, staff grades*), starsi asystenci (*senior registrars, associate specialists*) oraz konsultant. Tydzień pracy obejmował długie godziny pracy w ciągu dnia oraz dyżury nocne ze średnią liczbą przepracowanych godzin w granicach 72 do 90, a nawet i więcej.

Zaletą systemu była ciągłość opieki nad pacjentami, bogate doświadczenie kliniczne dzięki wysokiej intensywności i ciągłości pracy w tym samym zespole lekarzy. Nadmierna ilość przepracowanych godzin związana była z przemęczeniem lekarzy z powodu braku odpoczynku i odcisnęła się negatywnie na ich funkcjonowaniu.

Od października 1998 r. sytuacja ta uległa stopniowej zmianie w związku z wprowadzeniem w życie EDCP obejmującej konsultantów oraz lekarzy nie będących w trakcie specjaliza-

cji. W 2004 r., po prawie czteroletnich pracach nad projektem czasu pracy dla specjalizujących się lekarzy, ograniczono ilość przepracowanych przez nich godzin w jednym tygodniu do 58 z zalegalizowaniem obowiązkowego odpoczynku w pracy.

W sierpniu 2007 r. czas pracy zmniejszono do 56 godzin. Od następnego zaś roku lekarze nie mogą przekroczyć granicy 48 godzin, aczkolwiek ta zasada może zostać wprowadzona z 3-letnim opóźnieniem, z górnym pułapem nie przekraczającym 52 godzin w tygodniu. Redukcja godzin pracy lekarzy zmusiła pracodawców do zmianowego systemu pracy i zniósła stabilność zespołu lekarzy pracujących dla tego samego konsultanta.

Wprowadzenie zmian spowodowało wzrost zapotrzebowania o ponad 3,7 tys. młodych lekarzy w 58-tygodniowym cyklu pracy z przewidywanym dalszym wzrostem liczby posad w 48-godzinny tygodniu pracy.

Liczenie godzin pracy jest łatwym zadaniem. Obowiązkiem zarówno pracodawcy, jak i lekarza jest okresowe monitorowanie liczby przepracowanych godzin. Na ogół oblicza się średnią tygodniową w okresie 7-8 tygodni bądź 24 tygodni. Problemem pozostaje sposób doliczania godzin na dyżurach do całkowitej liczby przepracowanych godzin w tygodniu.

Obecne prawo traktuje dyżury stacjonarne jako czas pracy niezależnie od aktywności na dyżurze. Czas dyżurowania pod telefonem liczony jest nieco inaczej. Z punktu widzenia wydajności, wartość pracy nocnej lekarza nie jest równa pracy dziennej. Zachodzi więc pewien konflikt interesów dla zarządu szpitala potrzebującego bezpiecznej liczby zatrudnionych lekarzy w nocy, co wiąże się ze zwiększonymi kosztami ich zatrudnie-

nia przy tej samej efektywności pracy. Lecz prawo pracy omija ekonomię szpitala i patrzy jedynie z perspektywy bezpieczeństwa zdrowotnego, ochrony i higieny pracy pracownika. Właśnie dlatego wprowadzono stanowiska zmianowe nie znane dotychczas lekarzom, zwłaszcza tym specjalizującym się, co odbiło się ujemnie na ich zarobkach, z utratą między 50 a 100% dodatku do płac podstawowych.

Dzień pracy lekarza w szpitalu

Różni się zasadniczo między specjalizacjami zabiegowymi i niezabiegowymi, jak również w zależności od stanowiska i stopnia kompetencji danego lekarza. Jedynym wspólnym mianownikiem jest wypracowanie godzin pracy według indywidualnie ustalonego jedno, bądź wielotygodniowego planu pracy obejmującego obowiązki kliniczne, podnoszenie kwalifikacji zawodowych, audyt, rozmaite zebrania („kominki”) oraz zarządzanie.

Specjalności zabiegowe

Aktywność operacyjna w szpitalach państwowych jest podzielona na półdniówki, czyli od 9.00 do 12.30 oraz od 13.30 do 17.00. W takich ramach czasowych rozpisywane są listy operacyjne zabiegów jednodniowych oraz dla pacjentów hospitalizowanych. Ramy te są nierzadko przekraczane z powodu nie zawsze wystarczającej ilości czasu potrzebnego na wykonanie zabiegów bądź krótszych list, więc w okresie 24 tygodni powinna być zachowana średnia 3,5 godziny pracy w czasie jednej sesji.

Lekarze w poradniach zabiegowych zazwyczaj pracują minimum 3,5 godzi-

ny podczas jednej połowy dnia. Młodzi lekarze pracują równolegle wraz z konsultantem mając okazję omówienia przypadku pacjenta.

Obowiązki obejmują wywiad chorobowy, badanie pacjenta, przeglądanie wyników badań, wyjaśnienie diagnozy oraz ustalenie planu dalszego postępowania leczniczego.

Pacjenci wymagający leczenia operacyjnego podpisują zgodę na wykonanie zabiegu, otrzymują dokumentację na temat planowanego zabiegu i kierowani są do poradni oceny przedoperacyjnej bądź do poradni anestezyjologicznej. Każda wizyta jest udokumentowana w historii choroby pacjenta kopią wydrukowanego listu do lekarza rodzinnego. Treść takiego listu jest nagrana na dyktafon po każdej wizycie pacjenta i przepisana przez sekretarkę.

Specjalności niezabiegowe

Interniści poświęcają więcej godzin na pracę na oddziałach, w poradniach ogólnych, specjalistycznych i na zebraniach interdyscyplinarnych, gdzie lekarze z rozmaitych specjalności dyskutują o indywidualnych przypadkach, np. onkologicznych, naczyniowych, kardiologicznych. Układają plan dalszych badań i leczenia w zależności od danej specjalizacji. Ogólne zasady funkcjonowania poradni internistycznych podobne są do zabiegowych.

Ciągły rozwój profesjonalny

Obowiązkiem każdego lekarza, bez względu na rodzaj stanowiska, jest pogłębianie swojej wiedzy medycznej, nabywanie nowych umiejętności i wdrażanie ich do codziennej praktyki. Powinnością są również zebrania naukowe, kursy specjalistyczne, seminaria, wykłady, omawianie przypadków oraz audyt.

Szpitala są odpowiedzialne za zapewnienie płatnego 35-dniowego urlopu szkoleniowego przez okres 3 lat oraz do refundacji, nie zawsze całkowitej, kosztów szkolenia wliczając koszty kursu, dojazdu i zakwaterowania.

Audyt

Audyt to prospektywna lub retrospektywna analiza wyników postępowania lekarskiego lub pielęgniarstwie-

go w celu sprawdzenia jego zgodności z zalecaną praktyką. Pozwala na znalezienie przyczyn, dla których zalecana praktyka nie jest w pełni wprowadzana oraz nakreśla sposoby poprawienia danego postępowania leczniczego, które następnie znów będzie poddane podobnemu audytowi.

Jest to system kontroli, zapewniający przejrzystość procesu leczenia. Ułatwia ocenę i monitorowanie prawidłowości postępowania lekarskiego czy pielęgniarstwiego.

Co miesiąc poświęca się pół dnia na prezentację i omawianie audytu, którego terminy ustala się z rocznym wyprzedzeniem, skoordynowane z innymi szpitalami w tym samym regionie. Tak skoordynowany harmonogram pozwala na okresowe połączenie takich zebrani między różnymi specjalnościami w jednym szpitalu lub w ramach tej samej dziedziny między różnymi szpitalami. Wybór tematyki audytu ustalony jest przez klinicystów danej specjalności i nie jest narzucony ogólnie.

Zarządzanie

W szpitalach istnieje ścisła struktura zarządzania administracyjnego, włączająca także konsultantów. Ogólnie każdy konsultant wciągnięty jest w mniejszym czy większym stopniu w zarządzanie administracyjne, z którym zapoznaje się na kursach o tej tematyce w czasie specjalizacji oraz pogłębia doświadczenie w czasie dalszej kariery jako konsultant. Zarządzanie kliniczne, tzw. *clinical governance*, jest obowiązkiem każdego klinicysty.

Urlopy

Liczba dni wolnych od pracy jest zależna od zajmowanego stanowiska i waha się od 28 do 35 dni w roku. Dodatkowo lekarz powinien wykorzystać 10 dni w skali rocznej na zebrania naukowe i kursy specjalizacyjne jako część CRP. W pełnozmiennym systemie pracy urlopy planuje się z sześciomiesięcznym wyprzedzeniem, co jest jego największą niedogodnością.

Autor jest od wielu lat chirurgiem i urologiem, konsultantem w Calderdale Royal Hospital w północnej Anglii. Studia lekarskie ukończył w 1980 r. w Pomorskiej Akademii Medycznej.



fot. Marek Stankiewicz

Pacjent i lekarz w uporczywej reformie

Romuald Krajewski

2 czerwca br. odbyła się w Polskiej Akademii Nauk, z udziałem licznych wykładowców z zagranicy, konferencja poświęcona różnym aspektom reform ochrony zdrowia.

Wśród wielkich spraw dotyczących systemów, kapitałów, ubezpieczeń, zarządzania, polityki niewiele zwracano uwagi na to, co dzieje się pomiędzy najważniejszymi, choć pozornie mało wpływowymi, uczestnikami wielkich systemów – pacjentami i lekarzami, i jak systemy wpływają na te relacje. Moim zdaniem ten aspekt jest niezwykle ważny, ponieważ nawet „najgenialniejsza” reforma, najbardziej wyszukane przepływy środków i mechanizmy zarządzania oraz kontroli są skazane na niepowodzenie, jeżeli w codziennych setkach tysięcy spotkań pacjentów z lekarzami obie strony będą niezadowolone. Niezależnie od wzajemnych zarzutów na pewno i jedna, i druga strona bardzo źle oceni i system, i reformatorów.

Nie tylko tradycja

Relacje pacjent – lekarz są najważniejszym elementem ochrony zdrowia, niezależnie od sposobu finansowania świadczeń. Tak było praktycznie zawsze, ale powodem, dla którego relacje są ważne, jest nie tylko tradycja. W wielu badaniach wykazano, że relacje oparte na zaufaniu, umożliwiające omówienie ważnych aspektów leczenia i potrzeb pacjenta, a więc i trwające odpowiednio długo, mają wpływ na wynik leczenia. Wykazano, że zarówno biomedyczne, jak i subiektywne wyniki leczenia zależą od różnych aspektów relacji pacjent – lekarz. Postulowano, aby szykując zmiany w systemie ochrony zdrowia brali ten aspekt pod uwagę. Potwierdza to ugruntowane w środowisku lekarskim i w społeczeństwie przekonanie, że zaufanie pacjenta do lekarza, to nie pustosłowie czy też starożytny i nieaktualny już pogląd. Znaczenie zaufania do zawodu lekarza zostało ostatnio również podkreślone przez Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu dotyczącym stosowania art. 52 KEL.

Ochrona zdrowia w ogromnej większości krajów wykazuje liczne i do-

kuczliwe objawy zarządzania przez administrację państwową i braku mechanizmów rynkowych. Dlatego wszędzie trwają nieustające dyskusje o reformie systemu i działania reformatorskie. Niezależnie od dobrej woli reformatorów, dostosowywania systemów do przyjętych standardów, a nawet ogłaszania niezaprzeczalnych sukcesów, wzrastające zapotrzebowanie na świadczenia medyczne stanowi dla wszystkich systemów publicznych bardzo duży problem, co stoi w jaskrawym kontraście do usług zorganizowanych rynkowo, w których wzrost zapotrzebowania jest postrzegany jako zjawisko korzystne. Można sobie wyobrazić reformę, która mogłaby tę sprzeczność usunąć.

Na razie jednak, niezależnie od szczegółów technicznych proponowanych reform, w wersji „publiczny system ochrony zdrowia” każda z nich musi w jakiś sposób ograniczać dostęp do świadczeń. Ograniczający wolą nazywać ten proces „optymalizacją dostępu”, ale niezależnie od terminologii rzecz sprowadza się do tego, że nie każdy dostanie to, czego by chciał lub potrzebował, nie w takim standardzie czy ilości, jakiej by oczekiwał i nie tak szybko, jak by chciał. Na zapewnienie każdemu wszystkiego o każdej porze nie stać żadnego państwa na świecie. Ten aspekt reform ma ogromny i niestety niepozytywny wpływ na relacje pacjent – lekarz. Stawia bowiem lekarzy w sytuacji konfliktu interesów wynikającego z konieczności godzenia tradycyjnych i powszechnie wymaganych zobowiązań wobec pacjenta ze zobowiązaniami wobec systemu.

Zagrożenia

Jednym ze zjawisk wynikających z wdrażania ograniczeń jest zmniejszanie czasu na bezpośredni kontakt. Potrzebujących jest wielu i coraz więcej, czasu przy zmniejszającej się liczbie lekarzy coraz mniej. W takiej sytuacji zwykle wybiera się zasadę „le-

piej cokolwiek niż nic” i uzasadnione oczekiwanie pacjenta na długi osobisty kontakt z lekarzem nie może się spełnić. Jednak art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi, że *Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas*. Jak większość przepisów Kodeksu, dotyczy on indywidualnych relacji pacjent – lekarz, które w systemie publicznym muszą podlegać ograniczeniom stanowiącym poważne zagrożenie dla tradycyjnych relacji, ciągle cenionych przez ogromną większość ludzi.

Drugim zagrożeniem jest nieodłączne wszystkim publicznym systemom oczekiwanie na udzielenie świadczenia. Kolejki są immanentnym elementem tych systemów, który muszą realizować udzielający świadczeń, czyli najczęściej lekarze. Jest to tak powszechny aspekt praktyki lekarskiej, że zwrócono nań uwagę w Kodeksie Etyki Lekarskiej i w art. 22 zapisano, że (...) *lekarz ustalający kolejność pacjentów powinien opierać się na kryteriach medycznych*. W społeczeństwach mających ograniczone zaufanie do systemu, a Polska na pewno do takich należy, sama konieczność oczekiwania, związane z kolejkami nadużycia i podejrzenia nadużyć stanowią ogromne zagrożenie dla zaufania i relacji pacjent – lekarz.

Trzecim zagrożeniem jest konieczność ograniczania zakresu czy zawartości świadczenia. Z pozoru nie powinno to stanowić problemu. Lekarze zawsze, nie bez pewnej dozy paternalizmu, dostosowywali propozycje terapeutyczne do sytuacji pacjenta. Wynikało to i najczęściej nadal wynika z „dobroczynności” – informowanie pacjenta o możliwościach, które wydają się niedostępne może być dla niego tylko źródłem stresu lub skutkować niemożliwymi do spełnienia żądaniami. W wielkich systemach opieki zdrowotnej ta sytuacja bardzo się skomplikowała. O ile pa-

cient zwykle dobrze wiedział, jakie były jego osobiste możliwości, to w odniesieniu do systemu raczej jest przekonany, że wszystko jest możliwe i dostępne. Utwierdzają go w tym przekonaniu zapewnienia polityków i administratorów oraz doświadczenie innych ludzi wskazujące, że jak dobrze się zakrzętnąć, można załatwić wszystko. Dochodzi do tego znacznie większa niż dawniej wiedza pacjenta o możliwościach leczenia dostępnych na całym świecie i powstaje problem, nad którym warto dłużej się zatrzymać.

Art. 6 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi, że *Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy*. Artykuł ten wskazuje, że lekarz powinien ograniczać zakres udzielanych świadczeń mając na względzie dobro pacjenta i kierując się swoją wiedzą. Ale co tu znaczą „rzeczywiście potrzebnych”? W rozumieniu szerokim, to wszystkie „czynności”, czyli świadczenia, które mają udowodnioną skuteczność. We współczesnej medycynie uzyskanie najlepszych wyników i ograniczanie do minimum ryzyka, co niewątpliwie stanowi dla pacjenta dobro, wymagają wykonania wielu dodatkowych czynności, które są coraz kosztowniejsze i poprawiają szanse na korzystny wynik o parę procent. Niewielka w wartościach bezwzględnych korzyść z reguły jest na bardzo wysokim poziomie istotności statystycznej. W praktyce dostęp do takiego optymalnego zakresu świadczeń nigdzie nie jest możliwy. „Rzeczywista potrzeba” podlega więc interpretacji i wybierane jest postępowanie dające akceptowalną, najczęściej w ocenie samego lekarza, szansę na dobry wynik w ramach organizacyjnych miejsca, w którym on pracuje. Ramy organizacyjne dla większości lekarzy oznaczają możliwości wyrażnie gorsze od najlepszych możliwości.

Istnieje też duża rozbieżność między tym, co jest „potrzebne” według płatnika, a tym, co uznaje się za niezbędne w razie roszczeń. Pacjenci bardzo rzadko pytają o to, dlaczego organizator ochrony zdrowia nie zapewnił w miejscu leczenia wszystkich potrzebnych środków, urządzeń i kadr, dlaczego płatnik wyznaczył taką cenę na świadczenie, że nie mieszczą się w niej koszty drogich leków, środków, urządzeń. Jeszcze rzadziej organizator i płatnik mówią, że to oni odpowiadają za ograniczenia. Natomiast chętnie wskazują na winę pra-

cownika, który zwykle – ich zdaniem – źle ocenił sytuację. Przecież gdyby jasno stwierdził, że wszystkie te kosztowne rzeczy są niezbędne, nikt by nie odmówił.

Kolejnym problemem są nieprzejrzyste zasady finansowania. Jeżeli lekarz musi zastanawiać się, czy wybrać dodatkowe wydatki na pacjenta, mniejszą pensję lub reprimendę zwierzchnika za „marnotrawienie” środków, co jest typowe dla chętnie stosowanych systemów kapitałowych, czyniących pacjenta „ośrodkiem kosztów”, w ogromnej większości sytuacji zdecyduje oszczędzać. Jeżeli jednak pacjent to zrozumie, relacje pacjent – lekarz na pewno bardzo się pogorszą.

Czwartym zagrożeniem, z którego ostatnio zdaliśmy sobie mocniej sprawę, są trudności z zapewnieniem ciągłości opieki. W systemie opieki zdrowotnej pacjent coraz częściej ma do czynienia z systemem, nie z indywidualnym lekarzem, a istnieją dane wskazujące, że ciągłość opieki, zwłaszcza podstawowej, ma wpływ na wynik leczenia i obniża koszty.

Przywrócić i podtrzymywać

Przykłady zagrożeń dla poprawnych relacji pacjent – lekarz można by mnożyć, ale te wystarczą do stwierdzenia, że podstawowa wartość praktyki lekarskiej: osobowe i oparte na zaufaniu relacje pacjent-lekarz są w uporczywie reformowanych systemach ochrony zdrowia zagrożone. Zagrożenia mają charakter strukturalny.

Organizacja świadczeń usuwająca normalne zachowania rynkowe przez wprowadzenie trzeciej strony nieuchronnie deformuje tradycyjne i ciągle pożądane relacje. Istnieje wiele mechanizmów prowadzących do stałego zaost్రzania tego kryzysu. Dyskutując o kierunkach reform należy pamiętać, że zmiany muszą prowadzić do przywrócenia i podtrzymywania pożądanych relacji na najbardziej podstawowym poziomie ochrony zdrowia, czyli w czasie udzielania świadczeń. Tego nie da się zrobić sposobem nakazowo-rozdziałczym.

Jeżeli relacje pacjent – lekarz będą niewłaściwe, wzajemne oskarżenia, zarzuty i coraz uporczywsze reformy, po których potrzeba dalszych reform będzie jeszcze bardziej widoczna, będą nadal powszechnym dniem ochrony zdrowia.

Międzynarodowe Seminarium: *Healthcare, the market and the public's needs and interests*, Warszawa, 2 czerwca 2008 r.

Dłużej i drożej

Istotną kwestią dotyczącą prowadzenia prywatnej praktyki lekarskiej jest sporządzanie, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej.

Zagadnienia dotyczące indywidualnej dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych poza zakładami opieki zdrowotnej reguluje rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie indywidualnej dokumentacji medycznej (dalej *RwSIDM*) z 30 lipca 2001 r., Dz.U. 2001 r., nr 83, poz. 903.

Uwaga! 23 kwietnia 2008 r. weszła w życie *Ustawa o zmianie Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz.U. 2008 r., nr 58, poz. 351), która wprowadziła nowe regulacje dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarzy poza zakładami opieki zdrowotnej.

Zgodnie z §2 ust. 1 *RwSIDM* dokumentację medyczną stanowią dokumenty odnoszące się bezpośrednio do osoby pacjenta. Za dokument medyczny uważa się każdy nośnik informacji, który zawiera (§2 ust. 2 *RwSIDM*):

- dane pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości,
- dane lekarza, który sporządził dokument,
- dane odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta,
- datę sporządzenia dokumentu.

Podstawą prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej jest sporządzanie wpisów w porządku chronologicznym z zaznaczeniem: daty, osoby, która sporządziła wpis oraz końca każdego wpisu. Wpis dokonany w dokumentacji medycznej nie może zostać z niej usunięty. Wyjątek stanowi usunięcie błędnego wpisu, który powinien zostać przekreślony i opatrzony datą oraz podpisem lekarza dokonującego korekty. Warto podkreślić, że każda strona dokumentacji medycznej powinna być opatrzona imieniem i nazwiskiem pacjenta (§14 ust. 5 *RwSIDM*).

Należy podkreślić, że lekarz prowadzący prywatną praktykę lekarską może zdecydować się na prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. W przypadku sporządzania dokumentacji w tej formie lekarz ma obowiązek (§5 pkt. 1-5 *RwSIDM*):

- zapewnienia dostępu do zgromadzonych informacji wyłącznie osobom uprawnionym,
- uniemożliwienia zapoznania się z treścią dokumentacji osobom nieuprawnionym,
- chronienia informacji przed zniszczeniem,
- sporządzenia „skrótów” zebranych informacji, które pozwolą na odtworzenie dokumentacji w formie pisemnej,
- przechowywania podpisanych wydruków.

Przechowywanie dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna prowadzona w ramach prywatnej praktyki lekarskiej musi być przechowywana przez lekarza, który ją sporządził. Okres, przez jaki dokumentacja medyczna musi być archiwizowana, wynosi:

- dwadzieścia lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono ostatni wpis o udzielonym świadczeniu zdrowotnym (art. 41 ust. 7 ustawy o zmianie *UoZL*),
- trzydzieści lat w przypadku, gdy nastąpił zgon pacjenta, który spowodowany był uszkodzeniem ciała lub zatruciem. W przypadku zgonów, które nastąpiły z innych powodów (na przykład w wyniku choroby nowotworowej), dokumentacja musi być przechowywana przez okres dwudziestu lat.

Po upływie wyżej wymienionych okresów dokumentacja medyczna może zostać zniszczona. Należy podkreślić, że likwidacja dokumentacji musi odbywać się w sposób uniemożliwiający późniejszą identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Oznacza to, że dokumentacja powinna zostać na przykład spalona bądź zniszczona w inny sposób uniemożliwiający odczytanie zawartych w niej danych.

Uwaga! Do 23 kwietnia 2008 r. dokumentacja prowadzona w ramach prywatnej praktyki lekarskiej musiała być przechowywana przez okres dziesięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono ostatni wpis o udzielonym świadczeniu zdrowot-

nym, a w przypadku zgonów spowodowanych uszkodzeniem ciała lub zatruciem 30 lat. Wydłużony czas archiwizowania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach prywatnej praktyki został wprowadzony przez ustawę o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Pobieranie opłat za kopię, odpis lub wyciąg z dokumentacji medycznej

Ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty umożliwiła lekarzom pobieranie ściśle określonych opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentom. Kwoty za udostępnienie dokumentacji medycznej zostały określone w następujący sposób:

- opłata za jedną stronę odpisu nie może przekroczyć 0,0015 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale,
- opłata za jedną stronę wyciągu nie może przekroczyć 0,00015 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale,
- opłata za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej w formie elektronicznej nie może przekroczyć 0,001 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

Do 23 kwietnia 2008 r. przepisy prawa nie określały wysokości opłaty, jaką lekarz prowadzący prywatną praktykę lekarską mógł pobrać za sporządzenie kopii, odpisów lub wypisów z dokumentacji medycznej. Oznaczało to, że kwota opłaty za kopię, odpis lub wyciąg z dokumentacji nie powinna przekraczać faktycznego kosztu wykonania odpisu, wyciągu lub kopii.

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Dokumentacja z bieżącego lub zakończonego leczenia może zostać udostępniana przez lekarza prowadzącego prywatną praktykę lekarską pacjentowi lub innym podmiotom. Udostępnienie dokumentacji medycznej może nastąpić na wniosek niżej wymienionych osób:

- pacjenta pełnoletniego i nieubezważonego,
- przedstawiciela ustawowego pacjenta. Pobranie dokumentacji medycznej przez przedstawiciela ustawowego pacjenta dotyczy pacjentów małoletnich poniżej osiemnastego roku życia i pacjentów ubezwłasnowolnionych całkowicie,
- osoby upoważnionej przez pacjenta pełnoletniego i nieubezwłasnowolnionego (tak zwanego powiernika pacjenta).

Zgodnie z art. 41 ust. 3 ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz prowadzący prywatną praktykę lekarską może udostępnić dokumentację medyczną również niżej wymienionym podmiotom:

- innemu lekarzowi lub personelowi medycznemu, który rozpoczyna lub kontynuuje leczenie pacjenta,
- podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów (np. sądom, prokuratorom, firmom ubezpieczeniowym, zakładowi ubezpieczeń społecznych itp.).

W razie śmierci pacjenta dokumentacja medyczna z bieżącego lub zakończonego leczenia może zostać udostępniona:

- osobie upoważnionej przez pacjenta do pobierania dokumentacji na wypadek jego śmierci,
- przedstawicielom ustawowym pacjentów małoletnich i ubezwłasnowolnionych.

Uwaga! Jeżeli pełnoletni i nieubezwłasnowolniony pacjent nie upoważnił nikogo do pobierania kopii, wyciągów odpisów oraz oryginału dokumentacji medycznej za jego życia lub po śmierci, lekarz nie ma prawa do wydania dokumentacji medycznej nikomu z najbliższej rodziny chorego.

Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona przez lekarza w formie:

- odpisów, wyciągów, kopii,
- do wglądu na miejscu,
- oryginału. (*Oryginał może być wydany wyłącznie za pokwitowaniem odbioru i zastrzeżeniem, że dokumentacja musi zostać zwrócona lekarzowi po jej wykorzystaniu.*)

Czy pacjent musi się zgodzić na rejestrowanie wizyty lekarskiej?

W związku z często pojawiającymi się w ostatnim czasie pytaniami odnośnie rejestrowania wizyt lekarskich należy podkreślić, że lekarz ma pra-

wo do nagrywania przebiegu wizyty lekarskiej przy pomocy różnych urządzeń. Uprawnienie to nie jest jednak nieograniczone.

W rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych (dalej *UoODO*) z 29 sierpnia 1997 r., tj. Dz.U. 2002, nr 101, poz. 926, ze zm., *za dane osobowe uważa się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej* (art. 6 ust. 1 *UoODO*). Z kolei w art. 27 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych zapisano: *zabrania się przetwarzania danych (...) o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nalogach lub życiu seksualnym (...)*. Prawo przewiduje jednak wyjątki od tej zasady.

Przez pojęcie przetwarzania danych osobowych należy rozumieć wszelkie operacje polegające, między innymi, na zbieraniu, utrwalaniu, przechowywaniu, udostępnianiu i usuwaniu danych (art. 7 pkt 2 *UoODO*). Oznacza to, że nagrywanie wizyty lekarskiej w jakiegokolwiek formie stanowi przetwarzanie danych osobowych.

Przebieg wizyty lekarskiej może zostać zarejestrowany przy pomocy różnych urządzeń. Jeżeli nagrywanie wizyty **nie ma ściśle na celu** (art. 27 ust. 1 pkt 7):

- ochrony stanu zdrowia,
 - świadczenia usług zdrowotnych,
 - leczenia pacjentów,
- rejestrowanie wizyty lekarskiej możliwe jest tylko wówczas, gdy pacjent wyrazi pisemną zgodę. Zgodnie z art. 27 ust. 2 pkt 1 *UoODO* przetwarzanie danych o stanie zdrowia pacjenta jest dopuszczalne, jeżeli osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę na piśmie. Dotyczy to, między innymi, sytuacji, w których lekarz chce zarejestrować wizytę lekarską w celach dowodowych.

Oznacza to, że lekarz, który chce zarejestrować wizytę w celach dowodowych przy pomocy jakiegokolwiek urządzenia, musi poinformować o swoim zamiarze pacjenta, a pacjent musi wyrazić pisemną zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

W przeciwnym razie rejestrowanie wizyty lekarskiej dla celów dowodowych jest niedopuszczalne w świetle prawa.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

Artykuły ukazują się przy współpracy Wydawnictwa Progress, wydawcy „Prawa w Medycynie” i medycznych atlasów multimedialnych – www.progress.med.pl

Raport z marszu pogorzalców

Zygmunt Wiśniewski

Szpital Ujazdowski w planach Komendantury Sanitarnej Armii Krajowej na czas Powstania Warszawskiego nie figurował jako szpital wojskowy.

Jego komendantem był od 1940 r. płk dr Leon Strehl, który występował w podwójnej roli, ponieważ był zarazem komendantem służby zdrowia Armii Krajowej. Wiedząc o mającym nastąpić wybuchu powstania przeniósł się do szpitala Maltańskiego, który mieścił się przy ul. Senatorskiej, w pobliżu Komendy Głównej AK. Tam zastał go wybuch powstania. Wypadki potoczyły się w sposób na tyle zaskakujący, że nie zdążył przekazać komendy szpitala Ujazdowskiego. W szpitalu tym przebywał i ordynował na oddziale wewnętrznym płk prof. dr Teofil Kucharski. To on, z „tytułu starszeństwa i na prośbę kolegów oficerów”, objął komendę nad szpitalem, który znalazł się w sytuacji dosłownie frontowej. To jemu przyszło zmierzyć się z sytuacją, której nawet najciężej doświadczeni lekarze-dowódcy wojskowi nie mogli przewidzieć. Niemcy zaplanowali unicestwić miasteczko szpitalne. Postanowili je spalić i obrócić w gruzy.

Płk prof. dr Teofil Kucharski napisał z tego bestialstwa wspomnienie w stylistyce raportu wojskowego. Po latach trafiło ono do zbiorów historycznych. Przekazała je dr Ewa Myśliwiec ze Szczecina, wnuczka profesora. Nastąpiło to w reakcji na publikację artykułu „Szpital, którego nie ma”, zamieszczoną przed rokiem w „Gazecie Lekarskiej”.

O tych niezwykłych wydarzeniach lepiej opowiedzieć słowami samego płk. prof. dr. Teofila Kucharskiego:^(*) *Dzień 1. VII, godz. 17, 1944 r. zastał szpital Ujazdowski tylko częściowo przygotowanym pod względem personalnym. Z powodu dziwnie pojętej konspiracji szpital mógł pozostać bez lekarzy. Jedynie dzięki temu, że część lekarzy mieszkała na terenie szpitala (...) pozostało w szpitalu 8 lekarzy. Te same stosunki panowały pod tym względem i w szpitalu Św. Ducha, mieszczącym się na terenie Ujazdowa. Z tytułu starszeństwa i na prośbę grupy oficerów objąłem rano dnia 2 VIII. 44 r. dyрекcję (komendę) szpitala Ujazdowskiego.*

Historycy potrafią pewnie wyjaśnić chłodny stosunek płk. prof. dr. Teofila Kucharskiego do konspiracji i brak choćby słowa o płk. dr. Leonie Strehlu, który do końca lipca (tak przekazują dokumenty) był komendantem szpitala.

Nie ulega więc wątpliwości, że drugiego dnia Powstania Warszawskiego Teofil Kucharski przejął komendę szpitala Ujazdowskiego i odtąd on kierował poczynaniami władz szpitala. A poczynania te były niezmiernie dramatyczne i wymagały od komendanta ogromnego doświadczenia, wielkiej wiedzy i umiejętności dyplomatycznych. Wszystko więc, co wydarzy się, i o czym zrelacjonujemy podążając za tekstem Kucharskiego, wynikać będzie z jego osobistych decyzji.

Pierwsze cztery dni powstania, według relacji komendanta, mijają w miarę spokojnie. Spokój kończy się 5 sierpnia.

Dnia 5 VIII. przybył do szpitala przed południem podoficer policji niemieckiej z ul. Wiejskiej zawiadomieniem, że szpital ma być spalony, a lekarze internowani. Ponieważ rozkaz był niejasny i dla mnie nieprawdopodobny, poprosiłem podoficera, by mnie przeprowadził do komendy policji w sejmie przy ul. Wiejskiej. (...) Komendant policji, kpt. Meyer, przede wszystkim zwymyślał w okropny sposób podoficera niemieckiego za niewykonanie rozkazu, a na moje przedstawienie, że szpital stoi pod ochroną prawa międzynarodowego i na moją prośbę o względy dla personelu i litość nad chorymi, pięniąc się i grożąc pięściami, obrzucił stekiem obelg i wyzwisk mnie i naród polski, wykrzykując, że Polacy ani zdrowi, ani chorzy nie zasługują na żadne względy i litość, że są okrutni, źle obchodzą się z rannymi i zdrowymi Niemcami – jeńcami i że spalili w szpitalu 85 Niemców, itp. W końcu krótkim „heraus” – wyrzucił nas z holu, w którym nas przyjmował.

Relacja, napisana w suchej formie meldunku wojskowego, robi wstrząsające wrażenie:

Po przybyciu do szpitala podoficer niemiecki oświadczył mi, że spali najpierw budynki przytykające do ulicy. Dodał, że może to uspokoi lub zmyli „starego”, a może sytuacja się zmieni. Rzeczywiście zaraz po południu zaczęto palić budynek administracyjny, a potem izbę przyjęć i przyległe przyuliczne budynki. Nakazałem ewakuację chorych ze wszystkich oddziałów do budynku 41, głównego gmachu szpitalnego, dwupiętrowego, a do Zamku ewakuację rodzin.

Nie pomogły pertraktacje podejmowane przez Kucharskiego z Niemcami, którzy na dzień 6 sierpnia, o godzinie 6 rano zarządzili ewakuację szpitala Ujazdowskiego wraz z przylegającym do niego szpitalem Św. Ducha.

Razem ewakuacji podlegać miało 1831 osób, w tym 152 ciężko chorych,

dokończenie na str. 32

Wisła gościnna dla lekarzy

Tegoroczny Kongres Medycyny Rodzinnej „U Źródeł Zdrowia” pobił wszelkie rekordy frekwencyjne. Blisko 2 tysiące lekarzy w trakcie warsztatów i warsztatowych wykładów wymieniło się tysiącami spostrzeżeń i informacji pomocnych w pracy. W podobnym gronie spotkają się za rok.

Po raz pierwszy spotkali się rezydenci i młodzi lekarze medycyny rodzinnej. Udział wzięło 40 osób, a inspiracją było tegoroczne spotkanie *Vasco da Gama Movement* w Paryżu, czyli międzynarodowej grupy skupiającej młodych i przyszłych lekarzy rodzinnych z całej Europy, pozostającej w ścisłym związku z WONCA Europe (*European Region of World Organization of Family Doctors*). Powstała ona w roku 2004 w Amsterdamie, gdzie po raz pierwszy spotkali się rezydenci i młodzi lekarze rodinni pragnący stworzyć nową inicjatywę jednoczącą młodych i przyszłych lekarzy rodzinnych.

Młodzi polscy lekarze, którzy po raz pierwszy zainicjowali takie spotkanie, podzielili się doświadczeniami wyniesionymi ze współpracy ze strukturami europejskimi. Zastanawiali się, jak efektywnie mogą z nich skorzystać. Powołano grupy robocze, które wkrótce zajmą się specjalizacją, wizerunkiem, badaniami naukowymi oraz programami międzynarodowymi i wymianą wśród młodych lekarzy w strukturach europejskich.

Zadaniem zawiązanej grupy Rezydentów i Młodych Lekarzy ma być promocja medycyny rodzinnej jako specjalizacji wśród rozpoczynających drogę zawodową lekarzy i studentów, poprawa jakości szkolenia specjalizacyjnego oraz wymiana doświadczeń zawodowych. Ponadto chcą zaktywizować młodego środowisko i zachęcenia go do współpracy w grupach tematycznych. Młodzi lekarze znaleźli wsparcie dla swych działań w szeregach Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Agnieszka Pleci

II Konferencja Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, która odbyła się w dn. 23-26.04.br. w Wiśle okazała się ogromnym sukcesem. W konferencji wzięło udział 1,8 tys. lekarzy specjalistów alergologów, specjalizujących się w alergologii,

lekarzy zainteresowanych praktyką alergologiczną, internistów, pediatrów, laryngologów, dermatologów, okulistów oraz pielęgniarek alergologicznych.

Konferencji towarzyszyło przesłanie „Alergia od kliniki do praktyki”, a jej głównym celem było omówienie najnowszych wyników badań w dziedzinie diagnostyki i terapii schorzeń o podłożu alergicznym, wskazanie wpływu schorzeń alergicznych na przebieg i terapię innych chorób, poszerzenie praktycznych umiejętności w alergologii oraz wskazanie zagrożeń dla pacjenta w codziennej praktyce lekarskiej. Sesje naukowe oraz warsztaty szkoleniowe, które prowadzili wybitni specjaliści i eksperci w dziedzinie alergologii, wywołały niezwykle interesujące dyskusje i pozwoliły na bardzo szeroką wymianę poglądów.

Po raz pierwszy zastosowano telewizję zjazdową, która cieszyła się ogromnym zainteresowaniem. Wywiady z wybitnymi specjalistami, sprawozdania z konferencji oraz wrażenia uczestników emitowane na bieżąco uatrakcyjniały uczestnikom czas wolny.

Podczas konferencji wręczono nagrody „Złotego IgE” w dziedzinie „Zarządzania i Przedsiębiorczości – Orły Alergologii Polskiej”. Nagrodzonych zostało 25 lekarzy z całej Polski, zdolnych menedżerów, którzy potrafili z małych gabinetów lekarskich swoją wieloletnią pracą stworzyć specjalistyczne centra alergologiczne.

Tradycją konferencji staje się konkurs dla młodych naukowców. Zdaniem prof. Piotra Kuny, prezesa PTA, daje to unikalną szansę, dzięki Polskiemu Towarzystwu Alergologicznemu, na zaistnienie w świecie nauki i medycyny młodym ludziom kształcącym się w zakresie chorób alergicznych. W tym roku wyróżniono M. Sokółowską, S. Słomkę, P. Korczyńską, M. Kupczyka, T. Grzelewskiego, D. Tworka, M. Nocunia i K. Wosztaka.

Marek Stankiewicz

Raport z marszu pogorzalców

dokończenie ze str. 30

zdolnych do transportu tylko na noszach – zapisał płk Kucharski.

Opis wymarszu, ze względu na krańcowo wstrząsający charakter, cytuję *in extenso*:

O godz. 6 rozpoczęła się zbiórka. Ustaliłem następujący porządek pochodu: na przedzie 6 kobiet z chorągwiami Czerwonego Krzyża, uszytymi w nocy; za nimi czwórkami chorzy na noszach (38 czwórek); następnie inwalidzi, za nimi zdrowi ze swoimi tłumoczkami; na końcu 5 zaprzęgów konnych, 3 ze szpitala Ujazdowskiego, 1 ze szpitala Św. Ducha, 1 ze Spółdzielni. Koło godz. 9 pochód był mniej więcej sformowany, brakowało jeszcze obsady do 50 noszy. Wówczas udałem się [do] kpt. Meyera jeszcze raz, prosząc by dał mnie 100 mężczyzn internowanych ze spalonych domów i by nie palił biblioteki szpitalnej, podając, że jest to biblioteka jedna z największych i najbardziej znanych w Europie. Nie chciał ze mną mówić. Kazał mi wracać i dodał, że w ciągu pół godziny mam razem ze szpitalami opuścić teren Ujazdowa. (...) Groźbą i prośbą udało się znaleźć noszowych i o godz. 10 dałem znak do rozpoczęcia pochodu. (...)

Dla skontrolowania porządku ustawiłem się koło apteki, naprzeciwko bramy szpitala i mogłem stwierdzić, że obraz poruszającego się orszaku czynił niesamowicie makabryczne wrażenie, zarazem wrażenie dostojeństwa i godności.

Pochód tak sformułowany, łajany, wyszydzany i szykanowany przez żołnierzy niemieckich, kierował się docelowo na ul. Chełmską, gdzie znalazł zakwaterowanie w Zakładzie Opatrności Bo-

żej oraz w sąsiadującym z nim Towarzystwie Opieki nad Chłopcami „Przyszłość”. Przypomnijmy – ze szpitala Ujazdowskiego ewakuowało się 1831 osób. Część z nich, przypisana do szpitala Św. Ducha (ok. 340 osób), przeniosła się następnie na Sadybę (podwarszawskie osiedle, dziś część Mokotowa). Pozostali przy ul. Chełmskiej przeżyli koszmarnie dopełnienie swej gehenny. To najgorsze zdarzyło się 30 sierpnia. Szpital liczył wtedy 328 rannych i chorych.

O godz. 5.30 rozpoczął się pierwszy nalot bombowców. Bombowce pikowały na szpital. Ofiar w ludziach nie było. Za godzinę przyleciała nowa fala bombowców, które pikując rzuciły 5 bomb burzących półtonowych i zbiornik bomb zapalających na skrzydło Zakładu Opatrności Bożej, zajęte przez szpital, i 3 bomby półtonowe oraz zbiornik bomb zapalających na budynek Towarzystwa Opieki nad Chłopcami.

Bomby zawałyły sufit I i II piętra, grzebiąc pod rumowiskiem chorych z 3 sal całkowicie i częściowo z 5 innych sal. Równocześnie z zawaleniem się sufitu rozpoczął się pożar drewnianego belkowania, zaczęły się walić szybko sufity nietrafione bezpośrednio, ale naruszone w swej spójności przez wstrząs i pożar. Rozpoczął się natychmiastowy ratunek. W tejże chwili nadleciały bombowce i obsypały ratujących i rannych gradem pocisków z pokładowej broni: karabinów maszynowych i działek szybkostrzelnych. (...) Według nieścisłych obliczeń znalazło śmierć pod gruzami szpitala 120 osób rannych, chorych, personelu i uchodźców, a pod gruzami budynku obok 60 osób z personelu szpitalnego, rodzin szpitalnych i uchodźców – razem 180 osób.

Tak, w opisie płk. prof. dr. Teofila Kucharskiego, kończy się powstańcza ewakuacja szpitala Ujazdowskiego.

*

Do szpitala Ujazdowskiego Teofil Kucharski trafił we wrześniu 1939 r. W Warszawie znalazł się wraz z ewakuującą się Armią „Poznań”, której był szefem sanitarnym. Na komendanta wojskowego wówczas szpitala Ujazdowskiego został powołany 28 września 1939 r., w dramatycznym dniu kapitulacji Warszawy.

Do niewoli postanowiłem nie iść, na co wyraził swą aprobatę gen. Knoll-Kownacki, dowódca grupy operacyjnej w Armii Poznań.

Uważałem, że pozostanie na miejscu będzie pożytecznym dla rannych i chorych żołnierzy pozostających w szpitalach warszawskich. Przyszłość najbliższa pokazała, jak bardzo racjonalnym było me postanowienie i jak ciężkiego podjąłem się zadania. Warunki, w jakich objąłem szpital Ujazdowski, były koszmarnie. Przebyłem oblężenie Warszawy w szpitalu Ujazdowskim, każdy dzień tego okresu, każda godzina i minuta, choć groźna niebezpieczeństwem, tragiczna przez cierpienia rannych i niedostatek, jednak była wzniosła i górna bohaterstwem wojska i przede wszystkim ludności cywilnej.

Lekarzy nie było, bo personel przedwojennego szpitala Ujazdowskiego ewakuował się na wschód. Wielu lekarzy wojskowych trafiło do niewoli sowieckiej i zostało następnie zamordowanych w Katyniu. Do szpitala trafiali lekarze warszawscy i przybysze z zachodu, m.in. z Poznania i Wielkopolski. Kompletowanie personelu było nakazem chwili, ponieważ w szpitalu znajdowało się ok. 2000 chorych. Personelu pomocniczego także brakowało, gdyż po kapitulacji zapanowała panika. Niepewność losu skłaniała tych ludzi do szukania swych bliskich lub ucieczki przed Niemcami. Łagodne początkowo zachowanie Niemców szybko się zmieniło. Zaczęły się represje i egzekucje. Majątek szpitala był w oplakany stan: budynki szpitalne zniszczone, dachy podziurawione. Brak wody i elektryczności, zniszczony kocioł kuchenny, zbombardowany kolektor kanalizacyjny, w ogrodzie nie pogrzebane zwłoki ludzkie i końskie.

W takich warunkach i w takim stanie Teofil Kucharski objął szpital Ujazdowski. Brakowało wszystkiego, na co dzień najbardziej zaopatrzenia w żywność. Ponieważ wojskowe władze niemieckie nie kwapiły się przyjść z pomocą, do czego były zobligowane prawem wojennym, płk Kucharski udał się do naczelnego lekarza wojskowego Komendy Warszawy.

Był nim mjr lekarz rezerwy dr Reinhard, człowiek o formach gładkich, uprzejmy, życzliwy, ale nie rozumiejący swych obowiązków. Przedstawiłem mu żądania w myśl Konwencji Genewskiej. Okazało się, że zupełnie nie zna konwencji, podobnie jak i jego koledzy, z którymi się później zetknąłem. Podobnie zresztą jak i polscy lekarze wojskowi, jak i zarządy PCK. W myśl więc Konwencji Genewskiej zażądałem pomocy dla szpitala Ujazdowskiego pod postacią wyżywienia, pokrycia kosztów ad-



ministracyjnych oraz żołąd w wysokości przyjętej w wojsku niemieckim.

Jeśli dziś piszę „zażądałem”, to nie dla chwalenia się, lecz istotnie dla podkreślenia istotnej formy, w jakiej przedstawiłem wówczas moje dezynwoltury. Zresztą był to sposób najlepszy w odniesieniu do Niemców. Nie prosiłem, nie uniżoność, lecz żądanie, obstawanie mocno przy nim wywierano na Niemcach odpowiedni skutek.

*

Postaci komendantów przedstawia się najczęściej na sposób posagowy. Wspomnienia o płk. prof. dr. Teofilu Kucharskim też grzeszą hagiografią. Tym cenniejsze są relacje dwóch jego uczniów.

Tadeusz Marcinkowski zetknął się z prof. Kucharskim w 1938 r. jako początkujący student medycyny na Uniwersytecie Poznańskim. W szpitalu wojskowym, którego komendantem i wykładowcą był prof. Kucharski, odbywał ćwiczenia z diagnostyki chorób wewnętrznych. Zapamiętał te ćwiczenia jako pracochłonne, a profesora jako wymagającego mistrza. Ponownie los zetknął go z Teofilem Kucharskim w warszawskim szpitalu Ujazdowskim pod koniec 1939 r., dokąd trafił jako ranny uczestnik wojny 1939 r. Poświęca mu wspomnienie bardzo osobiste.

Pamiętam, jak prof. Kucharski w czasie kontrolnego obchodu oddziałów szpitalnych przez lekarza-oficera niemieckiego uchronił mnie przed zabiciem do obozu jenieckiego. Wyjaśnił temu oficerowi, że ani ja, ani leżący na tej samej sali Władysław Kędra (późniejszy wybitny pianista), nie je-

steśmy oficerami, a nawet i żołnierzami, chociaż byłem żołnierzem – ochotnikiem, sanitariuszem w Szpitalu Polowym w Giżycach.

Dzięki tej opinii Tadeusz Marcinkowski został w szpitalu Ujazdowskim do końca leczenia, a następnie kontynuował studia.

Gdy już jako pracownik szpitala Ujazdowskiego kontynuowałem naukę medycyny w tajnym Uniwersytecie Ziemi Zachodnich, to właśnie od profesora Kucharskiego otrzymywałem skierowania do poszczególnych egzaminatorów, a więc np. do prof. Modrakovskiego, prof. Hofmanna, prof. Padlewskiego. Skierowania te w warunkach konspiracji brzmiały mniej więcej w ten sposób: „Skierowuje p (...) z prośbą o posłuchanie (...)”. Chodziło oczywiście o egzamin. Dzięki temu mogłem w okresie okupacji zaliczyć większość egzaminów lekarskich.

Podobną drogę przeszedł Stanisław Dąbrowski, który również zetknął się z prof. Kucharskim jako student medycyny w Poznaniu. Ponownie zetknął się z profesorem w 1941 r., kiedy podjął pracę jako lekarz, młodszy asystent w szpitalu Ujazdowskim.

Najgłębiej utkwily w mej pamięci króciutkie, improwizowane wykłady Profesora po zakończeniu obchodów klinicznych. Po wyjściu z sali chorych Profesor stawał przy oknie na korytarzu oddziału i otoczony przez nas mówił jakby do siebie wszystko o danym chorym, o wątpliwościach, jakie mu się nasuwały, o trudnościach diagnostycznych, leczniczych, o różnicowaniu. W tych rozmowach często przestrzegał przed powierzchownym i pochopnym rozpoznawaniem, przed nadmierną pewnością siebie. Zawdzięczam mu wiele praktycznych rad, które nie straciły swej aktualności do dziś.

Z relacji, w której Stanisław Dąbrowski zawsze pisze słowo Profesor dużą literą, wylania się postać Mistrza, nauczyciela wiedzy i wychowawcy studentów i młodych lekarzy.

Był nieustrudzony w przekazywaniu wiedzy lekarzom i studentom, bez przerwy zachęcał nas do nauki, dbał o nasze wszechstronne wykształcenie lekarskie. Często mawiał, że naszym głównym obowiązkiem jest ratowanie przed zagładą powierzonych naszej opiece pacjentów, pogłębianie własnej wiedzy i przekazywanie jej innym. W systemie nauczania, jaki wprowadził na oddziale, studenci od zarania swej pracy lekarskiej stykali się z prawidłowym modelem postępowania lekarskiego, uczyli się pra-

widłowych nawyków w myśleniu lekarskim, dobrych obyczajów i zwyczajów lekarskich.

To wszystko działo się w czasie okupacji, w szpitalu polskim, ale pozostającym pod niemiecką kontrolą, na podziemnym Uniwersytecie Ziemi Zachodnich. Teofil Kucharski stykał się w swej pracy z Niemcami. Na tę okoliczność też miał wypracowany sposób zachowania.

Był człowiekiem opanowanym i odważnym. Zachowywał wielką godność osobistą. By nie podawać Niemcom ręki, trzymał prawą rękę w kieszeni płaszcza lekarskiego, a w niej fonendoskop. Ruch głowy na powitanie czy zakończenie rozmowy był zaledwie widoczny.

Wspomnienie Stanisława Dąbrowskiego pozwala nam, na koniec, wrócić do sytuacji, kiedy płk prof. Teofil Kucharski stanął na czele kolumny ewakuacyjnej personelu i chorych ze szpitala Ujazdowskiego.

Bohaterstwo prof. Kucharskiego przejawiało się w całej pełni w czasie Powstania Warszawskiego. Profesor, kierując ewakuacją szpitala Ujazdowskiego, nosił mundur pułkownika ze wszystkimi odznaczeniami, m.in. Virtuti Militari. Jego niezłomnej postawie wielu rannych i chorych zawdzięczało ocalenie.

Zygmunt Wiśniewski

^(*)Z wydruku komputerowego (na podstawie maszynopisu autora), przekazanego przez dr Ewę Myśliwiec, wnuczkę płk. prof. dr. Teofila Kucharskiego do Zbiorów Specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej.



Fotografie płk. prof. dr. Teofila Kucharskiego oraz szpitala Ujazdowskiego pochodzą z albumu prywatnego Profesora. Reprodukcje udostępniła dr Ewa Myśliwiec, wnuczka Teofila Kucharskiego.

„Ja mam inny pogląd!”

Zadawanie trudnych pytań na forum, które poddaje się stanowi euforii, jest czynnością niewdzięczną i ryzykowną.

IKrajowy Zjazd Lekarzy, który odbył się w dn. 10-12 grudnia 1989 r., miał przebieg tyleż spokojny, co burzliwy. Burzę wywołali delegaci z Olsztyna i innych ośrodków, którym Komitet Organizacyjny nie przyznawał statusu siedzib okręgowych izb lekarskich. Spokój, graniczący z euforią, wywodził się z samego faktu przywrócenia zlikwidowanych w 1950 r. izb lekarskich. Hasło samorządności było odmieniane przez wiele przypadków. Powodów do zadowolenia nie mieli chyba tylko lekarze stomatolodzy, którzy jako przed-

struktury organizacyjnej terenowych izb lekarskich. Strukturę rozsadzili delegaci z woj. olsztyńskiego, którzy opowiedzieli się za własną, olsztyńską izbą lekarską, oraz kolejowi, którzy nie chcieli własnej izby resortowej. W innych sprawach panowało chyba zgodne przekonanie, że izby załatwią wszystkie problemy środowiska lekarskiego.

Z tej euforii wyłamał się tylko prof. Józefowicz. Zrobił to nie dlatego, że był reprezentantem mniejszości stomatologicznej. Dzielił się z delegatami wątpliwościami dotyczącymi całego środowiska. Mówił niejako wyrwany do tablicy, bo prezentował swoje poglądy jako kandydat na prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej zgłoszony z sali.

Co powiedział delegatom?

W archiwum NIL zachował się szczególnie stenogram I zjazdu. Pozwala on na przytoczenie poglądów Włodzimierza Józefowicza.

Ja mam inny pogląd! – odpowiadał tym wszystkim, którzy popierali przedstawiony do akceptacji „model izb lekarskich”. Ów model zasadał się na powołaniu dużych terenowych izb lekarskich. Jak dużych? *Okręgowe izby lekarskie, które mają 13 tysięcy i więcej osób, są większe niż przedwojenne izby razem wzięte. Przed wojną było 12 tysięcy lekarzy i istniało aż 8 izb. A dzisiaj – są izby, które mają ponad 12 tysięcy członków i słyszę zadowolenie z tego, że są tak duże. One mi nie odpowiadają.*

Profesor Józefowicz odwraca perspektywę patrzenia na to zjawisko. Zamiast perspektywy centralnej, zjazdowej, proponuje przyjąć sposób patrzenia lekarza, szeregowego członka samorządu lekarskiego, który nie chce być bierny i chciałby wykazać się aktywnością.

Chciałbym spytać, jaka jest transmisja między nim, jednym z 12 tysięcy, a władzami okręgowej izby? Jakie są struktury pośrednie? Tych struktur ustawa nie przewiduje. Bez względu na to, czy ustawa je przewiduje, czy nie, w moim przekonaniu takie struktury powinny istnieć. Pierwsza – to wojewódzka, a druga struktura, która może nie jest oficjalna – to szczebel rejonu.

Uzasadniał swój pogląd przykładami z woj. łódzkiego, w którym takie miasta i rejony jak Sieradz, Radomsko, Łęczyca *nie mają śladów izb lekarskich na swoim terenie*. Słuchać było na zjeździe głosy, że należy uspokajać te mniejsze ośrodki. *Nie o to chodzi, żeby uspokoić Częstochowę – odpowiada Józefowicz. – Powinna być prowadzona zupełnie inna polityka. Nie uspokajać, a pobudzać. Jeżeli pyta no, co będzie z lekarzami z małych ośrodków, to trzeba im dać broń do ręki, która pozwoliłaby im pracować.*

Wracając do centralistycznej perspektywy prof. Józefowicz pyta: *Dlaczego izba ma być duża? Żeby mieć siłę. Dla kogo ma mieć siłę? Dla lekarza wojewódzkiego? Kto to będzie lekarz wojewódzki? To będzie ktoś z was. Koncentrowanie się na ośrodkach władzy nie się, według Józefowicza, zagrożenie, że pominiemy, nie dotrzemy i nie pomożemy w załatwianiu spraw kolegów z niższych szczebli.*

Włodzimierz Józefowicz pewnie celowo wyostrzył alternatywę: silna izba okręgowa, a więc silny przewodniczący i silne prezydium, zdolne zrównoważyć władzę administracyjną czy małe i aktywne środowiska lekarskie w wielu ośrodkach. W grudniu 1989 r. brak było punktów odniesienia i doświadczeń. Doświadczenia izb lekarskich z okresu II Rzeczypospolitej przemawiały za silnymi izbami, bo ówczesne władze nastawione były na pomniejszanie roli izb lekarskich, a nie ich wzmacnianie. Z tamtego okresu pochodziły też doświadczenia bierności wielu środowisk lekarskich i zaniedbywania problemów lokalnych. Z ówczesnych izb nie można byłoby czerpać wzorców dla aktywizacji Sieradza, Radomska czy Łęczycy. Profesor Józefowicz miał dobre rozeznanie tego problemu, ponieważ miał okazję poznać problemy środowisk lokalnych z perspektywy Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, którego był prezesem. Głos jego nie zaważył jednak na uchwałach I Krajowego Zjazdu Lekarzy. Prezesem NRL również nie został.

Większą moc sprawczą będą miały poglądy Józefowicza na problemy śro-

dowiska lekarzy stomatologów. Zapytany „jaką ma wizję stomatologii” – odpowiadał kreśląc jakby rolę „ośrodka” stomatologicznego w izbach lekarskich. Na zjeździe, ani w wypowiedzi Włodzimierza Józefowicza, ani innych delegatów, nie pojawiło się jeszcze pojęcie komisji stomatologicznej. Mówca wskazał jednak już problemy środowiska, którymi „ośrodek” stomatologiczny powinien się zająć.

Po pierwsze – mówił – stomatolodzy są niedokształceni. Powołując się na swoje obserwacje ze stażu w Stanach Zjednoczonych wskazywał na brak wśród polskich studentów stomatologii motywacji do zdobycia wiedzy i doświadczenia. *Student w Ameryce się uczy, bo płaci, a poza tym wie, że jak skończy studia i nie będzie dobrze pracował, to nie będzie zarabiał.* Do problemu motywacji i sytemu, który nie preferuje wiedzy i dobrej pracy, mówca wróci jeszcze na końcu wypowiedzi.

Druga sprawa – student w Stanach Zjednoczonych wie, że będzie zdawał egzamin przed komisją towarzystwa stomatologicznego. U nas brak tego rodzaju egzaminów. Administracja nie wprowadziła egzaminów państwowych, które weryfikowałyby wiedzę absolwentów a zarazem byłyby sprawdzianem poziomu edukacyjnego wyższych uczelni. Mówca postuluje wprowadzenie tego typu egzaminów. Był to głos wyprzedzający o wiele lat wprowadzenie LEP-u.

Kolejna sprawa, którą mówca ilustruje przykładem stomatologów, dotyczy wszystkich lekarzy. Jest nią stosunek liczbowy lekarzy do personelu pomocniczego. W Stanach Zjednoczonych na jednego lekarza przypada 3,43 personelu pomocniczego. U nas jest jak jeden do jednego, a bywa tak, że lekarz stomatolog pracuje samotnie, angażując swój czas w wykonywanie czynności niefachowych.

Na koniec – sprzęt i materiały. Jaką aparaturą dysponujemy, jakie produkty stomatologiczne mamy do dyspozycji? Tu nie chodzi tylko o to, że i aparatura, i materiały są przestarzałe. Funkcjonujemy w anachronicznym systemie planowania, który jest główną przeszkodą w postępie. Nam potrzebny jest rynek. Bez rynku nie będzie efektywnej pracy i nie będzie jej dobrych efektów.

Mówca, dodatkowo pytany z sali o swój stosunek do panującego w 1989 r. systemu odpowiada: *W tym systemie, który był, i który jeszcze jest, stomatolodzy nie mogą pracować. Byłem i jestem przeciwny temu systemowi.* W tych stwierdzeniach Włodzimierz Jó-

zefowicz określa swój stosunek do systemu polskiej służby zdrowia.

Dalsze, już pozjazdowe, poczynania środowiska stomatologów w izbach lekarskich będą szły w kierunku wymuszania zmian systemowych. Do ich wprowadzania konieczna będzie struktura organizacyjna, którą stomatolodzy będą chcieli zbudować w ramach izb lekarskich.

Na pierwszym posiedzeniu NRL pojawił się postulat powołania Komisji ds. Stomatologii. U większości dyskutantów wniosek ten nie znalazł poparcia.

Do powstałej sytuacji ustosunkował się niezwłocznie Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Zapis protokołu z tego posiedzenia jest dyplomatyczny, ale zdecydowany.

Istnieje wiele problemów istotnych dla całego świata lekarskiego, są jednak sprawy specyficzne dla zawodu lekarza stomatologa. Umiejętne precyzowanie tych spraw i prezentowanie ich w odpowiednim miejscu i czasie należy do obowiązków stomatologów – członków organów izb lekarskich. Wydaje się jednak, że wyeliminowanie Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, jako reprezentanta zorganizowanych w nim stomatologów, tak na szczeblu centralnym, jak i lokalnym, spowodowałoby osłabienie możliwości wpływu stomatologów na bieg wydarzeń. Istotne jest zatem ustalenie reguł współpracy między stomatologami – członkami organów izb lekarskich a odpowiednimi zarządami oddziałów PTS.

Z okazji 40-lecia powstania PTS-u prof. Włodzimierz Józefowicz odniósł się w artykule zamieszczonym w „Gazecie Lekarskiej” (lipiec 1991) do doświadczeń obecności lekarzy stomatologów w izbach lekarskich.

Historia oceni trafność decyzji PTS-u o włączeniu stomatologów do izb lekarskich, jednakże ponad roczne doświadczenia w działalności izb wskazują, że była to decyzja słuszna, zgodna z perspektywicznym rozwojem stomatologii jako jednej ze specjalności medycznych.

Nowy rozdział w rozwijanie programu merytorycznego lekarzy stomatologów i w uwalnianie tego środowiska z krepujących struktur służby zdrowia wniosie Komisja Stomatologiczna NRL, powołana 30 listopada 1991 r.

Są to doświadczenia niedawne, a już historyczne. Przez minione 17 lat ogromnie wiele się zmieniło w sytuacji społecznej i zawodowej lekarzy stomatologów. W wytęczeniu kierunku tych zmian znaczącą rolę odegrał prof. Włodzimierz Józefowicz.

Z. W.



stawiciele 20% środowiska reprezentowani byli na zjeździe nieproporcjonalnie mniejszą liczbą delegatów. Zasada proporcjonalności w wyborach do władz pojawi się dopiero na III zjeździe. W Prezydium I Krajowego Zjazdu Lekarzy mieli swojego reprezentanta, profesora Włodzimierza Józefowicza.

Prof. dr Włodzimierz Józefowicz, jako prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, firmował wspólnie z prezesem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego założenia tego zjazdu: powołanie samorządu wspólnego dla lekarzy i lekarzy stomatologów oraz akceptację

Oplacało się być czwartym

Weekendy majowe są po to, aby wypocząć po ciężkiej, często stresującej pracy.

Kolarze z Wielkopolski spędzają kilkanaście godzin w samochodzie, aby w piątek i sobotę przechodzić kryzysy po kilka razy na trasie wyścigu szosowego i ze startu wspólnego, zmierzyć się z kolegami-rywalami, sprawdzić swoje możliwości. W dn. 23-24 maja już po raz szósty w Bychawie k. Lublina odbyły się najbardziej prestiżowe zawody medyków w kolarstwie szosowym.

Tytułu mistrza na trasie czasówki bronił **Wojciech Jurasz** z Poznania. Przypomnijmy, że w roku ubiegłym był rewelacją mistrzostw. Wygrał o ponad 20 sekund czasówkę, ustanawiając fantastyczny rekord trasy. Również w tym roku Jurasz pojechał fantastycznie. Był zdecydowanie najszybszy wśród lekarzy, a przegrał tylko o 2 sekundy z **Grzegorzem Tomasiakiem**, młodszym o 13 lat pracownikiem firmy farmaceutycznej z Lublina.

W wyścigu na dystansie 91,5 km ze startu wspólnego wystartowało 81 zawodników, w tym 11 pań. 40 zawodników bardzo długo zmierzało do mety w głównym peletonie. Na 15 km Wojtek Jurasz



z **Pawłem Szaduro**, farmaceutą z Gdyni, zainicjowali ucieczkę. Ich przewaga dochodziła do 1,5 minuty. Pod koniec drugiego okrążenia, gdy dwójka śmiała się jeszcze na czele, a za nimi próbował samotnej pogoni dawny reprezentant Polski juniorów **Robert Krawczyk**, bardzo mocno zaatakował ortopeda z Bytomia **Marek Paściak**. Wówczas bardzo mocny atak Grzegorza Tomasiaka spowodował rozciągnięcie peletonu. Tempo było mordercze, następni kolarze skoczyli za Grzegorzem, dogoniliśmy Marka i zjeżdżając prawie 65 km/h w ostry 90° zakręt na 500-metrową prostą do finiszu, obroniłem tytuł MPL w kategorii C, przed Markiem Paściakiem. Obydwaj pojechaliśmy dalej na trzecią rundę, aby walczyć również w kategorii open.

Grzegorz Tomasiak po solowej akcji zameldował się na mecie z minutową przewagą. Jeszcze do niedawna sport kojarzył mu się z piłką nożną. Kolarstwo jest jego pasją właściwie od 3 lat. Wypada tylko

żałować, że człowiek o takim potencjale nie został odkryty kilkanaście lat temu, bo może tu, w Polsce, mielibyśmy swojego Lanca Armstronga?

Wśród kobiet rywalizacja przebiegała nieco inaczej. Pierwsze dwie zawodniczki: **Kasia Kościów** i **Agnieszka Bolesna**, zdołały utrzymać się w męskim peletonie aż do 20 km. Wyścig rozegrał się na ostatnim ostrym wirażu i ostatnich 500 m. Na metę wpadły z tymi samymi czasami w kolejności Kasia Kościów, Aga Bolesna, **Kasia Jurkiewicz** i 30 sekund za nimi **Anna Jurkiewicz**.

Bychawa to stolica pierogów, po wyścigu można było najeść się do syta. Na zwycięzców czekały medale. Wszyscy, którzy zdobyli w ciągu tych dwóch dni najgorsze, czyli IV miejsca, mogli wybrać sobie na pocieszenie wspaniałe i cenne nagrody. To chyba jedyny wyścig, w którym naprawdę oplacało się być czwartym.

*Tomasz Karczmarek
fot: Jan Lipiarski*

15 km wokół Bukówca

6 IV br. na malowniczej 15-kilometrowej trasie wokół Bukówca Górnego rozegrane zostały w ramach Biegu Sokoła XI Mistrzostwa Polski Lekarzy.

Na starcie stanęło 29 reprezentantów medycznej braci, w tym 6 pań. Piękna pogoda, selektywna trasa i jak zawsze doskonała atmosfera biegu sprzy-

jały wspaniałej rywalizacji o mistrzowskie tytuły. Wśród kobiet triumfowała Katarzyna Zastawny, zdobywając swój pierwszy tytuł mistrzowski. Wyprzedziła Małgorzatę Wojciak z pobliskiego Leszna i wracającą do wysokiej formy Czarą Damę lekarskiego biegania – Joannę Pobiedzińską z Wrocławia.

Paweł Paliga z Głogowa nie dał szans rywalom i sięgnął po kolejne mistrzostwo, wyprzedzając Jacka Łabudzkiego z Sandomierza, i trzeciego na mecie Sławomira Olewniczaka ze Szczecina. Zaciętą walkę do ostatniego kilometra toczyli nasi 60-latkowie: Marian Nowicki z Warszawy

i Janusz Maczugowski z Kamiennej Góry. Ostatecznie lepszy okazał się Marian, który zaryzykował atak na początku dystansu i nie oddał prowadzenia do końca.

Wszyscy uczestnicy lekarskiej rywalizacji wracali do domu z pamiątkowymi trofeami. Puchary, medale, nagrody były możliwe dzięki staraniom organizatorów, którym w lekarskiej części przewodził jak zawsze Leszek Walczak. Wsparcia finansowego udzieliły Naczelna i Wielkopolska Izba Lekarska oraz firma farmaceutyczna, za co serdecznie im wszystkim dziękuję.

*Wojciech Łącki
przew. Komisji Sportu i Rekreacji Wlkp. IL*



Wodom cześć!

Mało jest pasji, które tak bardzo integrują ludzi jak wędkarstwo. Nad wodą wszyscy stają się przyjaciółmi.

Tym razem impreza odbyła się nad malowniczym Jeziorem Żywieckim, które okazało się bardzo wymagającym łowiskiem. Duże głązy stanowiące umocnienia brzegu, silny wiatr i fala zmusiły uczestników do maksymalnego wysiłku. Na starcie zjawiała się prawie cała czołówka poprzednich edycji z wielokrotnym reprezentantem Polski **Alfredem Sametem** (fot.), epidemiologiem z Gdańska.

Los nie sprzyjał obrońcy tytułu **Maciejowi Cyłowi**, który wylosował stanowisko w spokojnej części łowiska, gdzie żerowiska ryb znajdowały się daleko od brzegu. Nie zawiedli faworyci, zdecydowanie wygrał **Alfred Samet**, który złowił ponad 3 kilogramy ryb, następny, **Stanisław Rybak**, o połowę mniej. Kolejne miejsca zajęli **Andrzej Kazek**, **Krzysztof Kuta** i **Klaudiusz Komor**.

W drugiej turze, czyli Pucharze Prezesa Beskidzkiej Izby Lekarskiej, rywalizacja była zdecydowanie trudniejsza. Cały czas wiał silny wiatr, a powierzchnię wody marszczyła wysoka fala. Ponownie bezkonkurencyjny był Alfred Samet, który w ciągu trzech godzin złowił 5,5 kg ryb. Drugie miejsce, dość niespodziewanie, zajął Klaudiusz Komor, kardiolog z Bielska-Białej, który złowił prawie 3 kg, a trzecie Stanisław Rybak, dyrektor Pogotowia z Rzeszowa, z wynikiem ponad 2 kg.

W klasyfikacji generalnej bezapelacyjnym **Mistrzem Polski** został **Alfred Samet**, który wyprzedził Stanisława Rybaka. Trzecie miejsce zajął Klaudiusz Komor, który wyprzedził Andrzeja Kazka, lekarza dentystę z Częstochowy, tylko



większą masą złowionych ryb. Pierwszą piątkę zamknął Krzysztof Kuta, anesteziolog z Łęczycy. Andrzej Kazek odebrał również nagrodę za największą rybę zawodów.

Wśród przyjaciół i członków rodzin wędkarzy triumfował **Jarosław Pytel** przed **Piotrem Górnym** i **Zbigniewem Pietrzykowskim**. Najmłodszym uczestnikiem imprezy był 13-letni syn lekarza **Wojtek Byrdy**, najstarszym **Mieczysław Babiński**, ginekolog z Bielska – ma 78 lat.

Szczegółowe wyniki: www.bil.bielsko.pl

Klaudiusz Komor



Uwaga! lekarze wędkarze! Zapraszamy na **I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Morskim!** Planowany termin: **19-21 września br.** (w zależności od pogody). Zgłoszenia, koniecznie **do końca lipca**, przyjmuje **Klaudiusz Komor**, tel. **0608-365-164**. Szczegóły i opłaty zostaną ustalone po zakończeniu zapisów, w zależności od liczby uczestników.

MedPharm Polska Sp. z o.o.

53-333 Wrocław, ul. Powstańców Śląskich 28-30. Tel. 071-335-03-60, faks 071-335-03-61, e-mail info@medpharm.pl, www.medpharm.pl



Onkologia. Niekonwencjonalne i wspomagające sposoby terapii – strategie terapeutyczne
Clemens Unger, Joachim Weis

wyd. I polskie pod red. **Krzysztofa Kałwaka**
Wrocław 2008, str. 196, cena det. 45.00 zł

Aktualny stan wiedzy w zakresie immunoterapii, odżywiania, terapii sportowej, niekonwencjonalnych metod leczenia i psychoonkologii oraz wyjaśnienie nowych trendów rozwojowych w tych dziedzinach. Ważne dla pacjenta informacje o różnorodnych metodach terapii nowotworów.



Tarczycza i schorzenia autoimmunologiczne
Europejskie Sympozjum Tarczycy organizowane przez firmę Merck Serono Noordwijk, 15-18 czerwca 2006.

red. **William M. Wiersinga, Hemmo A. Drexhage, Anthony P. Weetm, Sigrid Butz**
Wrocław 2008, str. 206, cena det. 99 zł

Głównym celem spotkania prezentowanego w publikacji było zmniejszenie luki pomiędzy immunologami a klinicystami zajmującymi się chorobami tarczycy (rozwoj strategii terapeutycznych i poprawa stanu zdrowia pacjentów z autoimmunologicznymi chorobami tarczycy, zapobieganie występowaniu klinicznie jawnych objawów autoimmunologicznych chorób tarczycy). Wiele informacji ważnych w codziennej praktyce lekarza.

Internetowa Księgarnia Medyczna IKAMED

80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73, tel. 058-320-94-53, faks 058-320-94-60, e-mail: ikamed@ikamed.pl, www.ikamed.pl



Podstawy psychofarmakologii
Poradnik lekarza praktyka
Stephen M. Stahl

wyd. popr. i uzupeł. Gdańsk 2008, str. 618, cena 83,30 zł

Informacje poparte doświadczeniem naukowym autora. Wszystkie leki opisane w kategoriach: opis leku, działania niepożądane, dawkowanie, specyficzne populacje chorych i sztuka psychofarmakoterapii. Dołączono indeksy grupujące leki wg nazwy (międzynarodowej i handlowej) i zastosowania. Autor wskazuje na leki zarejestrowane przez FDA i podaje ocenę ich zastosowania podczas ciąży wg FDA.



Zapalenie zatok przynosowych

pod red. **Antoniego Krzeskiego i Iwony Gromek**
Gdańsk 2008, str. 372, cena 99.00 zł

Podręcznik rekomendowany przez Stow. Rynologia Polska. Obejmuje tematy: Anatomia jamy nosowej i zatok, Błona śluzowa, Diagnostyka ryнологiczna, Obrazowanie, Zapalenie zatok – klasyfikacja i definicje, Ostre zapalenia, Patogeneza przewlekłych zapaleń, Postacie kliniczne przewlekłych zapaleń, Rola mikroorganizmów, Leczenie zachowawcze przewlekłych zapaleń, Leczenie chirurgiczne, Powikłania, Zapalenie zatok u dzieci, Śluzowiak zatok, Grzybiczne zapalenie, Zębopochodne zapalenie zatoki szczękowej, Polipy nosa a przewlekłe zapalenie zatok, Alergia a zapalenie zatok, Stany zaburzenia odporności, Współzależność zapaleń górnych i dolnych dróg oddechowych, Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych w zespole nadwrażliwości na niesteroidowe leki przeciwzapalne, Zaburzenia ruchomości rzęsek nabłonka oddechowego, Mukowiscydoza, Zapalenie zatok a ból głowy, Przewlekłe zapalenie zatok a zaburzenia węchu, Choroby przebiegające z wytwarzaniem ziarniny, Płukanie jamy nosa, Fizykoterapia w zapaleniu zatok przynosowych.



Echokardiograficzna ocena chorób mięśnia sercowego

pod red. **Piotra Hoffmana, Anny Kisielewicz, Mirosława Kowalskiego**

wyd. I, Gdańsk 2008, str. 148, cena 76,50 zł

Współczesne możliwości diagnostyki ultradźwiękowej. W kolejnych rozdziałach przedstawiono sposoby morfologicznej i czynnościowej oceny poszczególnych jam serca, opisano kryteria diagnostyczne pierwotnych kardiomiopatii i stopnia ich zaawansowania oraz najczęstsze zmiany stwierdzone w ich przebiegu.

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61. Zamówienia: tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86, elsevier@azymut.pl, www.elsevier.pl

Ginekologia i położnictwo

Katharina Seute, Ellen Heimberg
red. wyd. I polskiego **Tomasz Paszkowski**
Wrocław 2008, str. 150

Poradnik kieszonkowy „Na dyżurze”. Najważniejsze informacje kliniczne w skondensowanej formie (tabelaryczne ujęcie danych, algorytmy diagnostyczno-terapeutyczne). Adresowany do studentów i młodych lekarzy. Książka tłumaczona z języka niemieckiego, toteż przedstawione w niej rekomendacje postępowania i terminologia nie zawsze zbieżne są z obowiązującymi w Polsce. W takich przypadkach dodano komentarz wskazujący na odrębności.



Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR

wyd. **American Psychiatric Association Arlington, VA**
red. wyd. I polskiego **Jacek Wciórka**
Wrocław 2008, str. 276

Książka zawiera kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych zawarte w ostatniej wersji klasyfikacji w poprawionym tekście czwartego wydania. Prezentowany kieszonkowy skrót ukazuje kategorie diagnostyczne, kryteria ich rozpoznawania i zasady systematyzacji. Przystosowany do warunków polskich.



Neurodynamika kliniczna. Nowa metoda leczenia zaburzeń układu ruchu.

Michael Shacklock
red. wyd. I polskiego **Edward Saulicz**
Wrocław 2008, str. 220

Kompedium wiedzy na temat biomechanicznych właściwości struktur układu nerwowego, zaburzeń neurodynamiki i metod ich leczenia. Źródło wiedzy na temat nieinwazyjnych metod badania i leczenia mechanicznych zaburzeń w obrębie układu nerwowego. Skierowana przede wszystkim do fizjoterapeutów, neurologów, ortopedów i rehabilitantów.



Podręcznik rehabilitacji medycznej

Michael P. Barnes, Anthony B. Ward
red. wyd. I polskiego **Józef Opara**
Wrocław 2008, str. 326

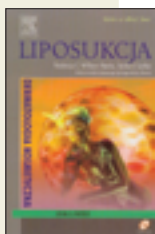
Książka przekazuje sens koncepcji kompleksowej, wielodyscyplinarnej rehabilitacji zapoczątkowanej przez Polską Szkołę Rehabilitacji. Szeroki zakres wiedzy na temat podstaw rehabilitacji, roli regionalnego centrum, modelu niepełnosprawności i zagadnień integracji osób niepełnosprawnych. Dla szerokiego grona odbiorców: rehabilitantów, studentów medycyny, początkujących lekarzy, terapeutów, pielęgniarek, psychologów.



Liposukcja

red. **C. William Hanke, Gerhard Sattler**
red. wyd. I polskiego **Andrzej Bieniek**
seria: **Dermatologia Kosmetyczna**
red. serii **Jeffrey S. Dover**
Wrocław 2008, str. 166.

Pierwsza w Polsce książka w całości poświęcona zabiegowi liposukcji. Nacisk położono na techniki lecznicze, ze zwróceniem uwagi na właściwe wskazania, niepożądane skutki i niezwykle przypadki. Dołączona płyta DVD ilustrująca techniki zabiegowe.



Radiologia. Narząd ruchu. Ćwiczenia praktyczne

red. **Axel Stäbler, Brigit Ertl-Wagner**
red. I wyd. polskiego **Jerzy Walecki**
Wrocław 2008, str. 368, 806 obrazów radiologicznych

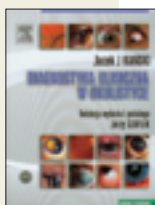
Podręcznik zawiera analizy poszczególnych przypadków. Przygotowuje do egzaminu specjalistycznego i nadaje się do odświeżenia zdobytej już wiedzy.



Diagnostyka kliniczna w okulistyce

Jacek J. Kański
red. wyd. I polskiego **Jerzy Szaflik**
Wrocław 2008, str. 606

Spektrum objawów klinicznych poszczególnych chorób z podkreśleniem wariantów i zmienności procesów chorobowych. Blisko 3000 rycin wykonanych przez najlepszych na świecie fotografików okulistycznych. Wiele angiogramów, radiogramów i zdjęć tomografii komputerowej.



rowej. Przedstawiono wszystkie istniejące choroby oczu ze szczególnym uwzględnieniem objawów układowych. Systematyczny układ rycin i ich opisów ułatwia uczenie się do egzaminów specjalizacyjnych. Dołączona płyta CD zawierająca wszystkie ryciny.



Atlas prawidłowych obrazów RTG imitujących stan patologiczny
Theodore E. Keats, Mark W. Anderson
red. wyd. I polskiego **Jerzy Walecki**
Wrocław 2008, str. 1290

Przykłady odmian anatomicznych w badaniach TK i MR. W cz. I: Kości publikowane są radiogramy czaszki, kości twarzoczaszki, kręgosłupa, obręczy biodrowej, obręczy karkowej i klatki piersiowej, kończyn górnych i dolnych. W cz. II: Tkanki miękkie – szyi, klatki piersiowej, przepony, jamy brzusznej, miednicy, układu moczowo-płciowego.

Ponadto nadesłano:

Miłość jest możliwa. Teoria miłości i psychiki
Love is posible – The Theory of Love and Psyche
Waldemar Krynicki

wyd. I (edycja polska i angielska w tłum. autora)
wyd. „**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, str. 152 + 74. Księgarnia Internetowa: www.medyk.com.pl, Infolinia 0801-554-542

Jest to druga książka Waldemara Krynickiego (pierwsza „Na początku był lek”), w której przedstawia i rozwija własną teorię miłości i psychiki. Autor analizuje zjawiska psychiczne ważne dla rozwoju sfery emocjonalnej człowieka i dowodzi, że w każdej okoliczności jedyna, prawdziwa miłość jest możliwa.



Ślady rozmów. Wiersze z dedykacją
Zbigniew Kostrzewa
Unia Polskich Pisarzy Lekarzy. Łódź 2008, str. 99

Autor – absolwent AM we Wrocławiu, specjalista otolaryngolog – opublikował kilkanaście tomików poezji, zbiory opowiadań, powieści i utwory sceniczne. Pisze wiersze dla dzieci, teksty satyryczne i teksty piosenek. Prezentowany tomik zawiera wiersze dedykowane tym, którzy mieli wpływ na jego postrzeganie świata, przygotowanie do życia, ukształtowali jego świadomość oraz tym, o których zachował ciepłe wspomnienia.

Quantum satis. Tyle ile trzeba, ale także tyle ile można
Andrzej Wojnar

rys. **Mirosława Hajnosa**
Biblioteka Komisji Historycznej DIL we Wrocławiu, wyd. I. Wrocław 2007, str. 100

Autor ukończył AM we Wrocławiu; specjalista patomorfologii i dermatologii. Redaguje czasopisma samorządowe lekarskie, publikuje wiersze i reportaże. Od lat zamieszcza swoje rozważania na tematy istotne dla środowiska lekarskiego. Prezentowany tom opatrzony jest rysunkami Mirosława Hajnosa, które w sposób dowcipny acz brutalny mówią o aktualnej kondycji medycyny. Andrzej Wojnar przyszłość samorządu rysuje w barwach pesymistycznych. Refleksje osobiste o rodzinie, przyjaciółach i zainteresowaniach przydają ciepła i wiary temu ponuremu obrazowi. Zbiorek dedykowany młodym lekarzom, bo w nich jest nadzieja.



Rondo na pustyni. Bahrajn. Kraj. Ludzie. Życie szpitalne

Kazimierz L. May
Wydanie autorskie, Warszawa 2008.
e-mail: kazma@interia.pl, str. 162

Jedno z licznych wspomnień, jakie przywożą lekarze po pobycie na kontraktach, najczęściej w krajach dla nas egzotycznych. Autor dzieli się swoimi spostrzeżeniami o środowisku, w którym przyszło mu egzystować przez rok. Jak się przystosowywał, co budziło jego zdziwienie czy refleksję. Zapoznajemy się z odmiennością obyczajową i mentalnością świata Bahrajnu, z niby tą samą, a jednak w specyficzny sposób pojmowaną sztuką leczenia.



opr. md

Mistrzowie tenisowej rakiety

W ostatniej dekadzie maja br., po raz drugi w 18-letniej historii izb lekarskich w Polsce, lekarze – tenisiści z całego kraju walczyli w Łodzi o zaszczytne tytuły mistrzów rakiety.

XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy rozegrano, z udziałem 90 uczestników, na kortach Miejskiego Klubu Tenisowego w Parku im. Poniatowskiego w Łodzi.



Chociaż nad miastem wciąż wisiały ciężkie chmury, zza których tylko od czasu do czasu wyglądało nieśmiało słońce, całe zawody odbyły się bez jednej kropli deszczu.

Specjalne wyróżnienie – tradycyjny Puchar „Fair play” prezesa łódzkiego samorządu lekarskiego Grzegorza Krzyżanowskiego przypadł Markowi Pudelko z Wrocławia. Anna Jopek z Poznania otrzymała puchar „dla najmilszej uczestniczki”, natomiast zawodniczka z Piotrkowa Trybunalskiego Anna Balicka uhonorowana została „Złotą Raketką” PSTP. „Kryształ” za doskonałą organizację imprezy odebrał Janusz Malarski, o którym mówi się, iż „rzeczy niemożliwe załatwia od ręki, cuda zajmują mu chwilę czasu”. Dzielnie w pracach organizacyjnych pomagali mu Adam Jakubowski i Bogusław Rataj.



Nina Smoleń

Wyniki

Panie — indywidualnie — do 45 lat 1. Anna Balicka (Ł) 2. Joanna Szafranek 3. Małgorzata Pietras i Katarzyna Viscardi; **+ 45 lat** 1. Bożenna Kędzierska 2. Renata Banaś-Samson 3. Ewa Potoczek i Anna Suchecka; — **Debel** 1. Balicka (Ł) — Kędzierska 2. Guska — Potoczek 3. Olszewska — Szafranek i Jopp — Suchecka. **Panowie — indywidualnie — do 35 lat** 1. Klaudiusz Ciepliński 2. Tomasz Rejniak 3. Marcin Zdzeszyński i Maciej Brocki; **+ 35 lat** 1. Wojciech Wawrzynek 2. Jacek Kowal 3. Alfred Micał i Andrzej Semczuk; **+ 45 lat** 1. Marcin Wroński 2. Wojciech Pietrzak (Ł) 3. Romuald Czerwiński i Andrzej Jasiński (Ł); **+ 50 lat** 1. Marek Pudelko 2. Bogusław Rataj (Ł) 3. Tomasz Maziak i Andrzej Bachurski; **+ 55 lat** 1. Andrzej Chmura 2. Stanisław Koczorowski 3. Krzysztof Migala i Zbigniew Cieślak; **+ 60 lat** 1. Ryszard Koczorowski 2. Jacek Sasin 3. Janusz Malarski (Ł) i Józef Szafranek; **+ 65 lat** 1. Antoni Prokopowicz 2. Wiesław Krakowski (Ł) 3. Bogdan Struk i Zbigniew Jabłoński; **+ 70 lat** 1. Zdzisław Kroc 2. Stanisław Kaczmarski 3. Bogdan Solarski i Bogdan Ostapowicz. — **Debel — do 45 lat** 1. Kowalczyk — Wawrzynek 2. Pietrzak (Ł) — Pudelko 3. Ferencz — Semczuk i Sieroszewski (Ł) — Skop; **do 55 lat** 1. Jasiński (Ł) — Wroński 2. Glabisz — Rataj (Ł) 3. Bachurski — Kula i Siemiątkowski — Wento; **do 65 lat** 1. Malarski (Ł) — Migala 2. Cieślak — Leończyk (Ł) 3. Jakubowski (Ł) — Koczorowski i Chmura — Iwaszko; **+ 65 lat** 1. Kaczmarski — Ostapowicz 2. Kroc — Solarski 3. Krakowski (Ł) — Prokopowicz i Jabłoński — Struk. — **Mixty — młodsi** 1. Szafranek — Ferencz 2. Jopp — Jopp 3. Viscardi — Glabisz i Kowalczyk — Kowalczyk; **starsi** 1. Guska — Leończyk (Ł) 2. Potoczek — Sasin 3. Banaś-Samson — Jakubowski (Ł) i Kędzierska — Malarski; **Turniej pocieszenia — młodsi** — Jarosław Szymak; — **starsi** — Daniel Leończyk (Ł)

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii**. Kursy:

- **27-30.08.** *USG w ginekologii i położnictwie* dla zaawansowanych
 - **31.08-05.09.** *USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących*
 - **18-21.09.** *Wybrane zagadnienia opieki ginekologicznej nad kobietą po menopauzie i w senium*
 - **2-5.10.** *Kolposkopia* dla zaawansowanych
 - **16-19.10.** *Endokrynologia* cz. I
 - **23-25.10.** *Diagnostyka prenatalna*. Kurs przygotowujący do certyfikatu FMF 11-14 tyg. ciąży. Nowość!
 - **19-22.11.** *USG w ginekologii i położnictwie* dla zaawansowanych
- Informacje i zapisy: www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl, tel. 0504-075-804

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS. Kursy USG w Ciechocinku, Spale i Bydgoszczy:

- **4-7.09.** *USG piersi i mammografia*, dr M. Stusińska
 - **4-7.09.** *USG brzucha* – kurs zaawansowany, doc. A. Smereczyński
 - **18-21.09.** *USG stawów*, dr L. Rzepecka-Wejs
 - **24-27.09.** *USG brzucha*, doc. U. Lebkowska
 - **28.09.-3.10.** *Doppler* – kurs podstawowy, dr G. Małek
 - **5-10.10.** *Echokardiografia* – II krok, doc. A. Cwetsch
 - **10-13.10.** *Doppler* – kurs zaawansowany, prof. L. Stefańczyk
 - **7-9.11.** *Endokrynologia ginekologiczna*, prof. A. Jakimiuk
 - **15-18.11.** *Doppler* – kurs średniozaawansowany, dr G. Małek
 - **26-29.11.** *USG brzucha* – kurs podstawowy, dr M. Elwertowski
- Certyfikaty, pkty edukac. OIL, pkty PTU oraz pkty Sekcji Echokardiografii PTK. Informacje i zapisy: www.cedus.edu.pl, tel. 022-64-64-150

Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT.

Kursy i szkolenia w 2008 i 2009 r.:

- **13-14.09.** Katowice. *Techniki neuromodulacyjne (TENS, akupunktura) we współczesnej praktyce lekarskiej*. Kier. nauk. dr n. med. Olgierd Kossowski. Zgłoszenia do 13.08.br.
- **20-21.09.** Katowice. *Rozwojowa dysplazja stawu biodrowego – diagnostyka ultrasonograficzna i leczenie*. Kier. nauk. prof. dr hab. n. med. Maciej Kolban. Zgłoszenia do 20.08.br.
- **11-12.10.** Ustroń. *Warsztaty osteoporotyczne*. Kier. nauk. prof. dr hab. n. med. Wojciech Pluskiewicz. Zgłoszenia do 11.br.
- **22-23.11.** Katowice/Ustroń. *Nowoczesna diagnostyka obrazowa, leczenie i rehabilitacja zespołów bólowych kręgosłupa*. Kier. nauk. dr n. med. Jerzy Pieniążek. Zgłoszenia do 22.09.br.
- **22-23.11.** Katowice. *Medycyna manualna*. Kier. nauk. dr n. med. Grzegorz Ślawiński. Zgłoszenia do 22.10.br.
- **17-18.01.2009 r.** Katowice. *Medycyna manualna oparta na technikach chiropraktycznych*. Kier. nauk. Anthony Narushka D.C. Zgłoszenia do 17.12.br.

Organizator: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2. Kontakt: tel./faks 032-251-22-64, e-mail: medycznesympozja@mzp-pakt.med.pl, www.mzp-pakt.med.pl

- **17-19.09.** Zakopane. Hotel Belvedere. XVII Naukowo-Szkoleniowe Sympozjum **Lekarzy Stomatologów**. Kier. naukowy prof. Stanisław W. Majewski. Formularze zgłoszeniowe: www.fp-edu.com.pl, tel. 012-421-18-87, 424-54-42, faks 012-421-21-07

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej**.

Program szkoleń **ultrasonograficznych** w 2008 i 2009 r.:

- **18-21.09.** *Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych (tętnice szyjne i kręgowe, tętnice kończyn dolnych, żyły kończyn dolnych)*
- **2-5.10.** *Jama brzuszna (wątroba, pęcherzyk żółciowy, trzustka, śledziona, nerki, aorta brz.)*
- **9-12.10.** *Ultrasonografia dopplerowska w neurologii, TCD, TCCD, „ślepy” Doppler*
- **16-19.10.** *Echokardiografia*
- **23-26.10.** *Gruczoł piersiowy (anatomia, zmiany łagodne, zmiany złośliwe, węzły)*
- **7-9.11.** *Narządy powierzchniowe szyi: tarczycza, ślinianki, węzły*
- **14-16.11.** *Echokardiografia* – doskonalący: *Doppler tkankowy (14-15.11)*

Wada mitralna, wada aortalna (15-16.11.)

- **20-23.11.** *Ultrasonografia w pediatrii (w tym badanie przeziemiączkowe, echo)*
- **27-20.11.** *Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych (tętnice szyjne i kręgowe, tętnice kończyn dolnych, żyły kończyn dolnych)*
- **4-7.12.** *Jama brzuszna (wątroba, pęcherzyk żółciowy, trzustka, śledziona, nerki, aorta brz.)*
- **11-14.12.** *Ultrasonografia dopplerowska w neurologii, TCD, TCCD, „ślepy” Doppler*
- **8-11.01.2009 r.** *Gruczoł piersiowy (anatomia, zmiany łagodne, zmiany złośliwe, węzły)*
- **16-18.01.2009 r.** *Ultrasonografia w neurologii, TCD, TCCD* – doskonalący

- **19-20.09.** Załącz Wielki n. Wartą. VI Ogólnopol. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Kliniki Rehabilitacji MUM w Łodzi oraz Oddziału Łódzkiego Pol. Tow. Rehabilitacji: **Forum Rehabilitacyjne 2008** *Obiektywne metody analizy ruchu*. Tematyka: *Ocena przydatności klinicznej badania parametrów ruchu ciała ludzkiego systemem PBE. Możliwości obiektywnej oceny kinematycznej w praktyce klinicznej. Kompleksowa analiza ruchu. Możliwości obiektywnej oceny kinematycznej z wykorzystaniem aktywnych markerów. Możliwości obiektywizacji procesu fizjoterapii za pomocą badania przeskórnego EMG. Obiektywna ocena równowagi w warunkach klinicznych. Ocena równowagi i stabilności postawy u sportowców*. Za udział pkty edukac. Informacje: <http://www.ptreh-lodz.xt.pl/>; sekretarz: dr Kamila Gworys: sekretarz_ptreh_lodz@o2.pl; Klinika Rehabilitacji MUM w Łodzi, Wojewódzkie Centrum Ortopedii i Rehabilitacji Narządu Ruchu im. dr. Radlińskiego, ul. DREWNOwska 75, 91-002 Łódź, tel. 042-253-71-77, faks 042-654-01-19.

Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre.

Kursy i konferencje:

- **20.09.** Toruń. Hotel „Filmar”, ul. Grudziądzka 145. *Kurs „Zastosowanie włókien szklanych w stomatologii. Adhezja w stomatologii estetycznej”*. Wykl. dr n. med. Maciej Żarów. 10 pkt edukac.
- **15.11.** Toruń. Hotel „Filmar”, ul. Grudziądzka 145. *Kurs „Estetyczna korona ceramiczna”*. Wykl. dr Jerzy Pytko. 10 pkt edukac.
- **12-13.09.** Toruń. Aula UMK, ul. Gagarina 11. *XII Ogólnopolskie Sympozjum Diabetologiczne „Diabetica Expo 2008”* oraz *VI Ogólnopolskie Forum Profilaktyki i Leczenia Otyłości*. Przewidziane targi i wystawa najnowocześniejszego sprzętu medycznego w tych dziedzinach. Pkty edukac.
- **17-18.10.** Toruń. Aula UMK, ul. Gagarina 11. *XIV Ogólnopolska Konferencja Stomatologiczna* oraz *XIV Targi Stomatologiczne „Expodent 2008”*. Przewidziane targi i wystawa najnowocześniejszego sprzętu stomatologicznego. Pkty edukac. Informacje i zgłoszenia: tel. 056-657-35-05, 621-11-27, 516-037-516 lub poprzez formularz zgłoszeniowy: www.expo-andre.pl

- **10.10.** Warszawa. Hotel Marriott, Sala Kongresowa, III p. Fundacja Akademia Nowoczesnej Diagnostyki oraz Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej WNoZ UM w Warszawie, pod patronatem Warszawskiego Tow. Ginekologicznego, Oddz. Mazowieckiego Pol. Tow. Ginekologicznego, organizują Ogólnopolską Konferencję Naukowo-Szkoleniową *Czynniki ryzyka utraty ciąży – rola diagnostyki laboratoryjnej* dla lekarzy **ginekologów i położników**. Informacje i rejestracja: szczegółowe informacje i formularze rejestracyjne na stronach www.and.org.pl, www.diag.pl oraz w siedzibie Fundacji AND; Biuro Fundacji Akademia Nowoczesnej Diagnostyki: tel./faks 012-29-50-119, e-mail: rejestracja@and.org.pl, ul. Olszańska 5, 31-513 Kraków

- **10-12.10.** Warszawa. Pol. Tow. **Medycyny Sportowej**, Fundacja Edukacji Medycznej, Promocji Zdrowia, Sztuki i Kultury „Ars Medica” organizują Międzynarodowy („Olimpijski”) Kongres Naukowy Pol. Tow. Medycyny Sportowej. Informacje: www.medsport.pl, tel./faks 022-834-67-72, tel. 405-42-72, 0601-22-78-99

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**

zaprasza na tygodniowe kursy praktycznej ultrasonografii oraz kursy doskonalące. Szczególnie polecamy:

- **12-18.10.** *USG w urologii*
- **3-9.11.** *USG w medycynie ratunkowej*
- **5-7.12.** *USG w chorobach sutka* – kurs doskonalący
- **14-20.12.** *USG w pediatrii*

Informacje na stronie www.usg.com.pl

- **16-18.10.** Białystok. Klinika Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji AMB organizuje VI Ogólnokrajową Konferencję Naukowo-Szkoleniową: **Neuroinfekcje**. Koszt uczestnictwa 250 zł. Informacje: <http://umwb.edu.pl> (zakładka Konferencje i zjazdy); e-mail: neuroin@umwb.edu.pl; Kom. Org. VI Ogólnokrajowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej nt. Neuroinfekcji, Klinika Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji UMB, ul. Żurawia 14 blok E, 15-540 Białystok, tel. 085-7-409-514, 7-409-518, 7-409-519, faks 085-7-409-515, e-mail: neuroin@umwb.edu.pl

- **24-26.10.** Ryto k. Nowego Sącza. Hotel „Perla Południa”. Komisja Stomatologiczna ORL w Krakowie zaprasza na XXXIV Ogólnopolską Konferencję Naukowo-Szkoleniową Lekarzy **Stomatologów**. Informacje i zgłoszenia: Krystyna Trela w Biurze Komisji Stomatologicznej ORL w Krakowie, tel. 012-619-17-18, e-mail: k.trela@hipokrates.org

- **5-7.11.** Poznań. Centrum Konferencyjne Międzynarodowych Targów Poznańskich, ul. Głogowska 14. Konferencja „**Jakość leczenia onkologicznego**” połączona z uroczystością 55-lecia Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Tematyka: *Chirurgia onkologiczna. Nowotwory głowy i szyi. Brachyterapia. Biologia molekularna. Radioterapia. Chemoterapia. Diagnostyka histopatologiczna. Diagnostyka laboratoryjna. Pielęgnacja chorego. Techniki medyczne. Dydaktyka w onkologii. Organizacja świadczeń. Diagnostyka obrazowa. Psychoonkologia. Fizyka medyczna. Radiobiologia. Kontrola jakości. Sympozja satelitarne: Young Scientists’ Forum. Prewencja i wczesne wykrywanie nowotworów. Planowanie 3D w brachyterapii ginekologicznej. Transmisja operacji raka odbytnicy w Wielkopolskim Centrum Onkologii – operator prof. R. J. Heald*. Rejestracja do 10.10.br. Potwierdzenie przyjęcia pracy do 15.08.br. Rezerwacja i opłata miejsc hotelowych: Polskie Biuro Podróży „ORBIS” Sp. z o.o. Oddział Poznań, Al. Marcinkowskiego 21, 61-745 Poznań, tel. 061-8-512-014, faks 061-8-512-013, e-mail: kongresy.poznan@pbp.com.pl, www.orbistravel.poznan.pl. Podczas Konferencji organizowany jest IV Zjazd PTRO (www.wco.pl/jubileusz/zjazdptro). Strona internetowa konferencji: www.wco.pl/jubileusz, Biuro konferencyjne: Wielkopolskie Centrum Onkologii, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań, kierownik Marta Bogusz, tel. 061-8-850-875, faks 061-8-850-801, e-mail: marta.bogusz@wco.pl

- **5-7.11.** Poznań. Centrum Konferencyjne Międzynarodowych Targów Poznańskich, ul. Głogowska 14. IV Zjazd Pol. Tow. **Radioterapii Onkologicznej**. Obrady będą się toczyć w nawiązaniu do konferencji „**Jakość leczenia onkologicznego**” z okazji 55 rocznicy utworzenia Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Tematyka: *Radioterapia. Radiobiologia. Brachyterapia. Terapia izotopowa. Fizyka medyczna. Metody obrazowania. Dydaktyka w Onkologii*. Programy naukowe zostały ułożone w taki sposób, aby uczestnicy mogli brać udział w najciekawszych sesjach obu konferencji. Rejestracja do 10.10.br. Potwierdzenie przyjęcia pracy do 15.08.br. Rezerwacja miejsc hotelowych i pobieranie opłat za miejsce hotelowe: Polskie Biuro Podróży „ORBIS” Sp. z o.o. Oddział Poznań, Al. Marcinkowskiego 21, 61-745 Poznań, tel. 061-8-512-014, fax 061-8-512-013, e-mail: kongresy.poznan@pbp.com.pl, www.orbistravel.poznan.pl. Informacje (ważne daty i opłaty, Komitet Naukowy, Komitet Organizacyjny, biuro konferencyjne, program, rejestracja, patronat medialny): www.wco.pl/jubileusz/zjazdptro. IV Zjazd PTRO organizowany jest w trakcie jubileuszu 55-lecia WCO. www.wco.pl/jubileusz, www.wco.pl/jubileusz/zjazdptro. Biuro Konferencyjne: Wielkopolskie Centrum Onkologii, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań, kierownik Marta Bogusz, tel. 061-8-850-875, faks 061-8-850-801, e-mail: marta.bogusz@wco.pl

- **13-15.11.** Lublin. IX Spotkanie Polskiego Klubu **Przepuklinowego**. Temat przewodni: *Powikłania w leczeniu przepuklin*. Kom. Org.: Oddział Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie, Al. Kraśnicka 100, 20-718 Lublin, tel. 081-537-46-11, faks 081-537-46-05, e-mail: przepukliny@gmail.com, chroscicki@gmail.com

Lubelska Szkoła **Neurosonologii** SKOLAMED. Kursy:

- **21-22.11.** Lublin. *Badanie dopplerowskie tętnic wewnątrz- i zewnątrzczaszkowych* – kurs podstawowy przezczaszkowej ultrasonografii dopplerowskiej (TCD) dla początkujących neurologów, którzy chcą od podstaw nauczyć się badania dopplerow-

skiego tętnic domózgowych oraz tętnic na podstawie mózgu za pomocą spektralnego badania dopplerowskiego („ślepego Dopplera”).

- **28-29.11.** Lublin. *Przecczaszkowe badanie dupleksowe* – kurs podstawowy przezczaszkowej ultrasonografii dupleksowej (TCCD) przeznaczony dla lekarzy, którzy mają podstawowe doświadczenie w badaniach dupleksowych tętnic zewnątrzczaszkowych lub w badaniach za pomocą przezczaszkowej ultrasonografii dopplerowskiej i chcą od podstaw nauczyć się przezczaszkowego badania dupleksowego tętnic mózgowych. Celem jest nauczenie praktycznych podstaw badania TCCD, protokołu badania i samodzielnego wykonywania badań.
 - **5-6.12.** *Badanie dopplerowskie tętnic zewnątrz i wewnątrzczaszkowych (TCD)* – kurs doskonalący w zakresie przezczaszkowej ultrasonografii dopplerowskiej dla lekarzy (głównie neurologów i radiologów), którzy przeprowadzili samodzielnie ponad 100 badań TCD, chcą udoskonalić swoje umiejętności badania i interpretacji oraz poszerzyć swoją wiedzę o trudniejsze sytuacje kliniczne. Uczestnicy mogą przywieźć wydruki przeprowadzonych przez siebie badań, które przysporzyły im szczególnych trudności interpretacyjnych. Będą one wspólnie omawiane.
- Wykładowcami wszystkich kursów są pracownicy Pracowni Neurosonologii Kliniki Neurologii AM w Lublinie. Patronat Sekcji Neurosonologii Pol. Tow. Neurologicznego. 14 pktów edukac. Informacje: www.neurosonologia.skolamed.pl. Zgłoszenia: SKOLAMED tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, e-mail: neurosonologia@skolamed.pl

- **21-23.11.** Warszawa. Fundacja Edukacji Medycznej, Promocji Zdrowia, Sztuki i Kultury „Ars Medica” organizuje VIII Międzynarodowy Interdyscyplinarny Kongres Naukowy: *Nowe kierunki i metody diagnostyki i leczenia schorzeń i obrażeń narządu ruchu*. Pkty edukac. zgodnie z wytycznymi OIL w Warszawie i pkty CME-ORTOPEDIA. Kongresowi towarzyszy Jubileusz 10-lecia czasopisma „*Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*”. Informacje: www.medsport.pl, tel./faks: 022-834-67-72, tel. 405-42-72, 0601-22-78-99.

- **7-12.12.** *Doppler* – kurs podstawowy, dr G. Małek
- Wykłady i ćwiczenia dające możliwość przeprowadzenia samodzielných badań. Certyfikaty, pkty edukac. OIL, pkty PTU oraz pkty Sekcji Echokardiografii PTK. Informacje i zapisy: www.cedus.edu.pl lub tel. 022-64-64-150.

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Imprezy różne

Kuracja błotami w Eforii, Rumunia

Leczenie bólów kręgosłupa, układu kostnego, bólów reumatycznych i łuszczycy. Wyjazd **23 sierpnia** na 15 dni. Samolot, auto-kar do hotelu, hotel lux, klimatyzacja, wyżywienie, ubezpieczenie, pilot. Leczenie i wypoczynek nad jeziorem Terchighiol i Morzem Czarnym. Cena 3150 zł. *Informacje i zgłoszenia: Biuro Podróży „KWATOUR”s.c., e-mail: kwatour@op.pl, tel./faks 022-834-84-71*

Wycieczka do Meksyku

Dla lekarzy 15-dniowy wyjazd turystyczno-wypoczynkowy. Bogaty program turystyczny, wysoki standard, wewnątrz Meksyku przeloty samolotami. Zwiedzanie: najwspanialszych zabytków kultury Majów, Sanktuarium M. B. Guadalupe w Mexico City. 3-dniowy wypoczynek w Acapulco nad Pacyfikiem i w Cancun nad Atlantykiem (all inclusive). Termin: **4-18 listopada 2008 r.** Cena: 8950 zł (niższa niż w ub. roku). *Informacje i zgłoszenia: Kazimierz Kwasiński, koordynator wyjazdów turystycznych dla lekarzy w Komisji Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie; tel./faks 022-83-84-71; e-mail: kwatour@op.pl*

Złoty Jubileusz absolwentów Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie 1952-58-2008



24 maja w Sali Senackiej Rektoratu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zabrzmiała dumna pieśń *Gaude Mater Polonia* i hymn studencki *Gaudeamus igitur*. Wczorajsze dziewczyny i niegdysiejsi chłopcy, godni, uroczyści, elegancyści, szczęśliwi ze spotkania po latach wypełnili salę po brzegi. Sto osiemdziesiąt pięć osób! Niektórzy przyjechali z bardzo daleka, ze Szwecji, ze Stanów Zjednoczonych, nie bacząc na trudy i dolegliwości. Po prostu czuli potrzebę spotkania wczorajszych przyjaciół. Jego Magnificencja Rektor Elekt prof. dr. hab. n. med. Marek Krawczyk wręczył wszystkim odnowione po półwieczu symboliczne złote dyplomy lekarza. Były uroczyste słowa Rektora a także Prorek-

tora, naszego kolegi prof. dr. hab. n. med. Mieczysława Szostka, animatora i organizatora spotkania po półwieczu. Potem już tylko wzruszenia, wspomnienia, oglądanie Złotego Albumu Absolwentów (z Alfabetem profesorów), wspólny obiad i rozmowy... rozmowy... rozmowy. „Przez meandry cnoty, niecnoty, specjalizacje, śluby, dzieci, doktoraty, awanse, domy, kwiaty, wnuki, potyczki medycznej sztuki, śmiech, łzy, znowu ty to nie ty, pożegnania i tysiące cierpień, znowu maj, a zaraz znów sierpień, niejedną wadliwy szus, na końcu ZUS... i dyplom... podobno złoty”.

Jolanta Zaręba-Wronkowska (z piątej grupy, kurs A)
fot. Michał Teperek

Zjazdy koleżeńskie

60 lat PAM w Szczecinie

Koleżanki i Koledzy, absolwenci PAM, 11.10.br., w sobotę, o godz. 15.00 spotykamy się w budynku Rektoratu PAM w Szczecinie przy ul. Rybackiej 1. Zapraszamy na Jubileusz naszej Alma Mater. W programie m.in.: piknik na Rybackiej, spotkania koleżeńskie, rozmowy z nauczycielami akademickimi, zwiedzanie odrestaurowanych pomieszczeń Rektoratu. Koszt uczestnictwa 150 zł (wraz z piknikiem). Wpłaty za udział w obchodach 60-lecia PAM w Szczecinie: PAM w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin – „Zjazd Absolwentów” 57 1060 0076 0000 3310 0015 9646. Szczegóły: www.ams.edu.pl - 60-lat PAM. Zarejestruj się na stronie: www.ams.edu.pl. Jolanta Popowicz, przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Absolwentów PAM.

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie i Maratonie

Komisja Sportu i Rekreacji Wlkp. IL zaprasza na XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie 20.09.br. w Gnieźnie w ramach XXXI Biegu Lechitów oraz na VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie 12.10.br. w Poznaniu w ramach 9 Poznań Maratonu. Szczegółowe informacje: www.marathon.poznan.pl i www.gosir.gniezno.pl

XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym

zostaną rozegrane w dn. 10-11.10.2008 r. w Ośrodku ELZAM w Bogaczewie (3 km od Morąga). Program: Piątek, 16.30 – rejestracja (zgi. na miejscu do 17.00), 17.00 – Turniej par na impy – Mistrzostwa Polski Lekarzy na zapis średni; Sobota, 9.30 – Turniej par na maxy – Mistrzostwa Polski Lekarzy na zapis maksymalny, 15.30 – Turniej teamów – Mistrzostwa Polski Lekarzy, 20.00 – Spotkanie plenerowe (ognisko), Niedziela, 10.00 – Uroczystość zakończenia Mistrzostw, ew. Turniej Par – organizowany przez WMOZBS. Regulamin – Wszystkie turnieje mają formułę otwartą, zapraszamy zawodników spoza środowiska medycznego – Turnieje par i teamów odbywają się zgodnie z regulaminem PZBS – Obowiązuje zakaz systemów wysoce sztucznych – Wszelkie sprawy nie objęte regulaminem rozstrzyga organizator – Wpisowe do turnieju wynosi 30 zł od osoby, zniżki dla uprawnionych członków PZBS (legitymacja członkowska) – W każdym z turniejów zostaną wyłonione 3 najlepsze pary lekarskie oraz 3 teamy

lekarskie, które uzyskają tytuły Mistrzów I i II wicemistrza Polski Lekarzy. W klasyfikacji Mistrzostw Polski Lekarzy uwzględnione będą tylko pary lekarskie, a w turnieju teamów zespoły mające w składzie co najmniej 3 lekarzy. Noclegi, wyżywienie w ośrodku wypoczynkowym ELZAM Bogaczewo, tel. 089-757-28-77 <http://www.elzam-mazury.com.pl/> Rezerwacja przez uczestników – wyżej podany nr tel. Noclegi – domki: 4-os. – 160 zł/doba, 4-os. o niższym standardzie (2 pokoje, kuchnia, łazienka, taras) – 140 zł/doba, 6-os. – 190 zł/doba; – pokoje: 2-os. – 100 zł/doba, 3-os. – 130 zł/doba, 6-os. – 190 zł/doba, apartament – 140 zł/doba. Wyżywienie całodzienne 39 zł/1 os. (śniadanie – 10 zł, obiad – 19 zł, kolacja – 10 zł). Obiekt rekreacyjny (kręgielnia, basen, sauna) – rabat 25% w stosunku do obowiązujących cen. Informacje: Aleksander Skop, tel. 0604-267-343

IX Otwarte Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy Compak © Sporting – Osie 2008

odbędą się w dn. 29-31.08.br. w Tleniu nad Zalewem Żurowskim w Parku Wdeckim. Do dyspozycji zawodników, i osób tow. będzie cała baza turystyczna kompleksu szkol.-konfer. Perła w Tleniu, 3 km od strzelnicy (obiekt hotelowy z restauracją, pok. 1-2-3-4-os. z wygodami). Zgłoszenia (z pełnym adresem) w nieprzekraczalnym terminie do 30.07.br.: Klinika Ortopedii AM w Bydgoszczy, 85-094 Bydgoszcz, ul. Skłodowskiej-Curie 9, e-mail: jedmar@ozzl.org.pl, tel. (sms) +48-66-33-33-377

Uwaga Drodzy Czytelnicy!

Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia przyjmuje do realizacji sekretariat redakcji „Gazety Lekarskiej” tel.: 022-559-13-02, faks.: 022-559-13-03

Ostateczny termin przysyłania zamówień na ogłoszenia upływa 5 dnia miesiąca poprzedzającego ukazanie się ogłoszenia w druku. Po tym terminie ogłoszenia kwalifikowane są na następny miesiąc. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia kserokopii wpłaty.

– Konkurs na ordynatora – 1650,00 zł + vat (22%)

– Zatrudnię lekarza – 9,00 zł za słowo + vat (22%)

– Drobne – 9,00 zł za słowo + vat

(22 % – ZOZ-y, szpitale, gabinety, 7% – osoby prywatne)

Uwaga! Ogłoszenia „Lekarz szuka pracy” (do wiadomości redakcji dane lekarza) – bezpłatnie do 15 słów – redakcja przyjmuje także przesłane pocztą elektroniczną: redakcja@gazetalekarska.pl lub m.dabrowska@hipokrates.org

Konto:

Naczelna Izba Lekarska, Bank Pekao S.A. VII O/ Warszawa
47 1240 1109 1111 0000 0516 2660

Bez załączonej kserokopii wpłaty zamówienie nie będzie zakwalifikowane do druku w „Gazecie Lekarskiej”.

Więcej informacji na temat wszelkich ogłoszeń:
e-mail: redakcja@gazetalekarska.pl

Konkursy na ordynatorów

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE – www.absolventus.pl – SERWIS POMÓŻE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW. PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄJĄ SZYBKIE WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEŹDZIE.