

9 2007

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Pismo Izby Lekarskich

Egzemplarz bezpłatny



Bitwa o specjalistów

REKLAMA

REKLAMA



Lustracja lekarskich garaży

Achillesową piętą dokładających sobie po szczękach partii politycznych pozostaje reforma zdrowia. 10 milionów Polaków nie płaci składki zdrowotnej, a mimo to korzysta z leczenia.

Łatwo obliczyć, że do systemu nie trafia 12-13 mld zł. Marszałek Sejmu Ludwik Dorn domaga się przeglądu lekarskich garaży. „Lekarzu, pokaż, co masz w garażu” – grzmi. Pomysł to nie nowy, bo przy okazji każdego lekarskiego zjazdu czy kongresu chętniej filmuje się parkingi niż ich uczestników. Zlustrowano już nawet kilka piwnic, odkrywając w nich wieczne pióra, złote papierośnice i stągwie nietkniętego alkoholu. Gdyby nawet jakąś decyzją komisaryczną zabrać i zlicytować te garażowe skarby 150 tys. polskich lekarzy, i tak nie starczyłoby na pokrycie wspomnianej finansowej dziury w systemie. Ale zakłęcia współczesnych Janosików i Robin Hoodów zawsze brzmią dziarsko i niosą nadzieję tym, którzy o żadnych obowiązkach słyszeć nie chcą. Widać, że tezy o brutalności kampanii nie są pustymi sloganami. Bo jeśli takich słów używa się w chwili, gdy nie ma jeszcze wyborów, to jakie słowa padną na tydzień przed nimi? Szkoda tylko, że syn lekarki, miłośnik poezji, tłumacz literatury i podobno wrażliwy polityk, posługuje się językiem niegodnym inteligenta.

Ograniczenie praw obywatelskich nie musi zaczynać się od palowania na ulicach i masowych aresztowań. Jeżeli można wydać nakaz rewizji wobec człowieka, który nawet nie jest w „kręgu podejrzeń”, to dlaczego nie wyprowadzić chirurga z bloku operacyjnego w kajdankach, jeżeli będzie podejrzany o błąd lekarski? Przeworzą paranoicznej wyobraźni władzy, owładniętej misją naprawy, odświeżania na naszych łamach Grzegorz Wojciechowski ze Szczecina i namawia lekarzy do odważnej obrony swoich praw. Urojenia przewrażliwionego wykształciucha czy reakcja świadomego obywatela? Oceńcie Państwo sami.

Samorząd lekarzy i lekarzy dentystów ma swoje twarde problemy i bynajmniej nie rozkoszuje się w bezustannym balansowaniu pomiędzy afektacją a przesadnym wyrażaniem swych uczuć. Informujemy, wyjaśniamy i komentujemy zagadnienia związane z podwyżkami i strajkami (Krzysztof Bukiel), koszykiem świadczeń gwarantowanych i wyceną lekarskiej pracy (Romuald Krajewski i Adam Kozierkiewicz), ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej za szkody związane z wykonywaniem zawodu przez wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów aktywnych zawodowo na jednakowych warunkach (Konstanty Radziwiłł).

Bitwa o specjalizacje w trybie prezydenckim rozgorzała na dobre. „Epoka białych niewolników, pracujących za darmo w pełnym wymiarze godzin, którymi pomiata się i upycha wszystkie dziury tylko dlatego, że chcą się uczyć, musi wreszcie odejść do przeszłości” – pisze na naszych łamach Jerzy Friediger z Krakowa i analizuje ubytki specjalistów oraz systematycznie poszerzającą się przepaść pokoleniową.

Po wakacyjnej przerwie powraca na nasze łamy konkurs „Rozszyfruj receptę”, który bije wszelkie rekordy popularności. Dziękujemy za setki listów i e-maili. Nie zapominajmy o zabawie, relaksie i propagowaniu zdrowego stylu życia. Nadchodząca jesień sypie jak z rękawa propozycjami aktywnego spędzania czasu w dobrym, bo lekarskim towarzystwie.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Bitwa o specjalistów 4-8

Najlepsi zostaną 5

Okiem Prezesa 5

Podzwonne dla podwyżek 10-11

Wykształciuchu, broń się! 12

Koszyk świadczeń gwarantowanych.
A co dalej? 14-17

Jak rozliczać? 18

Czy samorząd ubezpieczy wszystkich
lekarzy i lekarzy dentystów? 20

Syndrom krótkiej kołdry 22-24

Przychodzi lekarz do prawnika 30

Filozoficzne i prawne aspekty
kodeksów etyki lekarskiej.
Kodeksy etyki lekarskiej
i bioetyka 32-34

Historie stomatologiczne.
Partacze i firmantki 36-37

Kosmogonia nowotworów
według Lema 38

Lekarski sport 40-44

Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy 46

Książki nadesłane 48

Praca:
Konkursy, zatrudnię, szukam 55-73

Ogłoszenia różne 73-76

Program TVN Med. 77

Biuletyn NRL

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

Epoka białych niewolników, pracujących za darmo w pełnym wymiarze godzin, którymi pomiata się i upycha wszystkie dziury tylko dlatego, że chcą się uczyć, musi wreszcie odejść do przeszłości.

Bitwa o specjalistów



fot. Marek Stankiewicz

Niedobór w Polsce lekarzy specjalistów jest faktem. Wydaje się, że w tej sprawie nie ma już różnic poglądów. Zaczyna to nawet dostrzegać Ministerstwo Zdrowia, choć dość długo udawano, że nic się nie dzieje i wszystko jest w porządku. Pozostaje ustalić przyczyny tego stanu rzeczy i poszukać dróg wyjścia z kryzysu.

Jerzy Friediger

Nie budzący już niczyjej wątpliwości niedobór lekarzy specjalistów spowodowany jest przede wszystkim złym systemem organizacyjnym kształcenia specjalizacyjnego, wprowadzonym rozporządzeniem ministra zdrowia w roku 1999 i wynikającym z niego zmniejszeniem ogólnej liczby kształconych specjalistów w wielu dziedzinach medycyny.

Ministerstwo Zdrowia wydało wówczas wojnę tym, którzy chcieli się uczyć i specjalizować, wprowadzając ograniczenie liczby miejsc specjalizacyjnych oraz utrudnienia administracyjne przy dopuszczeniu do postępowania kwalifikacyjnego.

Najgłupszy w Europie

W ten sposób powstał najgłupszy w Europie system kształcenia lekarzy specjalistów, który już wtedy pozwalał przewidywać następstwa za kilka lat. Samorząd lekarski ostrzegał wówczas, że spowoduje to spadek liczby le-

karzy specjalistów i trudną do uzupełnienia dziurę pokoleniową. Ale wszechwiedzący urzędnicy byli głusi na te opinie. Tak jest zresztą do dziś.

Wówczas to powstały tak absurdalne rozwiązania, jak konieczność określenia przy składaniu dokumentów trybu, w jakim lekarz chce odbywać specjalizację, bez możliwości jego zmiany. W rezultacie tego obowiązku lekarz starający się o specjalizację w trybie rezydenckim, przy braku miejsc rezydenckich w wybranej specjalizacji, nie jest nawet informowany o terminach rozmów kwalifikacyjnych i nie zaprasza się go na nie. Ot, klamka zapadła, z chwilą złożenia dokumentów.

W tym genialnym rozporządzeniu zapisano też, że lekarz zatrudniony na pół etatu nie może podjąć specjalizacji. Albo cały etat, albo na koszt mamusi lub państwa.

Wprowadzenie ograniczenia liczby miejsc specjalizacyjnych spowodowało niemal całkowite zahamowanie możliwości otwierania niektórych specjali-

zacji, bowiem – trzeba to tu napisać samokrytycznie – dla wielu naszych starszych i utytułowanych kolegów ważniejszy okazał się interes własnej grupy zawodowej płynący z monopolistycznej pozycji niż możliwość kształcenia się młodych lekarzy, nie mówiąc o potrzebach chorych.

Praktycznie decyzja o liczbie miejsc specjalizacyjnych zapada w jakiejś bardzo zacnej i niewątpliwie poważnej komisji, choć mocno oderwanej od życia, a firmuje ją minister, ponieważ do niego należy ostateczna decyzja o ilości miejsc specjalizacyjnych w postępowaniu kwalifikacyjnym. Co minister może wiedzieć o potrzebach poszczególnych regionów? Nie wiem, ale sadząc po decyzjach – niewiele.

To wszystko niemało kosztuje

Przypomnijmy, że wprowadzono trzy tryby odbywania specjalizacji: rezydencki, w ramach zatrudnienia etatowego i wynikający z umowy cywilnoprawnej. Rezydentury są osiągalne jedynie dla części specjalizujących się lekarzy, i jest ich za mało. Zatrudnienie etatowe, przy programach specjalizacji zakładających, że połowę czasu specjalizacji lekarz spędzi na obowiązkowych kursach i stażach – staje się mało realne, ponieważ w obecnej sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej mało który dyrektor przy zdrowych zmysłach zdecydowałby się na zatrudnienie specjalizującego się lekarza. W dodatku obowiązkowe kursy i staże są mocno kosztowne, choć formalnie bezpłatne (koszty noclegów i utrzymania poza miejscem zamieszkania). Jeszcze dalej idzie umowa cywilnoprawna, w myśl której lekarz w ciągu 6 lat swojej specjalizacji po-

ciąg dalszy na str. 6

Najlepsi zostaną

Młodzi lekarze, którzy uzyskali najlepsze wyniki na Lekarskim Egzaminie Państwowym (LEP), dostali stypendia. Oprócz świetnych wyników warunkiem otrzymywania co miesiąc tysiąca złotych jest pozostanie w Polsce.



Uroczyste wręczenie stypendiów odbyło się we Wrocławiu. Miejsce nie przypadkowe – prezydent tego miasta „dodał” się do 10 stypendiów. – Poza tym Wrocław występował już z apelem do młodych Polaków „Wracajcie!”, dlatego tak bardzo nam zależy na tym, by zdolni lekarze pozostali w kraju – mówi Rafał Dutkiewicz, prezydent Wrocławia. – Wystąpiliśmy też do innych samorządów, by przyłączyły się do tej akcji, jest więc szansa, że w przyszłym roku stypendia będą wyższe.

Suma tysiąca złotych wydaje się niewielka, ale – jak podkreślali wszyscy stypendyści – daje im pewną stabilność finansową. – Te pieniądze uwalniają nas od trosk materialnych – mówi Paulina Kuczyńska (168 punktów na LEP-ie, wybrała pediatrię).

– Stypendium to dla mnie druga pensja – przyznaje Monika Wojciechowska (159 punktów). – Wydam je na pomoce naukowe i dokształcanie się. Nie ukrywa, że gdyby nie to stypendium, wyjechałaby. Chciała z mężem wyjechać do Irlandii. Została, bo urodziła syna Jasia, który towarzyszył mamie podczas uroczystości. Wybrała specjalizację medycyna rodzinna. Według Konstantego Radziwiła, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, zatrzymanie exodusu lekarzy wymaga radykalnych zmian w ochronie zdrowia. Już niedługo może się okazać, że Polaków nie będzie miał kto leczyć. – Lekarze to nasze dobro narodowe – podkreślał.

– Biednych, młodych lekarzy jest bardzo wielu. Te pieniądze dają stypendystom nową szansę – przekonuje dr Paweł Jezierski, pomysłodawca akcji „Nie biorę, chcę normalnie zarabiać”. Swoje wystąpienie zaczął od wysłania do worka kukielki symbolizującej nędzę lekarską. – Musimy pozbyć się tej zmy – mówi. – Lekarze to sól tej ziemi.

– Egzamin nie był trudny, większe problemy miałem z wyborem specjalizacji – mówi Przemysław Karwowski (160 punktów). Wybrał anestezjologię, ale zastanawiał się także nad chirurgią. – Wahałem się do ostatniej chwili – nie ukrywa.

Właśnie wyborom specjalizacji warto się przyjrzeć – najlepszy „lepista” Sebastian Uczniak, który uzyskał 183 punkty na egzaminie, wybrał dermatologię. – Najbardziej mnie interesuje – mówi. Wśród dziesięciu stypendystów są także przyszli pediatrzy (tę specjalizację wybrały aż dwie osoby), dwóch kardiologów, kardiochirurg, psychiatra, dermatolog, anestezjolog, specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej. Daje się zauważyć brak tak modnych jeszcze do niedawna chirurgii czy ginekologii. – Nie chcemy wybierać specjalizacji, która pomoże nam otworzyć prywatny gabinet i dobrze żyć, ale te, w których możemy być najlepsi – mówi Karwowski.

Stypendia ufundowali: wrocławski magistrat, Ernst & Young, stowarzyszenie Fair Play i Ruch Młodego Pokolenia.

(AKAT)

Okiem Prezesa



Mija kolejne gorące lato w ochronie zdrowia. Mija także pewien etap w polskiej polityce. Prawie na pewno zbliżają się wybory parlamentarne. Co przyniesie jesień?

Lekarskie strajki w wielu szpitalach trwają, w innych doszło do lokalnych porozumień, z których część przyniosła efekt nadspodziewanie dobry. Są też takie szpitale, w których zbliża się data upływu zbiorowych wypowiedzeń pracy. Czym to się skończy, trudno dziś przewidzieć. Ogólnie można powiedzieć, że bilans strat i zysków jest niepewny. Niepewny także z powodu nieoczekiwanego zwrotu w polityce. W dniu, w którym piszę ten felieton, przedterminowe wybory są już niemal przesądzone. Z jednej strony komplikuje to kwestię partnerstwa w negocjacjach (trzeba przyznać, że rząd Jarosława Kaczyńskiego nie był ustepliwym partnerem) – ustępujący parlament przyjmie prawdopodobnie w ostatnich swych dniach jedynie potwierdzenie podtrzymania podwyżek z ubiegłego roku. Z drugiej strony wybory zawsze stwarzają szansę nowego otwarcia (choć ich wynik jest dziś trudny do przewidzenia). Trzeba jednak przyznać, że przygotowujące się do wyborów partie bardzo niewiele uwagi przywiązują do ochrony zdrowia. Może jednak jest to okazja, aby przypomnieć, że odchodzący rząd jest kolejnym, którego trudności spowodowane są przynajmniej w części niedocenianiem problemów ochrony zdrowia. A zatem, czego oczekiwaliśmy od nowego rządu?

Trzeba powiedzieć, że wbrew liczным narzekaniom mamy w Polsce system ochrony zdrowia nie odbiegający zasadniczo od wzorców z powodzeniem stosowanych w kilku krajach europejskich. Z całą pewnością jednak poszukując słabych jego stron wskazać należy nadmierną centralizację, konkurs ofert jako metodę zawierania umów na świadczenia, brak współpłacenia za świadczenia zdrowotne. Nie ma jednak wątpliwości, że to, co odróżnia w istotny sposób polską sytuację od krajów nie tylko znacznie bogatszych, ale także o porównywalnej do naszej zamożności, to nieprawdopodobnie niski poziom publicznych nakładów na opiekę zdrowotną przy jednoczesnych praktycznie nieograniczonych zobowiązaniach państwa w stosunku do obywateli. W tej sytuacji zakładnikami tych gwarancji stają się skandalicznie nisko wynagradzani pracownicy służby zdrowia, których zarobki powodują powszechne zniechęcenie, stałą gotowość do protestów oraz utrzymującą się od kilku lat potężną falę emigracji zarobkowej.

W praktyce od nowej władzy oczekujemy zatem przede wszystkim zagwarantowania „mapy drogowej” dochodzenia do cywilizowanego poziomu publicznych nakładów na ochronę zdrowia (minimum 6% produktu krajowego brutto), a równolegle (szybciej) kroczących gwarancji wzrostu wynagrodzeń pracowników służby zdrowia, w tym przede wszystkim lekarzy i lekarzy dentystów.

Czy oczekiwania te są realne? Odpowiedź przyjdzie niedługo. Wydaje mi się jednak, że bez naszej aktywności w okresie kampanii wyborczej szanse na to są raczej mizerne. A zatem zachęcam do mobilizacji. Nie pozostawmy pola politykom, którzy bez nas mogą swobodnie prowadzić gry medialne na tematy mało nas interesujące. A tego w ostatnim czasie mamy już chyba dość.

Konstanty Radziwiłł

Bitwa o specjalistów

ciąg dalszy ze str.4

zostanie najprawdopodobniej na utrzymaniu bogatej rodziny, która dodatkowo pokryje mu koszty wspomnianych uprzednio kursów i staży. Równocześnie szansa dorobienia sobie na utrzymanie pozostaje niewielka, ponieważ stale kurczy się możliwość zatrudnienia dla lekarzy bez specjalizacji.

We wrześniu 2003 r. Najwyższa Izba Kontroli przedstawiła raport o wynikach kontroli specjalizacji fachowych pracowników ochrony zdrowia, w którym stwierdzono m.in.:

- brak ustawowych zasad zabezpieczenia systemu opieki zdrowotnej w kadry wykwalifikowanych pracowników i specjalistów,
- doraźne sterowanie kształceniem podyplomowym, określanym przez specjalistów wojewódzkich i krajowych; ci jednak także nie dysponowali ana-

lizami sytuacji kadrowej w skali województwa i kraju,

- wojewodowie i podległe im służby na ogół niedokładnie znają potrzeby w zakresie kształcenia specjalistów, a także sytuację epidemiologiczną regionów,
- kierownicy zakładów poddawanych kontroli zwracali uwagę, że w obecnej sytuacji (*był rok 2002 – dop. wł.*) na rynku pracy istnieje możliwość pozyskania specjalistów bez potrzeby ponoszenia nakładów na ich szkolenie.

Rarytas czy święty obowiązek?

Od tego czasu nic się nie zmieniło na lepsze, a nawet sytuacja pogorszyła się. Pozyskanie specjalistów przez zakłady jest coraz trudniejsze, ekonomizacja świadczeniodawców publicznych doprowadza do zmniejszenia liczby łóżek w oddziałach szpitalnych, maleje więc liczba zatrudnionych w nich specjalistów, co praktycznie powoduje, że część oddziałów szpitalnych traci prawo do specjalizowania lekarzy, nie spełniając wyśrubowanych norm akredytacji. Obrońcy zbankrutowanego systemu twierdzą, że jest to korzystne, bo kształcimy lepiej, ale życie pokazuje, że znaczny odsetek specjalizujących się, zwłaszcza w dyscyplinach operacyjnych, nie spełnia wymogów programu specjalizacji.

Na podstawie przedstawionych powyżej faktów twierdzę, że niedobór lekarzy specjalistów w Polsce spowodowany jest przede wszystkim złą organizacją systemu kształcenia, niewystarczającym liczbowo kształceniem kadry specjalistów, a w dalszej kolejności wzmogłą migracją lekarzy specjalistów, na których jest największe zapotrzebowanie.

Doprowadziło to do sytuacji, w której na 10 200 lekarzy z Małopolski zarejestrowanych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie jest 6322 lekarzy specjalistów, z których aż 1780 przekroczyło wiek emerytalny, a zaledwie 797 nie ukończyło 40 roku życia.

Jeszcze gorzej przedstawia się sytuacja w zakresie specjalizacji stomatologicznych.

Brak miejsc specjalizacyjnych i zakładów chętnych do ich organizowania w tej dyscyplinie medycyny spowodowany jest głównie względami finansowymi. Koszty liczą wszyscy, zwłaszcza

w mocno sprywatyzowanej stomatologii. **Specjalizujący się lekarz dentysta na wykonanie świadczenia zużywa więcej czasu i materiału, co powoduje, że kosztuje ono zakład więcej, a Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za to świadczenie mniej, jako że wykonane jest nie przez specjalistę.**

Na równi pochyłej

Środowisko lekarskie, poza wspomnianymi monopolistami z wyższej półki, generalnie jest nastawione do procesu kształcenia specjalistów pozytywnie. Nikt nie oczekuje wzrostu zarobków za szkolenie lekarzy, ale trudno wymagać i oczekiwać od lekarzy i placówek, by dopłacali do tego szkolenia. Domaganie się pokrycia kosztów nie może być osądzone w kategoriach etycznych jak chcieliby tego niektórzy. Problem jest wyłącznie ekonomiczny i musi być rozwiązany przez odpowiedzialnych za kształcenie specjalizacyjne lekarzy dentystów. To ich bez troska i brak wyobraźni doprowadziły do sytuacji, w której na 2361 lekarzy dentystów zarejestrowanych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie specjalizację posiada zaledwie 351, zaś w skali kraju na zarejestrowanych 34592 lekarzy dentystów specjalistów jest zaledwie 5838. Liczby te nie uwzględniają struktury wiekowej.

Osobny rozdział stanowi aktualna polityka specjalizacyjna Ministerstwa Zdrowia w zakresie kierunków specjalizacyjnych. Utrzymywana jest ogromna liczba specjalizacji (ponad 70) i stale jest powiększana. Jest to tendencja dokładnie odwrotna do obserwowanej w Europie i Stanach Zjednoczonych. Tworzy się nowe specjalizacje, traktowane od razu jako priorytetowe. Do tego dochodzą wprowadzone ustawowo rozwiązania typowo lobbistyczne. W POZ nie będą mogli już niedługo pracować specjaliści chorób wewnętrznych i pediatrii, a jedynie specjaliści medycyny rodzinnej, w doraźnej pomocy niemal nikt. Młodzi lekarze nie chcą (i słusznie) podejmować specjalizacji nie interesującej ich. Prawdopodobnie stworzy się więc krótką ścieżkę uzyskiwania tych specjalizacji, tworząc kolejną farsę. Równocześnie rośnie niedobór specjalistów w innych specjalnościach.

W niektórych specjalizacjach niedobór taki wytwarzany jest sztucznie. Powstała specjalizacja z hipertensjologii. Istnieją poradnie leczenia choroby nadciśnieniowej prowadzone dotąd przez spe-

dokończenie na str. 8



rys. Małgorzata Gnyś

Bitwa o specjalistów

dokńczenie ze str. 6

cialistów kardiologów. Teraz okaże się, że brak specjalistów hipertensjologów uniemożliwia właściwe leczenie nadciśnienia. Tworzenie coraz większej liczby coraz węższych specjalizacji jest wynikiem działań lobbystycznych, a nie wynikiem postępu medycyny czy faktycznych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Poprzez tworzenie odpowiednich zapisów w formalnych warunkach kontraktowania świadczeń NFZ dąży do ograniczenia uprawnień zawodowych lekarzy specjalistów na rzecz wąskich specjalizacji i posiadaczy certyfikatów.

Jesteśmy na równi pochyłej, która przechyla się coraz bardziej. Nim dojdzie do katastrofy sposób kształcenia specjalistów musi zostać zmieniony. Sprawa jest pilna. System wymaga szybkich zmian, ale przemysłanych, a nie wprowadzanych *ad hoc*, jak te ostatnie kolportowane szeroko przez prasę propozycje polegające na możliwości odbywania dwóch specjalizacji równolegle.

Czas na zmiany

Konieczne jest w pierwszej kolejności zniesienie ograniczeń w dostępie do specjalizacji, czyli przede wszystkim zniesienie limitowania miejsc specjalizacyjnych. Pojęcie „miejsca specjalizacyjnego” jako ograniczenie musi zniknąć. Zniknie wówczas również, jako zbędne, postępowanie kwalifikacyjne do specjalizacji, które pochłania czas i pieniądze. Jakaś forma kwalifikacji powinna zostać utrzymana jedynie w dostępie do rezydentur.

Rezydentury i zatrudnienie etatowe powinny stać się jedynymi formami odbywania specjalizacji. Epoka białych niewolników, czyli lekarzy, którzy pracują za darmo w pełnym wymiarze godzin, którymi pomiata się i upycha wszystkie dziury tylko dlatego, że chcą się uczyć, musi wreszcie odejść w przeszłość. Kształcenie specjalizacyjne na własny

koszt, zwane eufemicznie „umową cywilnoprawną”, może mieć miejsce w sytuacjach wyjątkowych. Środki na kształcenie specjalizacyjne powinny zostać zapewnione w budżecie państwa.

Biorąc pod uwagę przedstawione wyżej argumenty muszą nastąpić zmiany kryteriów akredytacji oddziałów prowadzących kształcenie specjalizacyjne, choć wydaje się, że sama akredytacja powinna pozostać. Nie jest powiedziane, że specjalizować nie można się w oddziale nieoperacyjnym, w którym zatrudnionych jest dwóch specjalistów czy operacyjnym zatrudniającym trzech.

Rewizji powinny ulec programy specjalizacji, zwłaszcza w dyscyplinach operacyjnych. Realizacja wielu z tych programów jest niemożliwa, także ze względów epidemiologicznych. Po prostu dla zrealizowania niektórych programów specjalizacyjnych brakuje chorych. **Lepiej stworzyć program możliwy do spełnienia przez specjalizujących się lekarzy, a za to bez ci-**



chej zgody na jego niezrealizowanie. Także ogromna ilość czasu poświęcana w trakcie specjalizacji na kursy i staże, które stały się polem dla biznesu, powinny ulec ograniczeniu na rzecz poszerzenia możliwości nabywania doświadczenia klinicznego.

Obecnie prowadzone są prace nad „modułowym” systemem kształcenia specjalizacyjnego, które pozwolą na skrócenie czasu dochodzenia do specjalizacji szczegółowych. Okres specjalizacji ma być podzielony na moduły: np. 3 lata podstawowej wiedzy z chorób wewnętrznych, a po nich kolejne poświęcone np. endokrynologii. Przypomina to dawny, dwustopniowy system specjalizacji. Prace nad tym systemem trwają i powinny być kontynuowane.

Konieczne jest zredukowanie liczby obecnych specjalizacji z ponad 70 do liczby unijnych 52. Nie wpłynie to na pewno negatywnie na jakość opieki zdrowotnej, a znacznie uprości system i sprecyzuje kompetencje zawodowe lekarzy specjalistów.

Jesteśmy jedyną korporacją zawodową, która została pozbawiona wpływu na kształcenie swoich członków. Kształcenie podyplomowe organizują za duże pieniądze sztaby urzędników, tworząc kolejnymi przepisami uzasadnienie dla swojego istnienia. Do czego to doprowadziło jaskrawo widać. Powinniśmy więc domagać się przekazania organizacji procesu kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego wraz z przeznaczanymi na to środkami w ręce samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, jak to ma miejsce w całej Europie.

Sprawom kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów poświęcona była dyskusja na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej, zakończona „Stanowiskiem w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów” (pełny tekst na żółtych stronach tego numeru „GL”). Zawiera ono wszystkie poruszane przeze mnie problemy. W „Stanowisku” jest mowa nie tylko o kształceniu specjalizacyjnym, ale o całości kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. Pozostaje oczekiwać, że na zdecydo-

wany i rozważny głos samorządu lekarskiego w sprawie kształcenia zareaguje minister zdrowia, bo decyzje w tym zakresie leżą wyłącznie w jego kompetencji, a utrzymywanie obecnego stanu prowadzi wprost do katastrofy.

Jerzy Friediger

P.S. Do problemów podyplomowego kształcenia ustawicznego spróbuję odnieść się w następnym numerze „Gazety”, przy okazji poruszając kwestie certyfikatów dodatkowych umiejętności, które również budzą sporo kontrowersji. J.F.

Autor jest specjalistą chirurgiem i przewodniczącym ORL w Krakowie.

Cały czas, gdy słyszeliśmy, że nie ma pieniędzy na ochronę zdrowia, rząd rozdierał kolejne miliardy złotych.

Podzwonne dla podwyżek



Krzysztof Bukiel

Strajk lekarzy, podobnie jak strajk w dowolnej innej dziedzinie, nie może cieszyć się powszechnym poparciem społecznym. To oczywiste, że ludzie chcieliby, aby wszystko funkcjonowało normalnie i dobrze. Każdy, kto zachoruje, chciałby być leczony, a nie słyszeć tłumaczenia, że brakuje pieniędzy, że świadczenia są limitowane, że lekarze nie chcą pracować, bo mało zarabiają.

foto: Marek Stankiewicz

Pacjenci nie muszą wiedzieć dlaczego opieka zdrowotna źle funkcjonuje. Mają prawo uwierzyć rządowej propagandzie, że wszystkiemu winni są lekarze: nieuczciwi, leniwi, pazerni na pieniądze i obojętni na los chorego. My jednak wiemy jakie są powody permanentnego kryzysu ochrony zdrowia w Polsce. Co więcej, wiemy też, że dla polityków temat ten nie jest żadną atrakcją. Ochrona zdrowia interesuje ich o tyle, o ile stanowi pole rozdziału intrygantnych stanowisk i wielkich pieniędzy. Jedynym sposobem, aby skupić uwagę polityków na problematyce leczenia, jest wywołanie niepokoju społecznego w tej dziedzinie. Temu właśnie, między innymi, służyć miał strajk lekarzy.

Zanim jednak OZZL ogłosił strajk, prowadził przez lata bardzo aktywne działania innego rodzaju, mające na celu skłonienie rządzących do wprowadzenia koniecznych zmian w ochronie zdrowia. Opracowaliśmy kompleksowy program zmian, który poparło 20 bardzo opiniotwórczych organizacji zarówno z różnych środowisk me-

dycznych, jak i spoza służby zdrowia. Przygotowaliśmy projekt odpowiedniej ustawy. Przedstawialiśmy nasze opracowania na licznych konferencjach, w komisji sejmowej, w czasie spotkań z politykami. Braliśmy udział w zespołach eksperckich.

Wskazywaliśmy na miejsce, gdzie marnuje się pieniądze publiczne, które można by przeznaczyć na leczenie Polaków. Pisaliśmy listy do kolejnych premierów, do klubów parlamentarnych, do ministra zdrowia. Nie było żadnej konstruktywnej reakcji, a jedynie zapewnienie, że rząd się stara i będzie lepiej.

Okazało się, że nawet strajk lekarzy nie przekonał rządzących do podjęcia zdecydowanych zmian w ochronie zdrowia. Zamiast merytorycznych rozmów podjęto z nami wojnę psychologiczną. Najpierw zlekceważono nasze postulaty, twierdząc, że są to żądania tylko grupki związkowców i żadnego strajku nie będzie. Później ogłoszono, że nasz strajk jest polityczny, a lekarze chcą bronić starego układu. Następnie odmówiono nam prawa do samodziel-

nego negocjowania płac lekarzy, licząc na to, że pokłócimy się z innymi grupami zawodowymi. Później stwierdzono, że lekarze chcą się uwłaszczyć na państwowych szpitalach.

Nie odpowiedziano na nasze kompromisowe propozycje. Gdy zgodziliśmy się zrezygnować z natychmiastowych podwyżek i wykorzystać jedynie nadwyżki, jakie pojawiły się w NFZ, odpowiedziano na to pośpieszną decyzją o przeznaczeniu tych środków na inne cele. Prezydent Lech Kaczyński odrzucił naszą propozycję zorganizowania w Pałacu spotkania przedstawicieli wszystkich partii politycznych, by uzgodnić niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Odrzucił naszą prośbę o spotkanie z OZZL, spotykając się w zamian demonstracyjnie z działaczami nie strajkującej „Solidarności”.

Naszą kolejną kompromisową propozycją było rozłożenie podwyżek dla lekarzy w czasie – do końca obecnej kadencji parlamentu – aby dać czas rządzącym na wprowadzenie odpowiednich zmian w ochronie zdrowia. Zaproponowaliśmy podpisanie układu zbiorowego pracy dla personelu medycznego, który gwarantowałby minimalne płace dla lekarzy i innych zawodów medycznych po pewnym czasie. W odpowiedzi rządzący zakpili z nas, najpierw obiecując, że jest możliwe podpisanie takiego układu (premier Kaczyński), a później proponując prace nad układem – bez gwarancji minimalnych płac (minister zdrowia na polecenie Premiera).

Cały czas, gdy słyszeliśmy, że nie ma pieniędzy na ochronę zdrowia, rządzący rozdzielali kolejne miliardy złotych. Największa suma – prawie 20 mld rocznie będzie przeznaczona na dofinansowanie ZUS-u, w związku ze zmniejszeniem składki rentowej. To jest kwota dokładnie taka, jakiej brakuje, aby rządzące PiS wywiązało się ze swojej obietnicy wybor-

czej o przeznaczeniu na ochronę zdrowia 6% PKB ze środków publicznych.

Bez żadnego echa pozostała propozycja OZZL, aby powołać apolityczny zespół ekspertów, który przygotowałby alternatywny do rządowego projekt zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Zamiast tego mieliśmy prezentację „koszyka świadczeń gwarantowanych”, który jest jedynie spisem procedur medycznych, na sfinansowanie których brakuje wielu miliardów złotych.

Rządzący nie odpowiedzieli pozytywnie na żadną naszą konstruktywną propozycję dotyczącą reformy służby zdrowia. Nie zgodzili się na istotny wzrost nakładów na leczenie ze środków publicznych. Nie zgodzili się na wprowadzenie jakiegokolwiek współpłacenia przez pacjentów, co mogłoby zrationalizować korzystanie ze świadczeń zdrowotnych i uzupełnić środki publiczne. Nie zgodzili się na szersze wprowadzenie mechanizmów rynkowych i prywatyzacji do ochrony zdrowia, co przyczyniłoby się do lepszego wykorzystania środków przeznaczonych na leczenie. Nie zaproponowali żadnych konkretnych i pewnych mechanizmów zrównoważenia nakładów na leczenie z potrzebami zdrowotnymi obywateli.

Rządzący zupełnie zignorowali także głosy „z zewnątrz” wzywające ich do konstruktywnych rozmów z lekarzami i do rychłego wprowadzenia radykalnych zmian w ochronie zdrowia. Nie odpowiedzieli na apel Konferencji Episkopatu Polski, nie odpowiedzieli na propozycje Rzecznika Praw Obywatelskich, zlekceważyli stanowisko ekspertów z Centrum im. Adama Smitha, zignorowali postulaty organizacji pracodawców i apele opozycji.

To może oznaczać tylko jedno: rządzący nadal chcą, aby służba zdrowia w Polsce była dysfunkcyjna (jak to określił Trybunał Konstytucyjny), aby świadczenia zdrowotne były limitowane (co rodzi kolejki, szarą strefę i korupcję), aby szpitale się zadłużały, a personel medyczny był wyzyskiwany.

Wiemy, że mogą pojawić się głosy, iż sytuacja pacjentów nie zależy od tego czy lekarze dobrze zarabiają. To tylko pozornie prawda. Żłudna jest bowiem nadzieja, że opieka zdrowotna może dobrze działać, gdy lekarze są źle wynagradzani. Jest oczywiste, że źle wynagradzani lekarze będą się bronić przed biedą dorabiając na dodatkowych etatach, na dyżurach, a niektórzy uciekając w szarą strefę lub korupcję. Będą oszczędzać swoje siły w jednej pracy, szykując się do następnej. Będą chodząc niewyspani i zmęczeni, bardziej podatni

na popełnienie błędów. Będą oszczędzać na podręcznikach, na naukowej prasie, na szkoleniu. Będą wyjeżdżać za granicę. Już dzisiaj liczba lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców jest najniższa w Unii Europejskiej. A jeszcze dwa lata temu wyprzedzaliśmy pod tym względem Wielką Brytanię.

Wielu uczciwych, wrażliwych, inteligentnych i pełnych dobrej woli ludzi może się dziwić – jak za pomocą strajku, który pogarsza funkcjonowanie opieki zdrowotnej, lekarze chcą walczyć o jej naprawę. Dylemat podobnego charakteru mieli Polacy w czasie PRL-u, w tym zwłaszcza w okresie stanu wojennego: czy popierać strajki w zakładach pracy i sankcje gospodarcze Zachodu, czy nie. Z jednej strony szkodziły one gospodarce i samym Polakom, z drugiej – były jedynym sposobem, aby skłonić ówczesne władze do wprowadzenia zasadniczych zmian ustrojowych w kraju. Oczywiście dzisiejsza Polska jest zupełnie odmienna od PRL-u i w wielu dziedzinach nastąpiły pozytywne zmiany. Jednak – niestety – w naszej sprawie pozostało bardzo dużo analogii z minionym okresem. Nie mamy żadnych podstaw, aby sądzić, że merytorycznymi argumentami i rzeczową dyskusją przekonamy rządzących do koniecznych zmian. Jeśli nawet dzisiaj, w obliczu takiego napięcia – rządzący nie decydują się na istotne zwiększenie nakładów na leczenie i zmiany systemowe, to czego można się spodziewać w okresie spokoju. Kto ich do tego skłoni? Czy niezadowoleni pacjenci pójdą demonstrować przed siedzibę Premiera, czy zorganizują okupację budynków rządowych, czy będą głodować albo ogłoszą strajk? Raczej poszukają drogi na skróty do odpowiedniej pomocy medycznej: pójdą leczyć się prywatnie, skorzystają ze znajomości lub skuszą lekarza łapówką.

Dlatego, mimo że wystawiamy się na krytykę i narażamy na obelgi, nie zrezygnujemy z naszego protestu. Nawet jeśli wielu ludzi nie będzie chciało nam wierzyć, powtórzymy to samo, co mówiliśmy na początku strajku: naszym celem jest doprowadzenie do naprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce, dla dobra pacjentów, podatników, państwa i personelu medycznego. Sytuację komplikują nieco zapowiadane przedterminowe wybory parlamentarne. Z kim rozmawiać, gdy rząd jest już na waliszkach? Być może nastąpi zmiana ekipy rządowej i dzisiejsza opozycja przejmie władzę. Na wszelki wypadek archiwizujemy liczne wypowiedzi przedstawicieli dzisiejszej opozycji, która tak zdecydowanie popierała strajkujących lekarzy.



Sytuację komplikują przedterminowe wybory parlamentarne. Z kim rozmawiać, gdy rząd jest już na waliszkach?

Jeżeli można wydać nakaz rewizji wobec kogoś, kto nawet nie jest w kręgu podejrzeń, to dlaczego nie wyprowadzić chirurga z bloku operacyjnego w kajdankach, jeżeli będzie podejrzany o błąd lekarski?

Wykształciuchu, broń się!

Grzegorz Wojciechowski

Afera corhydnowa, podobnie jak wiele innych głośnych medialnie spraw, wydawało się, już przebrzmiała. Ostatnio przypomniano o niej w związku z „afērą strzykawkową”. Okazuje się jednak, że nic bardziej mylnego.

Pod koniec lipca dostałem wezwanie do komendy policji. Na druku wezwania w rubryce „w sprawie” wpisano: „Corhydn”. Wiedziałem od kolegów, którzy wcześniej już takie wezwania dostali, że rzecz polega na podpisaniu krótkiego zeznania z oświadczeniem o nie posiadaniu ampułek z rzeczoną leką.

W komendzie zostałem potraktowany bardzo uprzejmie, bez niepotrzebnej biurokracji, a jednocześnie z zachowaniem stosownej procedury. Okazało się, że policja działa na podstawie postanowienia prokuratury rejonowej. Przedstawiono mi i polecono podpisać stosowny dokument (datowany 12 grudnia – siedem miesięcy przed przesłuchaniem!). Zeznałem, że Corhydronu nie posiadałem i nie posiadam.

Postanowienie prokuratury zdziwiło mnie, a po dokładnym przeczytaniu dokumentu w domu włosy stanęły mi dęba. Prokurator powołując się na art. 217 § 1 i 2 oraz art. 220 kpk postanawia: 1. *Zażądać od Grzegorza Wojciechowskiego prowadzącego praktykę lekarską wydania rzeczy mogących stanowić dowód w sprawie w postaci leku Corhydron oraz dokumentacji związanej z jego nabyciem, a w razie odmowy: 2. Przeprowadzić ich odebranie, bez przeszukania, 3. Dokonać przeszukania: pomieszczeń (osoby) jak w pkt 1 (tnz. przeszukanie mojej osoby i mojego mieszkania, ponieważ praktykę zarejestrowaną mam w domu – przypis mój) w celu znalezienia rzeczy mogących stanowić dowód w sprawie, 3. Zlecić wykonanie postanowienia Komendzie Miejskiej Policji.*

Sprawdziłem cytowane artykuły kodeksu postępowania karnego. Nie ma wątpliwości. Chodzi o rewizję mojej osoby i mojego domu. Ocena, czy taka rewizja jest potrzebna, zostawiono do decyzji funkcjonariuszom policji. Można powiedzieć, że policja przez 7 mie-

sięcy miała pozwolenie na rewizję *in blanco*. Jedynym potwierdzonym powodem jego wydania jest to, że jestem lekarzem i że mam prywatną praktykę. Oczywiście, człowiek uczciwy nie powinien się niczego obawiać. Uważam się za uczciwego i może właśnie dlatego nie zgadzam się z tym hasłem, używanym przez władze w totalitarnych ustrojach. Przecież nadgorliwy policjant mógł uznać za odmowę rzucone w słuchawkę telefonu „Nie zwracajcie mi głowy!”.

Moje wywody można skwitować wzruszeniem ramion. Przewrażliwiony wykształciuch, czytający dokładnie urzędowe pisma. Wrażliwiec, co to młodość spędził w PRL, kiedy milicjant i prokurator mógł wszystko. Może i prawda. Ale ograniczenie praw obywatelskich nie musi zaczynać się od pałowania na ulicach i masowych aresztowań. Jeżeli można wydać nakaz rewizji człowiekowi, który nawet nie jest w „kręgu podejrzeń”, to dlaczego nie wyprowadzić chirurga z bloku operacyjnego w kajdankach, jeżeli będzie podejrzany o błąd lekarski? Rozumiem, jeżeli ogranicza się prawa obywatelskie w sprawach naprawdę ważnych i nie cierpiących zwłoki – takim są chociażby działania zapobiegające aktom terrorystycznym. Ale w tym przypadku trzeba mieć paranoiczną wyobraźnię, żeby zakładać, że lekarz, nawet największy tuman, przez siedem miesięcy trzymając podejrzaną ampułkę. Bo lekarz odpowiedzialny już dawno by je oddał nie czekając na komunikat nadzoru farmaceutycznego. Lekarz nieodpowiedzialny – po prostu by je zniszczył.

Wiem, oczywiście, że nie tylko ja dostałem takie postanowienie. Jeżeli w innych regionach kraju prokuratora była równie gorliwa, bo na pewno nie rychliwa, może to dotyczyć kilkudziesięciu tysięcy lekarzy. Nie tylko złamano prawa obywatelskie, ale uruchomiono niepo-

trzebnie pracochłonny i kosztowny mechanizm. A nawet gdyby ta akcja miała sens i znaleziono by dzięki niej choć jedną fatalną ampułkę? Organy ścigania mają inne zadania. Mają ścigać przestępców. Nigdy nie słyszałem, żeby akcję sprawdzania i naprawiania serii samochodów podejrzanych o np. wadliwy system hamulcowy prowadziła prokuratura. Po prostu lepiej to robią autoryzowane warsztaty.

Nie chodzi tylko o to, żeby każdy robił swoje. Efektem opisanych działań prokuratury może być niezrozumiała reakcja dyrektora szpitala, w którym wykryto fabrycznie zanieczyszczone strzykawki. Zamiast natychmiast zawiadomić nadzór farmaceutyczny, co spowodowałoby szybkie wycofanie z obrotu niebezpiecznego sprzętu, zadzwonił na policję. I na tym poprzestał. Nic nie usprawiedliwia głupoty, ale może po doświadczeniach z akcją Corhydron myślał po prostu, że tak trzeba postępować?

Na koniec smutna refleksja. Podejrzewam, że większość kolegów wzywana z powodu Corhydronu nie przeczytała dokładnie dokumentu, który otrzymała i musiała podpisać. Ale część na pewno zwróciła uwagę na zagrożenie rewizją. Jak do tej pory nie słyszałem ani o indywidualnych, ani zbiorowych protestach. Syndrom *homo sovieticus*?

Nie poprzestałem tylko na napisaniu tego tekstu. Kierując się pouczeniem zawartym w postanowieniu złożyłem zażalenie do prokuratora okręgowego. Jeżeli ktoś z kolegów dostanie jeszcze taki dokument, namawiam do obrony swoich praw. Na skargę mamy siedem dni. To nie jest obywatelskie nieposłuszeństwo. To jest reakcja świadomego obywatela.

Autor jest specjalistą chirurgiem, zastępcą okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej w Szczecinie.



foto: Marek Stankiewicz

• Jak uwagi zostały zgłoszone do projektu nowelizacji tzw. ustawy podwyżkowej przez grupę roboczą Komisji Trójstronnej? Czy zostały one uwzględnione przez stronę rządową?

– Członkami grupy roboczej są przedstawiciele czterech resortów, czterech konfederacji pracodawców oraz przedstawiciele trzech dużych związków zawodowych. Od początku było wiadomo, że nie będzie jednomyślności wśród członków na temat nowelizowanej ustawy. Forum Związków Zawodowych, do którego należy jeden z dużych związków zawodowych pielęgniarzek, a także OPZZ oczekują podniesienia wskaźnika udziału kosztów pracy w szpitalach do poziomu 0,65 – jednolitego dla wszystkich szpitali – i to już od najbliższego kwartału. Od wielkości tego wskaźnika zależy to, ile szpitale dostaną na podwyżki. Rząd chce wprowadzenia zróżnicowanego wskaźnika kosztów pracy – wyższego dla szpitali powiatowych i niższego dla innych. PKPP Lewiatan oraz Business Center Club (BCC) sprzeciwiają się wprowadzeniu jednolitego wskaźnika 0,65.

Lewiatan nie zgadza się z zasadą dzielenia szpitali ze względu na rodzaj organu założycielskiego. Zaproponowaliśmy więc inne kryteria ustalania wskaźnika udziału kosztów pracy, w tym powiązanie go z rodzajem świadczeń udzielanych przez szpitale i wynikającą z tego strukturą kosztów.

Protest przeciw różnicowaniu szpitali według zasad proponowanych przez resort zdrowia zgłosiła również Konfederacja Pracodawców Polskich, która zapowiedziała, że gdyby Sejm przyjął takie rozwiązanie, to zaskarży ustawę do Trybunału Konstytucyjnego. PKPP Lewiatan również bardzo mocno skrytykował propozycję rządową, która zakłada, że gdy wzrośnie wartość kontraktu, bo NFZ podpisze aneks do umowy lub zwiększy należność w kontrakcie na kolejny rok, to dyrektor szpitala publicznie-

Podwyżki trzeba włączyć do ceny świadczeń zdrowotnych

Trzy pytania do... **Katarzyny Tymowskiej** eksperta Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan

go czy przychodni musi 40 proc. tej dodatkowej kwoty przeznaczyć na podwyżki. BCC też uważa, że to nie jest dobry pomysł, ale postuluje, aby takie rozwiązanie funkcjonowało tylko przez dwa lata.

W trakcie prac zespołu wiceminister zdrowia powiedział wprost, że rząd nie zamierza już konsultować tego projektu ani wprowadzać proponowanych zmian, bo lada dzień będzie on przekazany do Sejmu i tam ewentualnie można będzie zgłaszać uwagi.

• Czy projekt nowelizacji tzw. ustawy podwyżkowej można potraktować jako wstęp do stopniowego podwyższania płacy w ochronie zdrowia?

– Nie, bo nie jest prawdą, że wprowadza on tzw. kroczący wzrost wynagrodzeń. Uzyskanie dodatkowych środków na podwyżki przez szpitale jest uzależnione przede wszystkim od tego, czy NFZ podniesie w następnym roku wartość kontraktów. Jeśli zostanie zmieniony wskaźnik kosztów pracy dla niektórych szpitali według zasady proponowanej przez rząd, do tych szpitali trafi pewna pula dodatkowych pieniędzy, ale nie będą one miały gwarancji wzrostu wynagrodzeń w przyszłych latach.

• Jak pani ocenia sposób finansowania tych podwyżek? Czy nie powinno to raczej przełożyć się na wyższą wycenę świadczeń zdrowotnych?

– Niestety, to z winy rządu nie dokonano włączenia kwot przeznaczonych na podwyżki do wyceny świadczeń już na 2008 r. Również niektóre związki zawodowe nie były zwolennikami tego rozwiązania. Nowelizacja ustawy przewiduje włączenie do wyceny świadczeń kwot na podwyżki dopiero od 2009 roku. Dyrektor zakładu opieki zdrowotnej w myśl tej ustawy będzie również zobowiązany do tego, aby na wynagrodzenia swoich pracowników przeznaczać nie mniej pieniędzy niż w roku poprzednim.

Dominika Sikora

„Gazeta Prawna”, 16.8.07, r. Praca, str. 13



A co dalej?

Romuald Krajewski

Na pewno wielu Czytelników zastanawiało się już, w jaki sposób lista świadczeń gwarantowanych ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zwana koszykiem, ma uzdrowić naszą ochronę zdrowia.

foto: Marek Stankiewicz

Samo sporządzenie listy i opublikowanie jej niewiele zmieni, bo brak koszyka nie jest ani jedynym, ani najważniejszym problemem. W opublikowanym 29 czerwca obszernym (ponad 1800 stron) dokumencie Minister Zdrowia zaraz na wstępie podkreśla, że jest to jeden z dziesięciu punktów reformy systemu. Aby koszyk zaczął działać, a nie tylko istnieć, trzeba równocześnie doko-

nać wielu zmian. Większość lekarzy jest zgodna co do potrzeby określenia koszyka i odejścia od beztróskiego udawania, że wszystkim zapewniamy wszystko o każdej porze, od przemilczania oczywistego faktu, że bardzo biedny system ochrony zdrowia musi być najeżony ograniczeniami dostępu do świadczeń jak niezdobyta twierdza. Ograniczenia istnieją nawet w najbogatszych krajach, ale wszędzie powinny być jawne, przejrzyste i zrozumiałe. Muszą dotyczyć jednakowo wszystkich uczestników systemu. Ograniczone środki muszą być wydawane z największą korzyścią dla ubezpieczonych, na procedury o sprawdzonej przydatności i bezpieczeństwie.

Należy docenić odwagę Profesora Religi. Można było spodziewać się, że koszyk nie będzie przyjęty z entuzjazmem. Oczekiwano po nim cudów, których nigdy i nigdzie taka lista świadczeń nie dokonała. Czas na jej przygotowanie był dużo za krótki. Przede wszystkim zaś nie było i nie ma żadnej widocznej woli politycznej ani „przyszwolenia społecznego” na oficjalne ograniczanie dostępu do świadczeń zdrowotnych, czy nawet mówienie o tym. Trudno oczekiwać rozsądnej dyskusji o koszyku świadczeń w społeczeństwie, które już nie dziwi się, że za 42 złote miesięcznie mało da się kupić, ale jednocześnie w ochronie zdrowia żąda „wszystkiego, czego potrze-

buje” właśnie za taką sumę (tyle wynoszą miesięczne wydatki na leczenie na głowę w systemie publicznym w Polsce obliczane w taki sam sposób we wszystkich krajach Unii do rozliczeń; Czesi wydają 107, Hiszpanie 153, a Niemcy 274). Mimo tych zniechęcających okoliczności propozycja koszyka została opublikowana.

Lista świadczeń

Ale w jaki sposób świadczenia z koszyka udostępnić potrzebującym pacjentom? Jak spowodować, by świadczenia gwarantowane były dostępne zgodnie z konstytucyjną zasadą równego dostępu, bez zakamuflowanych ograniczeń, na dobrym poziomie i bez zwłoki?

Aby odpowiedzieć na te zasadnicze pytania należy wiedzieć, czym jest lista świadczeń zawarta w publikacji Ministra Zdrowia. Przede wszystkim jest to tylko wstępna propozycja i sam Profesor Religa stwierdził, że do zrealizowania dostępu do świadczeń zawartych w koszyku brakuje co najmniej kilku miliardów złotych. Prace nad dokładniejszym określeniem tej sumy trwają, ale dla nikogo chyba nie powinno ulegać wątpliwości, że równego i nieograniczonego dostępu do świadczeń proponowanych jako gwarantowane w opublikowanym koszyku zapewnić się nie da. I lista będzie musiała ulegać skracaniu, i nakłady muszą się zwiększyć.

Opublikowany koszyk najlepiej charakteryzuje stwierdzenie, że jest to lista procedur o udowodnionej efektywności medycznej, ze wstępną rekomendacją co do umieszczenia (lub nie) procedury w koszyku „ostatecznym” oraz z propozycją względnej wartości (wagi punktowej) procedury.

W pracach nad koszykiem przyjęto założenie tworzenia go w oparciu o listę procedur. Starano się umożliwić

korzystanie z różnych definicji procedur funkcjonujących w ochronie zdrowia. Umożliwiono tworzenie nowych definicji przez zespoły specjalistyczne. Starano się dołączyć do definicji procedury wskazania, miejsce wykonywania i kompetencje świadczeniodawcy. Powstała w ten sposób bardzo rozbudowana lista, którą można wykorzystać na różne sposoby. Ponieważ pacjenci zgłaszają się do świadczeniodawców z powodu problemów zdrowotnych, do których rozwiązywania stosuje się łącznie różne procedury, przyjęto, że koszyk nie będzie funkcjonować jak menu w restauracji, z którego klient wybiera to, na co ma ochotę. Będzie raczej jak lista produktów, które mają być dostępne w kuchni i dobierane przez kucharzy w zależności od potrzeb. Oczywiście niektóre prostsze procedury są jednocześnie kompletnymi świadczeniami, jak na przykład wizyta ambulatoryjna, czy większość badań dodatkowych. Płatnicy mogliby łączyć procedury w produktach kontraktowanych lub kupowanych u świadczeniodawców.

W sumie w opublikowanej propozycji koszyka znalazło się około 15 000 procedur uznanych za ważne dla zdrowia społeczeństwa i niezbędne (gwarantowane), 2000 procedur o „dyskusyjnej” przydatności i 1000 uznanych za niegwarantowane. Podstawową i polecaną zespołom ekspertów klasyfikacją była opublikowana przez Naczelną Izbę Lekarską „Terminologia procedur medycznych CPT-PL”. Część zespołów postanowiła skorzystać z innych klasyfikacji lub uzupełnić CPT-PL własnymi definicjami. Często rozpatrywały każdą definicję pod kątem przewidywanej płatności, a niektóre bardzo głośno obstawały przy stosowaniu tylko listy NFZ. Wady klasyfikacji tworzonej na potrzeby płatnika były w USA bardzo mocnym argumentem za przyję-

ciem CPT jako standardu i bardzo szybko potwierdziły się także u nas, kiedy NFZ postanowił przejść na rozliczanie według DRG.

Publikacja Ministra Zdrowia zawiera również opis metodologii oceny technologii medycznych i propozycje niezbędnych zmian w przepisach prawnych. Celem tych działań będzie stworzenie efektywnego i przejrzystego procesu podejmowania decyzji o włączaniu nowych technologii medycznych (metod leczenia, urządzeń, leków itp.) do świadczeń gwarantowanych oraz dokonywania oceny procedur włączonych do koszyka „początkowego/historycznego”.

Wycena świadczeń i wynagradzanie lekarzy

Spora część publikacji jest poświęcona złożonemu zagadnieniu wyceny świadczeń zdrowotnych. Koszty świadczeń w Polsce nie są zbyt dobrze znane i rozbieżność opinii na ten temat, zwłaszcza w odniesieniu do „cen” stosowanych przez NFZ, jest bardzo duża. Wycena jest bardzo potrzebna do dyskusji o koszyku ostatecznym, bo o włączeniu świadczenia decydują nie tylko względy medyczne, ale również efektywność kosztowa. Ważne jest, aby za ograniczone fundusze nabyć jak najwięcej „zdrowia” dla ogółu ubezpieczonych. To oczywiście zmusza do kompromisów, niekiedy bardzo trudnych i bolesnych. Udawanie, że pieniądze nie wpływają (albo że nie powinny wpływać) na dostępność świadczeń zdrowotnych jest dobrze wyćwiczoną sztuką i tylko w nielicznych krajach udało się wprowadzić do systemu publicznego decyzje uwzględniające na przykład koszt uzyskanego dzięki danej procedurze roku życia chorego.

W przedstawionej propozycji koszyka rola wyceny świadczeń nie jest zupełnie jasna. Podstawowymi celami powinno być określenie wartości punktu we względnej wartości procedur, policzenie ile pieniędzy trzeba na zapewnienie dostępu do świadczeń zawartych w koszyku lub jakie świadczenia można zapewnić za określoną sumę. Założono, że zostaną wyliczone koszty procedur ICD-9, co zapewne wynika ze stosowania tej klasyfikacji od dawna w zakładach opieki zdrowotnej. Świadczenia zawarte w Cen-

dokończenie na str. 16

tralnej Bazie Świadczeń Opieki Zdrowotnej (narzędzie informatyczne służące do stworzenia koszyka) są jednak zdefiniowane inaczej i przypisanie im kosztu wyliczonego w oparciu o ICD-9 nie będzie proste. Znając dotychczasową praktykę można obawiać się, że wyliczenia kosztów przede wszystkim posłużą ustalaniu i narzucaniu wartości świadczeń, a termin „cena” nadal nie wiele będzie miał wspólnego z ceną w powszechnym znaczeniu.

Ważną propozycją Ministra Zdrowia jest wydzielenie wynagradzania lekarzy i ewentualnie innych grup zawodowych oraz rozliczanie ich pracy na podstawie faktycznie wykonanych czynności. Bardzo dobrze nadawałaby się do tego klasyfikacja CPT-PL. Taki system stanowi bardzo dobrą motywację dla świadczeniodawców i przez to bardzo poprawia dostępność świadczeń.

Dostępność świadczeń gwarantowanych

O „filozofii” koszyka można bardzo długo dyskutować, do każdego przyjętego rozwiązania można zgłosić mnóstwo zastrzeżeń czy wątpliwości. Niewątpliwie wykonano ogromną pracę i trzeba mieć nadzieję, że rozpoczął się w ten sposób proces, który istotnie zmieni publiczny system ochrony zdrowia. Niestety, tylko nadzieję, ponieważ bardzo łatwo można sobie wyobrazić, że koszyk istnieje i obowiązuje, a sytuacja w ochronie zdrowia prawie niczym nie różni się od obecnej. Przecież już teraz mamy koszyk negatywny – krótką listę świadczeń niedostępnych w systemie publicznym – a cała reszta jest... „dostępna”. Po wprowadzeniu koszyka zawarte w nim świad-

czenia też mają być „dostępne”, więc właściwie po co cały ten hałas?

Rzeczywiście byłby on zupełnie niepotrzebny, gdyby równocześnie z wprowadzeniem koszyka nie dokonano bardzo dużych zmian systemowych. Na pewno nie można zrezygnować z idei powszechnego i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych (których „zakres udzielania określa ustawa”, jak mówi Konstytucja), zapewnianego przez system publiczny finansowany na zasadzie solidarności społecznej. Jednak dostęp do świadczeń zagwarantowanych powinien być równy i łatwy. Tak należy rozumieć art. 68. Konstytucji dotyczący ochrony zdrowia. Aby świadczenia zagwarantowane w koszyku były rzeczywiście dostępne, o potrzebie ich wykonania muszą decydować jedynie względy merytoryczne i muszą istnieć liczni świadczeniodawcy zainteresowani udzielaniem świadczeń, nie zaś zmuszeni do ich udzielania.

Jednym z największych problemów dotychczasowych zmian w ochronie zdrowia był brak poparcia ze strony pracowników, wykorzystywanie ich taniej pracy, obwinianie za wszystkie wady systemu i bezmyślne powtarzanie, że podstawą funkcjonowania systemu są obowiązki etyczne wynikające z indywidualnych relacji z pacjentami. W efekcie pacjent potrzebujący pomocy w publicznej ochronie zdrowia najczęściej spotyka się z pracownikami, którzy nie popierają systemu, chcieliby pracować gdzie indziej i są źle opłacani. W każdej instytucji czy firmie uważa się to za idealny przepis na ruinę. Jest tylko jeden cel, który tak „motywowani” pracownicy mogą dobrze zrealizować: utrudnianie dostępu do świadczeń. Widząc upór kolejnych ekip decydentów w sprawie utrzymania skandalicznie niskich nakładów na ochronę zdrowia można zastanawiać

się, czy utrudnianie i ograniczanie nie jest dla nich jedynym ważnym celem w tej dziedzinie.

Rola pacjenta i płatność za wykonane procedury

Zapewnienie pełnej dostępności świadczeń gwarantowanych jest ogromnym wyzwaniem, ponieważ wymaga dokonania wielu zmian. Pierwsza, to radykalna zmiana roli pacjenta. Pieniądże, którymi dysponuje system publiczny, są pieniędzmi pacjentów i to oni sami powinni decydować gdzie i jak je wydają. Zasada „pieniądze idą z pacjentem” sprawia, że staje się on bardzo pożądanym, że pojawia się silna presja na jakość świadczeń i możliwość konkurencji.

Druga zmiana, to płacenie za wykonane procedury. Płatnicy chętnie stosują systemy kapitacyjne lub zgrupowane kategorie świadczeń. W ten sposób wszystkie trudne decyzje zostają przerzucone na świadczeniodawców i to oni są zmuszeni do realizacji ograniczeń dostępu, na nich spada niezadowolone pacjentów, a płatnik może spokojnie „zapewniać wszystko”. Ograniczenia dostępu wynikają tu z konfliktu pomiędzy różnymi rodzajami kosztów (na przykład wydając pieniądze na badania i leczenie zmniejsza się fundusz na wynagrodzenia i inwestycje) oraz z limitów. Po wykonaniu wyznaczonej liczby świadczeń świadczeniodawca nie jest zainteresowany wykonywaniem następnych. Płacenie za każdą wykonaną procedurę może spowodować, że pacjent będzie chętnie leczony nawet w końcu roku. Deklaruje się, że system ochrony zdrowia jest dla pacjentów. Przekazując pacjentom decyzje, gdzie chcą wydać swoje pieniądze i płacąc za rzeczywiście wykonane świadczenia można to naprawdę zrealizować.

Urealnienie cen świadczeń i dopłaty

Trzecia, to urealnienie cen świadczeń i wprowadzenie choćby niewielkiej możliwości różnicowania cen przez świadczeniodawców. Przeciśnięci do muru świadczeniodawcy zgodzą się na najbardziej nawet niegodziwe ceny, czego najlepszym przykładem jest wartość punktów w stomatologii. Dla płatnika jest to sukces, ale dla pacjenta jest to nieuniknione (choć oczywiście nie-deklarowane) ograniczenie dostępności i zawartości świadczeń. Cena musi być tak ustalona, aby przynajmniej znacząca część świadczeniodawców była zainteresowana wykonaniem świadczenia. Zaproponowana przez Profesora Religę względna wartość procedur jest bardzo dobrym sposobem na uniknięcie nierównowagi cen powodowanej naciskami grup wpływów. O ostatecznej cenie decyduje wówczas wartość punktu ustalana w procesie negocjacji z reprezentacją świadczeniodawców, a w ograniczonym zakresie stosuje się różne przeliczniki uwzględniające warunki lokalne.

Czwarta zasada, to wprowadzenie dopłat. W większości krajów, nawet bardzo prospołecznych (np. Szwecja, Francja), obowiązują one i są uważane za podstawowy mechanizm racjonalizujący wydatki i zachowania. Dopłaty są niewielkie i nie zmieniają istotnie poziomu finansowania ochrony zdrowia, ale zachęcają do zastanowienia się, czy świadczenie jest rzeczywiście potrzebne. Problem dopłat przez najbiedniejszych można łatwo rozwiązać poprzez przejęcie tych dopłat przez państwo. Oprócz dopłat podstawowych, obowiązujących wszystkich, można wprowadzić dopłaty za ponadstandardowe warunki, udzielanie prostych świadczeń w ośrodku wysokospecjalistycznym, wybór leczącego itp. W ten sposób pojawia się możliwość konkurencji cenowej i możliwości wyboru dla pacjenta.

Dobry początek

To oczywiście tylko najważniejsze zmiany. Taki system znacznie lepiej służyłby pacjentom niż system, w którym ograniczenia są nieujawnione. Moim zdaniem rozwiązanie polegające na tym, aby „wszyscy mieli wszystko” jednakowo źle jest znacznie gorsze niż zapewnienie dobrego dostępu do jasno określonej, choć ograniczonej, liczby świadczeń. W sprawiedliwym publicznym systemie ochrony zdrowia biedny pacjent powi-

nien być jednakowo pożądanym pacjentem jak bogaty, czyli powinien nieść ze sobą takie same, wystarczające dla przynajmniej dużej części świadczeniodawców, środki. Ztroskani losem biednych grup społecznych politycy zamiast intensywnie pracować nad zmuszaniem świadczeniodawców do robienia czegoś, co im przynosi straty, mogliby zastanowić się, jak dać biednym środki, które zapewnią, iż świadczeniodawcy chętnie udzielą potrzebnych świadczeń.

Niejedyni Czytelnik pomyśli zapewne, że taki system w Polsce, to po prostu mrzonki. Jest bardzo prawdopodobne, że będzie miał rację. Można przecież powiedzieć, że przy obecnych nakładach polska ochrona zdrowia dokonuje cudów. Koledzy z innych krajów bardzo dziwią się, że za tak skromne środki można wykonać tyle świadczeń, uzyskać takie wyniki leczenia i takie wskaźniki zdrowotności. Problem polega jednak na tym, że takiego poziomu nie da się utrzymać. Długi trzeba będzie spłacić. Personel nie będzie pracował za upokarzające wynagrodzenia. Sprzęt się zużyje. W konfrontacji z normami europejskimi pacjenci szybko zorientują się, że za długo czekają na świadczenia, a kiedy je otrzymują, są one „odchudzone” do granic możliwości i przyzwyczajeni lub jeszcze bardziej. Jak długo jeszcze społeczeństwo będzie tolerować sytuację, w której naprawą uszkodzonego w wypadku samochodu jest natychmiast zainteresowanych 2-3 specjalistów, ale leczeniem uszkodzonego kierowcy zajmuje się tylko ten, kto musi i bywa trudno go znaleźć?

Ochrona zdrowia nie jest dla Polaków priorytetem, jesteśmy już przyzwyczajeni do licznych ograniczeń i musimy z nimi żyć. Sądzę jednak, że w ramach tych ograniczeń moglibyśmy stworzyć system, który będzie dużo bardziej przyjazny i motywujący dla wszystkich, bardziej sprawiedliwy i przejrzysty. Zasady opisane powyżej nie przypadkiem są w ogólnych zarysach podobne do funkcjonujących we francuskiej ochronie zdrowia. Powszechnie uznaje się ją za najlepszą na świecie. Nie mamy pieniędzy na stworzenie najlepszego systemu, ale może przynajmniej przyjmijmy sprawdzone, odpowiadające pacjentom i świadczeniodawcom, zasady? Może uniknęlibyśmy eskalacji agresji, oskarżeń, pomówień, szarych stref i narastającego od lat poczucia, że tak dalej już być nie może? Koszyk świadczeń gwarantowanych byłby dobrym początkiem.

Romuald Krajewski

Jak rozliczać?

Wśród postulatów strajkujących pracowników ochrony zdrowia pojawiały się także propozycje rozwiązań systemowych: współpłacenia pacjenta za świadczenie zdrowotne, zmiana SPZOZ na spółki prawa handlowego i kontraktowe relacje między lekarzami a zatrudniającymi ich instytucjami.

Ten ostatni postulat nie był zbyt akcentowany, bo nie jest nowym rozwiązaniem. Prawdopodobnie także nie wszyscy strajkujący byli do niego przekonani. W niedofinansowanej ochronie zdrowia kontrakty stały się rozwiązaniem pozwalającym na uzyskanie przez byłych pracowników większych środków „konsumpcyjnych”, a byłym pracodawcom na zmniejszenie kosztów zatrudnienia. Przejście z etatu na umowę cywilnoprawną powoduje jednak wiele konsekwencji, w tym utratę różnych przywilejów pracowniczych (składki emerytalne, prawo do wynagrodzenia w razie choroby, urlop) oraz podział odpowiedzialności cywilnej w razie roszczeń pacjentów. Wiele aspektów kontraktów budzi wątpliwości prawne.

Po niespełnieniu przez pracodawców żądań strajkujących część lekarzy wypowiedziała umowy o pracę i konsekwentnie twierdzi, że nie wróci na etat na obecnych warunkach. Jako rozwiązanie proponują zawarcie kontraktu. O ile nic się nie zmieni, pojawi się na masową skalę zagadnienie, jak określać zakres kontraktowanych prac i jak je wyceniać.

W interesie lekarzy zawierających kontrakt jest precyzyjne zdefiniowanie, co jest do zrobienia i otrzymanie wynagrodzenia za wszystkie wykonane w ramach kontraktu czynności. Podobnie zakład opieki zdrowotnej powinien być zainteresowany płaceniem za rzeczywiście wykonane czynności, bo w ten sposób najefektywniej wykorzystuje środki. Pozostawienie w kontrakcie niejasności może przejściowo dać przewagę jednej ze stron umowy, ale szybko powoduje nieporozumienia, roszczenia, brak zaufania. Płacenie za czynności jest również korzystne dla pacjentów, pojawia się bowiem silna motywacja do udzielania świadczeń.

Bardzo dobrym sposobem określenia wykonywanych czynności i ich zgłaszania jest zastosowanie systemu nazewnictwa świadczeń i procedur zdrowotnych „Terminologia Procedur Medycznych CPT-PL” będącej tłumaczeniem „*Current Procedural Terminology*” (CPT-4) – narodowego standardu ko-

dowania procedur medycznych w USA. Jej uzupełnieniem jest skala względnej wartości procedur „*Resource Based Relative Value Scale*” (RBRVS).

Decyzja o adaptacji do warunków polskich CPT-4 i RBRVS była wynikiem analizy mechanizmów określania wynagrodzeń stosowanych w różnych krajach i systemach. System opracowany i wdrożony w pełni pod koniec lat dziewięćdziesiątych w programie Medicare w USA jest najbardziej dojrzałym i najlepiej udokumentowanym. Liczne jego cechy wskazują, że dobrze nadawałby się do zastosowania w Polsce.

Katalog procedur medycznych CPT jest na tyle szczegółowy, że nie zależy od schematów postępowania i prowadzenia czynności medycznych w poszczególnych krajach czy środowiskach. Definicje są na tyle uniwersalne, że mogą być z łatwością zastosowane w każdym kraju, w tym i w Polsce. Tezę tę potwierdzono również przez zastosowanie CPT w procesie konstruowania koszyka świadczeń gwarantowanych, co omawiamy w artykule „Koszyk świadczeń gwarantowanych. A co dalej?”

Katalog procedur CPT jest z powodzeniem wykorzystywany w wielokulturowym środowisku Stanów Zjednoczonych od ponad 30 lat. Jest corocznie aktualizowany i uzupełniany o pojawiające się nowe procedury i technologie wprowadzane na najbardziej innowacyjny rynek medyczny, jakim jest rynek w USA.

Utrzymywanie CPT przez *American Medical Association* (AMA) i przez Naczelną Izbę Lekarską w Polsce umożliwia spożytkowanie w dobry sposób głosu środowiska lekarskiego w sferze ekonomii i zarządzania w ochronie zdrowia. Definiowanie i wartościowanie procedur sprawia, że środowisko osób bezpośrednio wykonujących świadczenia staje się aktywnym uczestnikiem systemu.

System wartościowania procedur (RBRVS) uwzględnia trzy elementy składowe: pracę lekarza, koszty praktyki i koszty ubezpieczenia. Jest on na tyle elastyczny, że można go wykorzystać niezależnie od relacji ekonomicznych w USA, zachowując przy tym

spójność wartościowania świadczeń i ich wzajemnych relacji.

W dziedzinie pracy lekarza system CPT/RBRVS posługuje się wartościami punktowymi określonymi w wyniku wielokrotnie powtarzanych procesów oceny wykonywanych w poszczególnych grupach lekarzy specjalistów. Punkty te oznaczają proporcje kosztów wytworzenia poszczególnych procedur wzajemnie w stosunku do siebie i uwzględniają stopień trudności wykonania danej procedury, poziom niezbędnej kompetencji i biegłości zawodowej, ryzyko popełnienia błędu, stres oraz wysiłek fizyczny, a także czas pracy poświęcany na wykonanie danej procedury.

Wartościowanie procedur jest przedmiotem długotrwałego procesu, trwającego od 1985 r., na który wydano w USA dziesiątki milionów dolarów rządowych dotacji i grantów badawczych. Jest także przedmiotem weryfikacji, która zgodnie z prawem odbywa się co 5 lat. Powtórzenie porównywalnego wysiłku badawczego w którymkolwiek kraju na świecie, w szczególności w Polsce, jest mało prawdopodobne.

System jest wykorzystywany w USA przez płatnika publicznego (CMS), a także 80% prywatnych systemów ubezpieczeniowych. Jest także narzędziem wewnętrznej oceny produktywności poszczególnych osób personelu. W ten sposób może być przydatny jako narzędzie wspomagające zarządzanie praktykami grupowymi, które z definicji narażone są na silne konflikty wewnętrzne i jak pokazują doświadczenia, często nie wytrzymują „sił odśrodkowych”.

Istnieje więc wiele powodów, aby sądzić, że system CPT/RBRVS mógłby być dobrym sposobem na rozliczanie partnerskich, opartych na kontraktach, relacji pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej a lekarzami. W kolejnych publikacjach na łamach „Gazety Lekarskiej” postaramy się przedstawić techniczne aspekty tego systemu oraz zaproponować, jak można by go wykorzystać dla zarządzania w placówkach ochrony zdrowia w Polsce.

Adam Kozierkiewicz
Romuald Krajewski

Czy samorząd ubezpieczy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów?

Konstanty Radziwiłł

Wielu lekarzy i lekarzy dentystów pamiętających czasy państwowej służby zdrowia ciągle z niedowierzaniem przyjmuje informacje o możliwości osobistej materialnej odpowiedzialności za szkody, które pacjenci mogą ponieść w związku z ich działalnością.

Okazuje się, że czasy szybko zmieniają się i liczba pacjentów skarżących tych, którzy zajmowali się nimi w związku z problemami zdrowotnymi, rośnie. Przede wszystkim dotyczy to procedur diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, ale niekiedy także orzecznictwa, a nawet nieprawidłowych zachowań lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie dochowania tajemnicy zawodowej lub błędów w uzyskiwaniu świadomej zgody pacjentów.

Ciągle przeważają skargi zagrażające przede wszystkim zakładom opieki zdrowotnej, ale w związku z postępującymi zmianami w zakresie organizacji ochrony zdrowia i sposobów zatrudnienia (kontrakty) w coraz większym stopniu jest to problem indywidualnych lekarzy i lekarzy dentystów. Nie trzeba dodawać, że sprawa dotyczy wszystkich tych, którzy zdecydowali się na prowadzenie działalności w formie indywidualnej lub grupowej praktyki. Niektórzy wciąż wierzą, że problem dotyczy może kogoś tam, ale na pewno nie ich.

Niestety, jest to trochę tak, jak z samochodami, mieszkaniami i innymi sferami naszego życia. Czasem ma się po prostu szczęście, ale czasem przychodzi niespodziewany pech. I pojawia się pytanie, czy nieszczęśliwy zbieg okoliczności musi okazać się katastrofą na wielką skalę? Okazuje się, że nie; ludzie wymyślili przecież ubezpieczenia.

Od początku swojego działania dostrzegł taką potrzebę odrodzony samorząd lekarski. Okręgowe izby lekarskie w rozmaity sposób od lat pomagają swoim członkom szczególnie w ubezpieczeniu odpowiedzialności zawodowej. Od wielu lat myślano także o jednolitym, najkorzystniejszym ze względu na swoją skalę ubezpieczeniu wszystkich aktywnych zawodowo członków samorządu. Podobne rozwiązania wprowadziły już izby niektórych zawodów prawniczych. W celu realizacji tego przedsię-

wzięcia samorząd lekarski dysponuje już profesjonalnym narzędziem: samorządową spółką brokerską „Medbroker”, której większościowym udziałowcem jest Naczelna Izba Lekarska, a pozostałymi okręgowe izby lekarskie. Dla wyjaśnienia: firma brokerska to instytucja, która za zezwoleniem Komisji Nadzoru Finansowego wykonuje czynności w imieniu lub na rzecz klienta, polegające na zawieraniu lub pośredniczeniu w zawarciu umowy ubezpieczenia. Reprezentuje ona interesy ubezpieczeniowego klienta, identyfikuje ryzyko, doradza w zakresie ubezpieczeń, uczestniczy w zarządzaniu i wykonaniu umów ubezpieczenia (np. w likwidacji szkód), administruje polisami ubezpieczeniowymi. W przeciwieństwie do brokera agent ubezpieczeniowy reprezentuje interesy ubezpieczycieli (lub jednego ubezpieczyciela) i znajduje dla nich klientów (niekoniecznie na najkorzystniejszych dla nich warunkach) w celu maksymalizowania ich zysków.

W dotychczasowej działalności poszczególne okręgowe izby lekarskie używały różne warunki ubezpieczenia swoich członków. Ubezpieczanie dużych, ale nie bardzo dużych, grup lekarzy i lekarzy dentystów było polem do rynkowych działań ubezpieczycieli, którzy w efekcie „grali” na tej różnorodności. W ostatnich czasach, kiedy liczba odszkodowań dla poszkodowanych pacjentów rosła, a przepisy dotyczące odpowiedzialności przedłużyły ją praktycznie do końca życia lekarza, wielu ubezpieczycieli wycofuje się z tego rynku (zwłaszcza w stosunku do bardziej ryzykownych specjalności) lub pogarsza warunki ubezpieczenia. Dlatego właśnie zaistniała konieczność rozwiązań, które będą z jednej strony jak najkorzystniejsze dla członków samorządu, a z drugiej, poprzez swoją masowość, do przyjęcia przez ubezpieczycieli. Jedyną możliwość zrealizowania takiego zadania to ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody związane z wyko-

nywaniem zawodu przez wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów aktywnych zawodowo na jednakowych warunkach.

Warunki do zaakceptowania to:

- ubezpieczenie zawarte na rok, ale z gwarancją nie podwyższania składki ponad stopę wzrostu szkodowości przez co najmniej pięć lat,
- składka nie większa niż 20 zł miesięcznie,
- suma gwarancyjna nie mniejsza niż 200 tysięcy złotych za jeden i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe rocznie,
- objęcie ubezpieczeniem wszystkich zdarzeń zaszłych w roku ubezpieczenia bez względu na czas ich ujawnienia się (tzw. zasada „act committed”),
- objęcie ubezpieczeniem szkód związanych z przetaczaniem krwi i preparatów krwiopochodnych oraz szkód wynikających z przeniesienia chorób zakaźnych (w tym WZW i HIV),
- objęcie częściowym ubezpieczeniem kosztów rzeczoznawców postępowań sądowych i pojednawczych, sądowej obrony i zapobiegania szkodzie.

Wynegocjowanie takich warunków przy ubezpieczaniu nawet kilkutysięcznych grup lekarzy i lekarzy dentystów jest praktycznie niemożliwe. Są jednak ubezpieczyciele gotowi oferować je, jeśli ubezpieczenie obejmie wszystkich członków samorządu. Dlatego za pośrednictwem Medbrokera przygotowywany jest obecnie projekt wielkiej transakcji, w której Naczelna Izba Lekarska ubezpieczy w konsorcjum 2-3 firm ubezpieczeniowych powołanym dla tego celu wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów. Projekt ten zakłada także wzorem rozwiązań przyjętych w innych samorządach zawodowych włączenie składki ubezpieczeniowej do obowiązkowej składki wpłacanej do okręgowych izb lekarskich. Prawdopodobnie już na najbliższym posiedzeniu Naczelna Rada Lekarska zajmie się tą sprawą. Założenie jest jedno: wszyscy solidarnie składamy się na najlepsze obecnie rozwiązanie.

REKLAMA

REKLAMA



fot. Marek Stankiewicz

Syndrom krótkiej kołdry

Krystyna Knypl

Gdy przysłuchuję się codziennemu gwarowi dobiegającemu z mediów, czuję się jak przebrana w teatralny kostium z innej epoki: peruka, krynolina, buty na wysokich obcasach i niemodny gorset.

Wszyscy wkoło hasają w dżinsach i T-shirtach, zmieniając tylko barwy klubowe w zależności od tego, gdzie bardziej opłaca się bywać. Świadomie nie używam słowa grać, ponieważ gra bywa sprawą poważną, są w niej zwycięzcy i pokonani, hasanie zaś jest zajęciem, podczas którego wszyscy mają się dobrze czuć. Jednak nie tylko kostiumy się zmieniają, ale i słowa, a co za tym idzie – znaczeniowe pojmowanie ludzi, zdarzeń, sytuacji.

Stary zawód w nowym świecie

Wiele obszarów wykonywania zawodu lekarza, które przez całe wieki pozostawały nienaruszone, w wolnorynkowym świecie coraz mniej przystaje do rzeczywistości. Liczne przepisy powodują, że lekarze szamocą się w dziwnej sieci, a niezadowolenie pacjentów narasta.

Oto zaczyna zanikać słowo *pacjent*, a pojawia się ktoś nazywany *ubezpieczonym*, *mającym problem alkoholowy*, *klientem*. Czy jest to nadal mój *pacjent*, a ja jestem jego *lekarzem*? Czy raczej stałam się *profesjonalistą*, dostarczającym *klientowi* informacji lub usługi – jak określają to podręczniki współczesnego menedżeryzmu?

Lekarz współczesny Hipokratesowi czy Imhotepowi żył w świecie nie tylko ludzi zdrowych i chorych, lecz przede wszystkim panów i niewolników, a prawo państwowe nie regulowało każdego ludzkiego kroku i oddechu. Dodatkowe regulacje były więc niezbędne.

Jednak dziś już nikt nie oczekuje ode mnie, ani jakiegokolwiek innego lekarza, abym pod rygiorem przysięgi na Apollona, Asklepiosa, Hygieję i Panację z *mistrzem moim w sztuce dzieliła się mieniem i zaspokajała jego potrzeby*, a synów jego

uważała za braci i uczyła ich swej sztuki. Ktoś, kto przed wiekami zwany mistrzem czuwał nad przebiegiem edukacji i rozwoju młodego lekarza, dziś często zamienia się w głównego hamulcowego tegoż rozwoju. Wprawdzie aktualna pozostaje fraza, że ów młody lekarz *zaspokaja potrzeby mistrza*, ale często jest to, niestety, nadal relacja niewolnika z panem i władcą pomyślnego przebiegu specjalizacji medycznej rezydenta.

Czas i erozja pojęć

Początek historycznego tekstu przysięgi mocno więc zwietrzał. Płynie z tej obserwacji wniosek, że jest to raczej rozsądna przysięga korporacyjna na miarę czasów, w których powstała, niż uniwersalny i ponadczasowy zbiór wytycznych w zakresie etyki naszego zawodu.

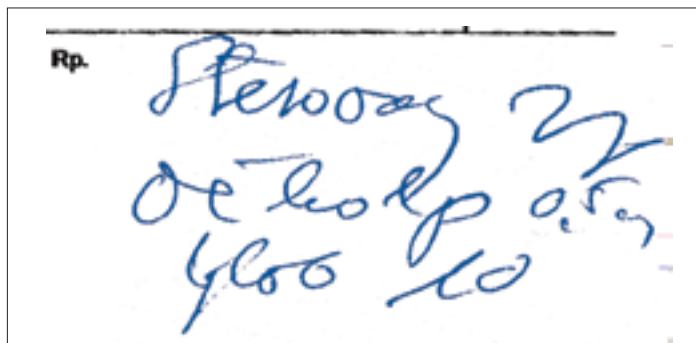
dokończenie na str. 24

Rozszyfruj receptę

Problem czytelności pisania nie dotyczy wyłącznie recept – również konsultacje, o które prosimy kolegów innych specjalności mogą dla nas samych stanowić problem w rozszyfrowaniu. Zamieszczam jako przykład treść konsultacji nadesłanej przez jednego z czytelników. Ciekawa jestem jak koledzy odczytają treść konsultacji!

Dość często pojawia się w korespondencji obawa, że ktoś niespodziewanie zobaczy własną receptę na naszych łamach. Tak, to może zdarzyć się każdemu – zamieszczane bowiem recepty pochodzą z całej Polski. Jednej z zaniepokojonych koleżanek odpisałam, że jedynym pewnym sposobem na uniknięcie niespodzianki jest... nadesłanie do mnie swojej recepty, może być wystawiona *pro auctore*. Przy okazji można będzie przekonać się na własnej skórze ile będzie miała odmian nasza preskrypcja.

Czekam na maile od Kolegów jak zawsze pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl



SZPITAL SPECJALISTYCZNY
PORADNIA ORTOPEDYCZNA
(specjalistyczny poradnia ortopedyczna)

INFORMACJA
dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Pacjent:
Data ur.: Symbol Kasy Chorych:
Adres zamieszkania:
Opis udzielonego świadczenia:
Zalecenia:
Proponowany tryb dalszego postępowania:

Syndrom krótkiej koldry

dokończenie ze str. 22

Sądzę, że uniwersalna etyka – niezależnie od tego, czy dotyczy medycyny, czy jakiegokolwiek innej dziedziny życia lub nauki, powinna być ponadczasowa. Jeżeli zasady etyczne nie są ponadczasowe i po latach brzmią komicznie lub archaicznie, to znaczy, że są tylko protezą nieprecyzyjnego kodeksu prawnego.

Może więc pojęcie dobrych standardów medycznych, które wyznaczają łatwiejsze do sprecyzowania granice, bardziej pasuje do współczesnego świata niż życzeniowe regulacje, zwane etycznymi? Może wystarczy starannejsze przestrzeganie realistycznych i dobrze napisanych standardów postępowania medycznego bez uciekania się do terminu „etyka”, zbyt często instrumentalnie wykorzystywanego z równym zapalem przez konsumpcyjnie nastawionych wobec medycyny pacjentów, jak i cynicznych decydentów?

Czy jednak kolejne teksty kodeksów etyki, coraz szerzej rozbudowywane, są głębsze, lepsze? Nie! Ulegają erozji w trybie jeszcze szybszym. Zalecenia w nich zawarte mogą być równie nierealne do przestrzegania, co kłopotliwe, a nawet naruszające prawo stanowione.

Słowa *wolny od pożądań zmysłowych tak wobec niewiast, jak i mężczyzn, wobec wolnych i niewolników* z pierwszego tekstu przysięgi ewoluowały do art. 14 współczesnego Kodeksu Etyki Lekarskiej, mówiącego, że *lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w celu innym niż leczniczy*. Tymczasem

zaś bywa, że lekarze wywierają *wpływ inny niż leczniczy* – zaprzyjaźniają się ze swoimi pacjentami, a nawet zawierają związki małżeńskie.

Artykuł 67 Kodeksu Etyki Lekarskiej, mówiący o bezpłatnym leczeniu lekarzy i ich rodzin, sięga korzeniami czasów, gdy wiedza lekarska i usługa lekarska były nieomal tożsame, a liczba udzielanych konsultacji nie miała charakteru „produkcji przemysłowej”. W przeszłości jako wyłączni właściciele i dysponenci naszej wiedzy lekarskiej mogliśmy oferować kolegom po fachu bezpłatne konsultacje. Dziś jednak coraz rzadziej „leczymy ludzi”, ponieważ „realizujemy kontrakty”.

Choć jesteśmy nadal wyłącznymi właścicielami naszej wiedzy, to już z tytułem własności do porad lekarskich jest spory kłopot. Mamy współwłaścicieli owych porad w postaci dyrekcji szpitali, zarządów spółdzielni, właścicieli placówek niepublicznych, że nie wspomnę o fiskusie, który lubi się pożywić częstką każdej złotówki przepływającej między obywatelami. Nie zawsze osoby reprezentujące owo współwłaścicielstwo są lekarzami, zatem nie muszą respektować naszego kodeksu etyki, niekoniecznie z powodu odmiennego zdania – wystarczy chmara przepisów i docieklivość kontrolera, aby stracić motywację do szczególnego traktowania kogokolwiek.

Czy lekarz pracujący w prywatnej placówce, związanej państwowym prawem stanowionym, może leczyć bezpłatnie innego lekarza lub jego rodzinę? Czy lecząc bezpłatnie kolegę jest etycznym wykonawcą art. 67, czy raczej narusza przepisy finansowe, podatkowe i pozbawia właściciela zakładu należnego przychodu?

Powołanie przez 24 godziny

Wiadomo, że łatwiej dokonywać etycznych wyborów, gdy ma się powołanie. Wybory są natomiast niezbędne, ciągle bowiem mamy do czynienia z niedostatkami. Oczywiście każdy obywatel naszego kraju wie, czym jest powołanie do wykonywania zawodu lekarza i chętnie dzieli się swą wiedzą na forach internetowych w stylu będącym żywym zaprzeczeniem tezy Maksyma Gorkiego, że „człowiek to brzmi dumnie”.

Należy się wszystkim, wszystko i zawsze – to postawa rodaków wobec świadczeń medycznych. Przeciętny obywatel naszego kraju myli wykonywanie zawodu lekarza z obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi, nazbyt często utożsamiając lekarza z realizatorem politycznych obietnic. Obowiązkowe ubezpieczenia społeczne zostały wprowadzone w związku z wydarzeniami będącymi konsekwencją intensywnego rozwoju przemysłu w XIX wieku. Burzliwa industrializacja pociągnęła za sobą wzrost zatrudnienia, ale także liczby wypadków oraz znaczenia społecznego mas robotniczych. Konieczne było stworzenie systemu przynajmniej w minimalnym stopniu łagodzącego konsekwencje nowych zjawisk. Przez dwa następne wieki medycyna rozwinięła się na skalę wcześniej niespotykaną. Postęp ten nie przełożył się jednak na wysokość finansowania usług w ramach ubezpieczeń społecznych.

Z powodu tej właśnie rozbieżności obowiązkowe ubezpieczenia społeczne pozostają przykrótką koldrą, którą politycy naciągają na nogi swego ukochanego elektoratu.

Krystyna Knypl

SKOK izb lekarskich

Pod koniec 2001 r. kilkunastu przewodniczących okręgowych rad lekarskich wraz z piszącym te słowa zdecydowało się powołać do życia pierwszą samorządową instytucję finansową mającą obsługiwać środowisko lekarskie. Powstała Spółdzielcza Kasa Oszczędnościowo-Kredytowa Izby Lekarskich (SKOK IL). Dzięki wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej i wielu okręgowych izb lekarskich w ciągu kilku zaledwie lat swego działania ten mini bank lekarski zdobył zaufanie dwóch i pół tysiąca członków naszego samorządu, którzy ulokowali w nim łącznie kilkadziesiąt milionów złotych i wzięli w nim tyle samo kredytów. Wszyscy oni zauważyli, że oferta SKOK-u jest nie tylko korzystniejsza pod względem finansowym, ale także atrakcyjna ze względu na szczególne traktowanie lekarzy i lekarzy dentystów jako wyjątkowych klientów. Obecnie aktywa Kasy wynoszą około szesnastu milionów złotych. Na gęstym rynku usług finansowych to niewątpliwie sukces Zarządu Kasy, ale także wielu działaczy samorządu, którzy w różny sposób wspierali tę inicjatywę, o którą upominał się parokrotnie Krajowy Zjazd Lekarzy.

Dlaczego więc w czerwcu 2007 r. (po uzyskaniu odpowiednich rekomendacji Rady Nadzorczej) Walne Zgromadzenie Członków SKOK IL podjęło uchwałę o połączeniu Kasy z dwiema inny-

mi (ogólnopolskim SKOK-iem Służb Mundurowych i kaszubskim SKOK-iem im. Floriana Ceynowy)? Ma z tych trzech małych kas powstać nowy podmiot „Nasz SKOK”. Właśnie to powiększenie (wsparte obietnicami wsparcia kapitałowego oraz infrastrukturalnego ze strony Krajowej Kasy Oszczędnościowo-Kredytowej i największego SKOK-u Stefczyka) stanowi odpowiedź na postawione pytanie. Większy wspólny kapitał pozwoli jeszcze bardziej zwiększyć bezpieczeństwo depozytów i innych usług finansowych oraz poprzez poczynienie odpowiednich inwestycji poszerzyć zakres świadczonych usług o takie, które są dostępne w innych instytucjach (np. możliwość korzystania ze SKOK-u poprzez Internet, zaciąganie długoterminowych kredytów itd.).

Mam nadzieję, że zachowanie odrębnego pionu „Naszego SKOK-u” pod nazwą „SKOK Izby Lekarskich” z utrzymaniem skupienia się tej struktury na środowisku lekarskim pozwoli jeszcze lepiej sprostać oczekiwaniom naszego wymagającego środowiska. Wierzę także, że tak jak dotychczas dobra współpraca SKOK IL z samorządem lekarskim pozwoli na dalszy rozwój Kasy w naszym środowisku, tak jak to jest w wielu innych krajach. Jako jeden z twórców SKOK-u IL żałuję trochę utraty naszej odrębności, ale, cóż, w finansach nie ma miejsca na sentymenty: małe jest piękne, ale duże skuteczniejsze.

Konstanty Radziwiłł

Przewodnik, nie odźwierny

Małgorzata Skarbek

W dn. 24-27 maja br. odbył się w Szczecinie, w zabytkowych salach Zamku Książąt Pomorskich, VII Kongres Medycyny Rodzinnej, zorganizowany przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Motto kongresu brzmiało: „**Medycyna rodzinna – zdrowie na horyzoncie**”. Tegoroczne spotkanie miało szczególnie uroczysty charakter, ponieważ jednocześnie obchodzono 15-lecie działalności Kolegium.

Organizacja ta powstała w czerwcu 1994 r. z inicjatywy 34 lekarzy, wśród których byli m.in. senator Zofia Kuratowska, poseł Marek Balicki, nauczyciele akademicki: prof. Maciej Latański, prof. Tadeusz Tołłoczko, prof. Tadeusz Chruściel, doc. Rafał Niżankowski, menedżerowie i szeregowi lekarze. Bezpośrednim wzorem dla powstającego stowarzyszenia było *Royal College of General Practitioners* w Wielkiej Brytanii, ale pierwsi działacze, tworząc zręby medycyny rodzinnej, korzystali też z doświadczeń kolegów z Holandii, Danii, Kanady i USA. Pierwszym prezesem Kolegium był **dr Jacek Łuczak**, drugim **dr Jarosław Pinkas**. Obecnie trwa jeszcze kadencja **dr. Adama Windaka**, a prezesem elektem jest **dr Maciej Godycki-Ćwirko**.

Poza założycielami, członkami Kolegium są wyłącznie lekarze, którzy uzyskali tytuł specjalisty z medycyny rodzinnej. W Polsce mamy blisko 9 tys. lekarzy rodzinnych. Znacząca ich część należy do KLRwP. Na szczecińskie spotkanie przybyło ok. 1,6 tys. uczestników.

Z okazji jubileuszu Kolegium przyznało 10 pojedynczych i 5 zbiorowych wyróżnień w kształcie statuetki „Żagiel XV-lecia”. Otrzymały je osoby szczególnie zasłużone dla organizacji, a dotąd nigdy przez nią nie honorowane, m.in. **Marek Balicki**, **Władysław Sidorowicz**, **Jarosław Pinkas** i **Konstanty Radziwiłł**.

W ciągu 15 lat medycyna rodzinna w Polsce wypracowała sobie trwałe miejsce w systemie ochrony zdrowia, wykształciła liczne kadry, a przede wszystkim znalazła uznanie w opinii pacjentów oraz lekarzy specjalistów z innych dziedzin. Stała się znaczącą częścią podstawowej opieki zdrowotnej. Podobnie jednak jak cała służba zdrowia w kraju boryka się z licznymi problemami.

– Dzisiaj medycyna rodzinna postrzegana jest nadal jako ta, która odniosła duży sukces, być może jest najbardziej udaną częścią reformy ochrony zdrowia w Polsce. Budzi podziw, bo jest najlepiej zorganizowanym środowiskiem, które myśli nie tylko kategoriami walki korporacyjnej o lepsze płace, ale przykładą dużą wagę do jakości – mówi **dr Adam Roślewski**, w latach dziewięćdziesiątych szef Zachodniopomorskiego Konsorcjum Zdrowia, a obecnie właściciel zakładu konsultingowego zajmującego się edukacją lekarzy, doradztwem oraz zarządzaniem placówkami lecznictwa, w tym szpitalem w Skwierzynie na zlecenie samorządu terytorialnego. – Medycyna rodzinna znalazła miejsce w systemie, ale musi dbać o jego utrzymanie. Nie dać się ograniczać. Grupy środowiskowe walczą o pieniądze, o wpływy, a płatnik monopolista rozwiązuje problemy przede wszystkim z korzyścią dla siebie. Trzeba więc bronić swoich racji i swoich interesów. Ale oceniając z boku cały proces, uważam, że „masa krytyczna” procesu dawno została osiągnięta i nie ma odwrotu od przyjętego modelu.

W tym miejscu warto przypomnieć, że właśnie w regionie zachodniopomorskim medycyna rodzinna najszybciej znalazła zwolenników. Tutaj tłumaczono jej założenia teoretyczne, importowane z Anglii, przystosowywano je do polskich realiów, określono zakres kompetencji lekarza rodzinnego i ramy organizacyjno-gospodarcze jego działalności. Było to możliwe dzięki wsparciu Konsorcjum Zachodniopomorskiego i Urzędu miasta Szczecina. Obie te instytucje pomagały w sferze koncepcyjnej i materialnej konsorcjum z funduszy otrzymywanych z Banku Światowego, a urząd wyposażał praktyki POZ z własnych środków. Model szczeciński później powielali inne, duże ośrodki.

Aktualnej sytuacji środowiska poświęcone było poprzedzające kongres sympozjum nt. „Medycyna rodzinna – stan obecny i perspektywy”. W trzech grupach problemowych przedyskutowano kwestie kształcenia, jakości oraz miejsca w systemie.

Zdaniem prof. Witolda Lukasa, który opiera się na rekomendacjach EURACT, już student akademii medycznej powinien wiedzieć, na czym polega istota medycyny rodzinnej. Aby się o tym przekonać, musi uczestniczyć w zajęciach praktycznych, nie tylko teoretycznych. Obecnie w programach kształcenia liczba obligatoryjnych godzin poświęconych medycynie rodzinnej wzrosła z 20 do 100 godzin (w uczelniach holenderskich – 500 godz.), ale w większości akademii dominują zajęcia prowadzone w katedrach i przy łóżkach szpitalnych, a nie w praktykach.

Minusy obecnego kształcenia przeddyplomowego to także: duże różnice regionalne, zbyt liczne grupy studentów na zajęciach praktycznych, brak oceny jakości szkolenia, mały nacisk na pracę wspólną z pielęgniarką oraz brak standardu określającego, kto może nauczać medycyny rodzinnej na poziomie akademickim.

Plusem jest niewątpliwie to, że po wprowadzeniu medycyny rodzinnej na uczelnie powstały programy kształcenia i zdecydowanie zwiększono liczbę godzin poświęconych tym zagadnieniom. Sukcesem było dotąd kształcenie podyplomowe. W ciągu kilkunastu lat 9 tys. lekarzy uzyskało specjalizację z medycyny rodzinnej. Obecnie jednak nie jest tak dobrze. Dziedzina dysponuje dużą liczbą miejsc szkoleniowych, w tym również rezydentur, ale spadek zainteresowania nią powoduje, że nie ma zbyt wielu chętnych do kształcenia się w tym kierunku.

Ustawiczne doskonalenie zawodowe to nadal mocna strona środowiska.

Wystarczy wymienić tylko nazwy cyklicznych kursów: Letnia Szkoła Astmy, Akademia Kształcenia Ustawicznego LANCET, Szkoła Profilaktyki i Promocji Zdrowia czy Szkoła Tutorów, w której kształcą się liderzy grup rówieśniczo-koleżeńskich. Poziom wiedzy podnoszą też częste kontakty zagraniczne. W 2006 i 2007 r. 90 lekarzy i nauczycieli medycyny rodzinnej odbyło staż w Sheffield (Wielka Brytania), pod patronatem Sheffield University. Przedsięwzięcie to było efektem współpracy Kolegium, Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodzinnych przy SPZOZ Stare Miasto we Wrocławiu, Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej ŚIAM, krakowskiej firmy „Zdrowie i Zarządzanie” oraz uniwersytetu w Sheffield. **Prof. Nigel Mathers**, szef Institute of General Practice and Primary Care z tegoż uniwersytetu, był gościem kongresu i wygłosił wykład na temat „Przyszłość medycyny rodzinnej w Europie”.

Wiedza medyczna nie jest jedynym czynnikiem decydującym o jakości usług świadczonych przez lekarzy rodzinnych. Mówił o tym w Szczecinie **doc. Rafał Niżankowski**. Jego zdaniem wysoki poziom jakości podstawowej opieki zdrowotnej uzyskano dzięki entuzjazmowi pionierów, takich jak: Jan Wolańczyk, Zbigniew J. Król czy Tomasz Tomasiak, którzy podejmowali różnego typu inicjatywy skłaniające do szkolenia się, doskonalenia zawodowego, przekonywali do akredytacji praktyk. Wszystko to jednak były i są działania pojedyncze, na małą skalę. W dłuższej perspektywie potrzebne jest wsparcie systemowe. Tymczasem istniejące warunki temu nie sprzyjają. Lekarz rodzinny ma pod opieką od 2 do 3 tys. pacjentów, powinien mieć ich zdecydowanie mniej – ok. 1250 osób. Także sposób płacenia przez NFZ – stawka *per capita* za pacjenta nie mobilizuje do lepszej pracy. KRL postuluje przejmowanie (wykupywanie) od samorządów praktyk na własność. Na swoim pracuje się lepiej.

Trzecim tematem rozważań uczestników sympozjum było miejsce lekarza rodzinnego w systemie ochrony zdrowia. Jako niekwestionowane założenie przyjęto opinię, że im lepiej zorganizowana, sprawniejsza podstawowa opieka zdrowotna, tym wyższy poziom i lepsze wyniki całego systemu lecznictwa.

Obok oczywistych sukcesów, do których zaliczono samo powstanie i okrzepnięcie tego pionu służby zdrowia, zwartość środowiska lekarzy rodzinnych, które jest wolne od korupcji, buduje dobre więzi społeczne z pacjentami; dyskutanci zwracali uwagę

na negatywne sytuacje: uszczuplanie kompetencji, niedostateczne sprecyzowanie roli lekarza rodzinnego, zbyt niskie i niewłaściwe kontrakty (brak rozliczania usług według zasady *for service*). W ostatnim czasie np. zupełnie bez uzasadnienia odbiera się lekarzom rodzinnym uprawnienia do badania i wystawiania zaświadczeń dla kierowców, dla osób ubiegających się o prawo do posiadania broni, dla chcących uprawiać sport kwalifikowany, a także zabrania się dyżurowania w pogotowiu i zajmowania się medycyną pracy.

Marek Balicki stwierdził, że należy zatrzymać powolny proces spychania medycyny rodzinnej do roli, jaką pełniła kilkanaście lat temu podstawowa opieka zdrowotna.

Konstanty Radziwiłł wyraził pogląd, że medycyna rodzinna powinna być częścią oferty, z której pacjent może wybrać to, co mu najbardziej odpowiada. Ponadto lekarze rodzinni muszą być przygotowani do konkurowania w podstawowej opiece zdrowotnej, np. z internistami i pediatrami. Powinni też szukać konsensusu z całym środowiskiem medycznym, nie być w stosunku do niego w opozycji.

Władysław Sidorowicz uważa, że konieczny jest powrót do dyskusji nad modelem medycyny rodzinnej, a następnie uchwalenie przez sejm dwóch ustaw: o podstawowej opiece zdrowotnej i o zdrowiu publicznym.

Odpowiedzią na ten postulat była prezentacja wstępnych założeń ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Min. **Jarosław Pinkas**, który przywiózł do Szczecina ten projekt, oznajmił, że minister Zbigniew Religa powołał zespół opracowujący projekt ustawy. Kieruje nim **prof. Witold Lukas**, krajowy konsultant w dziedzinie medycyny rodzinnej. W skład zespołu wchodzi m.in. przedstawiciele Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

W ustawie znajdują się m.in. zapisy stanowiące o tym, kto koordynuje pracę podstawowej opieki zdrowotnej. W powiecie ma to robić samorząd terytorialny, zapewniając np. 24-godzinną pomoc lekarską. W całym kraju koordynacją tą ma się zajmować Centralny Zarząd POZ. (Jest też propozycja, aby przejął to zadanie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, który wkrótce powstanie.) W projekcie dużą wagę przywiązuje się do jakości świadczonych usług oraz kształcenia lekarzy. Przewiduje się, że będzie

dokńczenie na str. 29



foto: Marek Stankiewicz

informuje

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 27 VI 2007

Prezydium NRL przyjęło stanowisko w sprawie propozycji Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczących niezbędnych zmian w systemie ochrony zdrowia. **Doceniono starania Rzecznika Praw Obywatelskich o sformułowanie podstawowych zasad, na jakich należy oprzeć niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia, aby możliwe było zrealizowanie oczekiwań obywateli Rzeczypospolitej.** Pełny tekst stanowiska oraz odpowiedź na nie dr Kochanowskięgo na stronie www.nil.org.pl

Prezydium NRL przyjęło stanowisko w sprawie niezbędnych zmian w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. **Prezydium NRL wnosi o podjęcie przez Ministra Zdrowia prac nad nowelizacją ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w której zostaną określone zasady wynagradzania pracowników zakładów opieki zdrowotnej.** Wynagrodzenie zasadnicze lekarza, lekarza dentysty zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej powinno stanowić nie mniej niż: 2-krotność kwoty bazowej dla lekarza, lekarza dentysty nie posiadającego specjalizacji, 2,5-krotność kwoty bazowej dla lekarza, lekarza dentysty posiadającego pierwszy stopień specjalizacji oraz 3-krotność kwoty bazowej dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego tytuł specjalisty lub drugi stopień specjalizacji. Ewentualnie dopuszczalne byłoby stopniowe dochodzenie do takiego poziomu rozłożone w czasie do 2009 r. Zdaniem Prezydium NRL podjęcie tej inicjatywy legislacyjnej jest niezbędne dla zagwarantowania pracownikom godziwych wynagrodzeń, zgodnych z ich kwalifikacjami i oczekiwaniami oraz jest oczywistym warunkiem osiągnięcia spokoju społecznego w systemie ochrony zdrowia niezbędnego do prawidłowego wypełniania zadań placówek ochrony zdrowia.

Prezydium NRL przyjęło stanowisko w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 27.06.2007 r. w sprawie **umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych.** Prezydium NRL stwierdza, iż fakt podpisania przez Ministra Zdrowia ww. rozporządzenia należy przyjąć z zadowoleniem. Po 10 latach od wejścia w życie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zaczyna obowiązywać znaczący akt wykonawczy w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy. Jednak rozporządzenie to zawiera kilka poważnych błędów i należy podjąć prace nad jego nowelizacją. Zwrócono uwagę, że istnieje konieczność przejrzenia listy specjalizacji szczegóło-

wych i ewentualnego przeniesienia części z nich do listy umiejętności. Prezydium NRL wyraziło jednocześnie obawę o możliwości realizacji rozporządzenia. Jego wejście w życie w środku roku budżetowego oznacza brak dodatkowych środków finansowych dla CMKP i CEM.

Prezydium NRL – 24 VIII 2007

Prezydium NRL przyjęło stanowisko w sprawie **niezbędnych zmian w ustawach o izbach lekarskich oraz o zawodach lekarza i lekarza dentysty.** Uznano za niezbędne dokonanie zmian w ustawach o izbach lekarskich oraz o zawodach lekarza i lekarza dentysty, które umożliwiają okręgowym izbom lekarskim prowadzenie kształcenia podyplomowego lekarzy, bez konieczności uzyskania akredytacji dla tej działalności i wpisu do rejestru prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską.

Prezydium NRL przyjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy **o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń** oraz o zmianie niektórych innych ustaw. Prezydium NRL uznaje za niezbędne uchwalenie ustawy w 2007 r. przed ewentualnym samorozwiązaniem Sejmu. Rozwiązania projektu, jakkolwiek dalekie od oczekiwań lekarzy, pozwalają jednakże uzyskiwać przyrost funduszy wynagrodzeń w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej, a w szczególności wprowadzają podniesienie wysokości wskaźnika udziału kosztów pracy w niektórych rodzajach tych zakładów. Wadą projektu jest nieprzedstawienie w uzasadnieniu przybliżonych skutków finansowych uchwalenia ustawy, dla zakładów opieki zdrowotnej. Prezydium podziela pogląd, że przede wszystkim powinien zostać podniesiony poziom wskaźnika udziału kosztów pracy dla całego lecznictwa szpitalnego, a wzrost poziomu wskaźników dla szpitali gminnych i powiatowych oraz dla lecznictwa uzdrowiskowego powinien dokonać się w oparciu o podniesiony wskaźnik udziału kosztów pracy w lecznictwie szpitalnym. Aprobowanie cząstkowych rozwiązań odnoszących się do wynagrodzeń w ochronie zdrowia nie oznacza rezygnacji samorządu lekarskiego z postulatów radykalnego wzrostu wynagrodzeń lekarzy.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w spotkaniach przedstawicieli związków zawodowych i samorządów zawodów medycznych podczas funkcjonowania „Białego miasteczka”.
- List do Zbigniewa Religi, ministra zdrowia – prośba o publikację w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia opinii konsultantów wojewódzkich o potrzebach kadrowych w poszczególnych dziedzinach medycyny na obszarze kraju na rok następny.
- Udział w spotkaniach przedstawicieli związków zawodowych i samorządów

zawodów medycznych z przedstawicielami rządu.

- Udział w posiedzeniu podkomisji Komisji Zdrowia Sejmu nt. nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Udział w prezentacji koszyka świadczeń gwarantowanych w MZ.
- Udział w posiedzeniu Zarządu Związku Powiatów Polskich poświęconym aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia nt. zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.
- List do Andrzeja Sośnierza, prezesa NFZ – w związku z decyzją o zwiększeniu puli środków przeznaczonych na finansowanie stomatologicznych świadczeń opieki zdrowotnej, prośba o przedstawienie konkretnych założeń dot. sposobu ich uwzględnienia w umowach zawieranych na 2008 r.
- Udział w negocjacjach rządu i przedstawicieli środowisk medycznych nt. warunków zakończenia protestu.
- Udział w redakcyjnej dyskusji w „Gazecie Prawnej” nt. problemów związanych z elektronicznym gromadzeniem danych dotyczących zdrowia obywateli.
- Udział w konferencji „Strategie dla zdrowia w Europie” w Lizbonie zorganizowanej w ramach portugalskiej prezydencji UE.
- List do Jerzego Woy-Wojciechowskiego, prezesa Polskiego Towarzystwa Lekarskiego - dot. powołania stałej Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich.
- Spotkanie z Zarządem Medbrokera oraz przedstawicielami ubezpieczycieli (PZU, Alianz, Inter-Polska) nt. działań na rzecz ubezpieczenia wszystkich członków samorządu od zawodowej odpowiedzialności cywilnej.
- Udział w uroczystości przyznania stypendiów lekarzom, którzy uzyskali najlepsze wyniki na LEP-ie.
- Spotkanie z ubezpieczycielami (PZU, Alianz, Inter-Polska) nt. jednolitego ubezpieczenia wszystkich członków samorządu lekarskiego.
- List do Zbigniewa Religi, ministra zdrowia – w sprawie podwyżek wynagrodzeń dla lekarzy rezydentów i lekarzy stażystów.
- List do Zbigniewa Ziobro, ministra sprawiedliwości – z wnioskiem o sprawdzenie, czy w postępowaniu przedstawicieli władz wobec protestujących lekarzy nie zachodzi podejrzenie popełnienia przestępstwa.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu nt. nowelizacji ustaw o ZOZ-ach oraz o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tomasz Korkosz
tel. 022-559-13-27, 0602-218-710
faks 022-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

Przewodnik, nie odźwierny

dokńczenie ze str. 27

ono częściowo finansowane ze środków resortu zdrowia.

Min. Pinkas dodał, że projekt zawiera kilka kontrowersyjnych założeń, nad którymi zespół z pewnością będzie intensywnie pracować. Ale ustawa jest potrzebna.

Program głównej części kongresu był bardzo bogaty, w sesjach warsztatowych, na kursach i prezentacjach omawiano zagadnienia medyczne z poszczególnych dziedzin medycyny, m.in. z kardiologii, diabetologii, urologii, geriatrici, a także problemy antybiotykoterapii, zasady racjonalnego żywienia, leczenie nikotynizmu, model współpracy lekarza rodzinnego z farmaceutą itp.

Program przewidywał także wykłady w sesjach plenarnych. W trakcie spotkania inauguracyjnego **prof. Tadeusz Brzeziński** z Zakładu Historii Medycyny i Etyki Lekarskiej PAM w Szczecinie wygłosił wykład nt. „Czy lekarz rodzinny to pomysł XX wieku?”, w którym dowiódł, że tradycję lekarza domowego należy szukać głęboko w historii.

Za pierwszych takich doktorów można uznać nadwornych medyków faraonów, cesarów rzymskich, a potem władców europejskich. W rozwijających się i bogacących społeczeństwach XVIII w. osobistych lekarzy mieli już przedstawiciele wyższego duchowieństwa, szlachty, później i mieszczaństwa. Następnie pojawił się lekarz ziemski (np. w Rosji), który leczył całą populację wsi czy okręgu i lekarz fabryczny (w zakładach przemysłowych). W dziewiętnastowiecznej medycynie prąd zwany redukcjonizmem oraz wyodrębnienie się specjalizacji usunęły lekarza rodzinnego w cień. Próby przywrócenia jego roli pojawiły się wraz z rozwojem ubezpieczeń zdrowotnych, a potem kas chorych. Druga połowa XX w. to znów rozkwit medycyny rodzinnej w Europie.

Drugi niezwykle ciekawy wykład wygłosił **prof. Jan Lubiński**, kierownik Międzynarodowego Centrum Nowotworów Dziedzicznych PAM. Ośrodek ten od lat zajmuje się genetycznymi uwarunkowaniami występowania nowotworów, w tym szczególnie raka piersi i raka jelita grubego. Znane są efekty współpracy genetyków i lekarzy rodzinnych z Pomorza Zachodniego, w wyniku której spośród całej populacji kobiet regionu wyłoniono grupy ryzyka zachorowania na raka piersi.

Prof. Lubiński wychodzi z założenia, że środowisko ma wpływ na powstawanie nowotworów, ale zawsze muszą mieć one podłoże genetyczne. Znane są już markery genetyczne 92 proc. nowotworów piersi. Być może wkrótce odkryte zostaną wszystkie. Wówczas będzie można ograniczyć badania mamograficzne, wykonywać je tylko u kobiet, u których wykryte zostaną markery. Zaawansowane są badania nad genetycznym podłożem raka prostaty.

Prof. Lubiński przedstawił także najnowszy sukces swojego zespołu. Jeden z jego współpracowników, dr Tomasz Byrski ustalił, że nie każda przedoperacyjna chemioterapia w zaawansowanym raku piersi jest skuteczna. On i jego koledzy przeanalizowali przebieg terapii ok. 3,5 tys. kobiet poniżej 51 roku życia w kilkunastu szpitalach w kraju. 800 pacjentek zakwalifikowano do leczenia przedoperacyjnego, w tym lekami z grupy taksanów. Okazało się, że nie zawsze uzyskiwano spodziewany efekt terapii. U kobiet, którym podawano taksany, a u których raka wywołał gen BRCA1, guz nowotworowy nie zmniejszył się. Nie osiągnięto zatem zamierzonego efektu, leczenie było stratą czasu (pacjentki zostały zoperowane później) i powiększaniem kosztów (jedna terapia taksanami to 20 tys. zł).

Prof. Lubiński postuluje, aby u kobiet z wykrytym rakiem piersi przed rozpoczęciem leczenia wykonywać test BRCA 1. Test jest niedrogi (ok. 300 zł), a wynik uzyskuje się w kilka dni.

W Szczecinie, mieście portowym, w trakcie kongresu nie mogło zabraknąć akcentu morskiego. Było nim spotkanie z kapitanem Krzysztofem Baranowskim, który dzielił się wrażeniami ze swoich morskich podróży, w tym z dwóch samotnych rejsów dookoła świata.

Wieczorami odbywały się koncerty: Waldemara Malickiego (jak w każdym swoim recitalu bawił słuchaczy dowcipnym słowem i znakomitą grą na fortepianie) oraz Elektrycznych Gitar na dziedzińcu Zamku Książąt Pomorskich.

Środowisko lekarzy rodzinnych jest świadome swojej pozycji – w ciągu kilkunastu lat stało się liczną i znaczącą grupą korporacyjną. Ale chyba równie dobrze uzmysławia sobie zagrożenia, które się już pojawiły. Ich znakiem jest spadek popularności tej dyscypliny wśród młodych lekarzy, wchodzących dopiero w życie zawodowe.

Małgorzata Skarbek

Pamięci profesora Reichsteina

W lipcu br. minęła 110 rocznica urodzin Tadeusza Reichsteina, pierwszego noblisty polskiego pochodzenia w dziedzinie fizjologii i medycyny.

Pochodził z rodziny polskich Żydów osiedlonych we Włocławku na Kujawach. Urodził się 20 lipca 1897 r. w mieście należącym wówczas do zaboru rosyjskiego. Pogromy Żydów dokonywane przez carat zmusiły w 1907 r. rodzinę Reichsteinów do przeniesienia się do Szwajcarii. Pozwoliło to im przeżyć I wojnę światową oraz ocalić się przed hitlerowskim holocaustem.

Ukończył w Zurychu studia chemiczne w tamtejszej Politechnice. Doktoryzował się w 1922 r., a w 1929 r. przeprowadził habilitację, specjalizując się w analizie związków organicznych. Na początku lat trzydziestych zyskał światową sławę opracowując niezwykle tanią syntezę witaminy C, używając do tego celu bakterii. Później zajął się ustalaniem składu chemicznego związków w wyciągach alkoholowych kory nadnerczy, a wśród nich czynnych hormonalnie substancji, a następnie ich syntezy. W 1938 r. Reichstein izolował 29 substancji, z których sześć okazało się czynnymi biologicznie. W 1937 r. dokonał syntezy desoxycorticosteronu, który okazał się skuteczny w leczeniu choroby Addisona. Nie udało mu się jednak syntezą cortisonu z kwasów żółciowych. Dokonali tego dopiero w 1947 r. Amerykanie i podjęli niezwykle efektywne próby leczenia nim choroby reumatoidalnej. Za to odkrycie prof. Tadeusz Reichstein wraz z Amerykanami prof. Edwardem Kendalllem i dr. Phillipem Henchem otrzymali w 1950 r. nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny. Rozpoczęło to erę sterydoterapii w medycynie.

Prof. Reichstein znany był ze skromności i dobroczynności. Wielu Polaków studiujących w Szwajcarii doznało z jego strony pomocy. Opublikował ponad 750 prac naukowych, promował około 150 doktorantów. Uzyskał tytuł doktora honoris causa kilkunastu uczelni na świecie (w tym również Akademii Medycznej w Gdańsku). Wiele naukowych towarzystw uhonorowało go członkostwem honorowym. Do końca swego długiego życia publikował prace naukowe. Zmarł w setnym roku życia 1 sierpnia 1996 r. w Bazylei.

W 110 rocznicę urodzin tego uczonego, który określał się sam, że jest Szwajcarem polsko-żydowskiego pochodzenia, warto przypomnieć jego sylwetkę, dobrze bowiem przysłużył się ludzkości. Pamiętajmy o tym wspaniałym uczonym i szlachetnym człowieku, tak bliskim Polakom z racji swego pochodzenia.

Stanisław Sterkowicz

Przychodzi lekarz do prawnika



Czy lekarz może sprzedawać leki?

Obrót lekami i produktami leczniczymi kojarzy się najczęściej ze sprzedażą w ramach ogólnodostępnej apteki. Ustawa prawo farmaceutyczne (dalej PF) dopuszcza ubieganie się przez lekarza o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki pod warunkiem, że lekarz przedstawi oświadczenie o niewykonywaniu zawodu (art. 99 ust. 4b PF). Wynika stąd, że aptekę może prowadzić lekarz, który faktycznie nie wykonuje swego zawodu.

Zgodnie z art. 96 PF leki i produkty lecznicze mogą być wydawane z apteki wyłącznie przez farmaceutę lub technika farmacji, co wyklucza możliwość bezpośredniej sprzedaży leków i produktów leczniczych przez lekarza. Kolejny zakaz sprzedaży środków farmaceutycznych przez lekarzy wynika z art. 46 ust. 1 Ustawy o zawodzie lekarza (dalej UoZL). W myśl tego przepisu lekarze nie mogą prowadzić detalicznej sprzedaży środków farmaceutycznych.

Prawo dopuszcza jednak możliwość sprzedaży leków i produktów leczniczych przez lekarzy wykonujących swój zawód!

Wyjątkami od zakazu sprzedaży środków farmaceutycznych przez lekarzy są niżej opisane przypadki:

a) Lekarz może sprzedać pacjentowi środek farmaceutyczny lub materiał medyczny, jeśli zastosowanie tego środka wynika z pomocy udzielonej przez lekarza w nagłej sytuacji (art. 46 ust. 2 UoZL). Przez pojęcie nagłej sytuacji należy rozumieć każdą sytuację, w której nieudzielenie pacjentowi pomocy wiązało by się lub mogłoby się wiązać z niebezpieczeństwem utraty życia, uszkodzeniem ciała bądź rozstrojeniem zdrowia.

b) Lekarz może sprzedać pacjentowi produkt leczniczy wchodzący w skład zestawu przeciwwstrząsowego, jeśli jego zastosowanie ma związek z udzielaniem pomocy w nagłych przypadkach. Należy podkreślić, że produkty lecznicze (leki i płyny infuzyjne) wchodzące w skład zestawu przeciwwstrząsowego mogą być nabywane przez lekarzy w aptekach ogólnodostępnych lub w hurtowniach farmaceutycznych.

c) Lekarz może sprzedać pacjentowi lek lub produkt leczniczy, który został zastosowany doraźnie, w związku z udzielonym przez lekarza świadczeniem zdrowotnym. Do leków tych należą między innymi: leki przeciwbólowe, miolityczne, przeciwgorączkowe, uspokajające, przeciwalergiczne, znieczulające miejscowo, leki stosowane w niewydolności wieńcowej serca, obniżające ciśnienie krwi, przeciwarytmiczne, przeciwdrgawkowe.

d) Lekarz może sprzedać pacjentowi produkt leczniczy, którego zastosowanie wiąże się z udzielanym świadczeniem zdrowotnym (art. 68 ust. 4 PF). Niniejsza regulacja umożliwia, między innymi, detaliczną sprzedaż szczepionek z zastrzeżeniem, że podanie szczepionki łączy się z udzielanym przez lekarza świadczeniem zdrowotnym. Wykonanie szczepienia wiąże się z rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, jeśli poprzedzone jest na przykład wywiadem i badaniem lekarskim. Obrót szczepionkami nie narusza zakazu detalicznej sprzedaży produktów leczniczych przez lekarza, jeśli wykonanie szczepienia wiąże się z rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych. **Sprzedaż szczepionek w oderwaniu od udzielanych świadczeń narusza zakaz sprzedaży detalicznej produktów leczniczych przez lekarza. Warto podkreślić, że lekarz może nabyć szczepionki do dalszej odsprzedaży wyłącznie w ogólnodostępnej aptece.** Wynika to z faktu, że zarówno producenci, jak i hurtownie farmaceutyczne mogą sprzedawać produkty lecznicze ściśle określonym podmiotom, do których należą między innymi: hurtownie farmaceutyczne, apteki szpitalne, jednostki badawczo-rozwojowe (art. 24 ust. 3 pkt 2 PF). Wśród podmiotów uprawnionych do zakupu leków od producentów i hurtowni nie ma natomiast lekarzy.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego UM w Łodzi

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

REKLAMA

REKLAMA

W końcu maja 2007 r. odbyła się na łamach Internetowego Serwisu Filozoficznego Diametros (<http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/>) kolejna internetowa konferencja organizowana przez Instytut Filozofii UJ, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ i Polskie Towarzystwo Bioetyczne, poświęcona tym razem kodeksom etyki lekarskiej. Patronat objął prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł. W konferencji wzięło udział 16 autorów reprezentujących filozofów, prawników, lekarzy i inne dziedziny, którzy opublikowali referaty. W kolejnych numerach „Gazety Lekarskiej” postaramy się przedstawić przynajmniej część tych publikacji. Na stronach Diametrosa są one często znacznie obszerniejsze i zainteresowani mogą tam zapoznać się z pełną wersją. Jeżeli ktoś z Czytelników zechce porozumieć się z autorem, prosimy o wiadomość pocztą elektroniczną na adres: rkrajewski@hipokrates.org

Kodeksy etyki lekarskiej i bioetyka

Szczególnie ożywiona refleksja nad powinnościami moralnymi lekarzy ma miejsce w okresach intensywnych przemian instytucjonalnych w medycynie.

Przebiega ona dwutorowo. Z jednej strony, unieważnia w dużej części dotychczasowy sposób uprawiania medycyny jako nieprzystający do zmienionych instytucji, z drugiej zaś – inicjuje zmiany w pojmowaniu profesji i zbiorze podstawowych obowiązków jej członków. W historii medycyny były trzy takie przełomowe okresy.

Kształtowanie się zachodniej medycyny – etyczna tradycja hipokratesowa

Obejmuje ono czas między V a III wiekiem przed nową erą. Tworzy się wówczas medycyna oparta na racjonalnych podstawach ściśle połączona z filozofią dającą jej te podstawy. Filozoficzne zakorzenienie medycyny czyni z niej naukę i uzupełnia o składnik rozumowy przymierze z bogami silnie podkreślane w inwokacji otwierającej *Przysięgę Hipokratesa*.

Najtrwalszym dziedzictwem tradycji hipokratesowej było wprowadzenie do lekarskiej refleksji etycznej napięcia między normami regulującymi obowiązki lekarzy względem korporacji i stojącymi na straży indywidualnego interesu medyków a zasadami służącymi dobru podopiecznych. Pierwsze dwie grupy reguł nazwę *normami interesu*, zaś pryncypia dobra chorego – *zasadami etosu*. W tradycji hipokratesowej napięcie to jest zminimalizowane przez odesłanie większości norm interesu do dzieł przypisywanych Hipokratesowi, szczególnie *Praw, Przykazań i Decorum*. W polskim KEL sygnalizowana sprzeczność powinności etosu i interesu jest szczególnie widoczna w art. 73. zezwalającym na uczestniczenie w strajku przy jednoczesnym braku

zwolnienia z obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, gdy nieudzielanie pomocy może narazić pacjenta na pogorszenie zdrowia.

Wiele wskazuje, że mniej trwałym wkładem omawianej tradycji jest uczynienie z zawodu medyka profesji (od łacińskiego *prophetare* = „prorokować”), w znaczeniu grupy ludzi związanych przysięgą i powołanych do czegoś. Powołaniem proroków było przepowiadanie słów bożych. Powołaniem lekarzy jest zazwyczaj ochrona różnie w szczegółach pojmowanego dobra pacjenta. W Polsce synonimem profesji było do niedawna słowo „stan”.

Być może najmniej trwałym dziedzictwem hipokratesowym jest *paternalizm*. Lekarz tej tradycji mocą autorytetu poświadczanego przymierzem z bogami jednostronnie „urządzał życie chorym dla ich dobra” – jak głosi spolszczenie podstawowego nakazu etosu *Przysięgi* dokonane przez Henryka Łuczkiwicza w latach siedemdziesiątych XIX w. Paternalizm został zakwestionowany i odrzucony przez bioetykę po stu latach od tego tłumaczenia.

Powstanie medycyny klinicznej – rewolucja kodeksowa w etyce lekarskiej

Ostatnia dekada XVIII w. to czas narodzin kliniki jako nowej instytucji medycznej. Klinika wymagała dramatycznej zmiany w dominującym wówczas sposobie uprawiania medycyny. Jego podstawą była praktyka indywidualna, więc lekarze byli na służbie u bogatych patronów, ich tylko uznając za pacjentów. Normy interesu regulujące tę praktykę zyskały niemal całkowitą przewagę nad zasadami etosu.

Moralnym odbiciem rewolucji instytucjonalnej była rewolucja kodeksowa przystosowująca sposób uprawiania medycyny do nowej jej organizacji. Zapoczątkował ją *Kodeks etyki medycznej* Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego z 1847 r. Jego redaktorzy etyczną podstawą profesjonalnych obowiązków i uprawnień uczynili zasadę wzajemności. Pozwoliła ona na zakorzenienie autorytetu moralnego poszczególnych lekarzy w zbiorowym autorytecie profesji. Dzięki niej grupa lekarzy złączona przysięgą stała się źródłem profesjonalnych powinności wobec wszystkich chorych, także biednych zapelniających wówczas szpitale. Równocześnie przynależność do grupy – na zasadzie wzajemności właśnie – usprawiedliwiała przywileje, których medycy mogli domagać się od jednostek i społeczeństwa w zamian za obarczenie ich profesjonalnymi obowiązkami. Odwołanie się do tej zasady zadecydowało także o rewolucyjności kodeksowego etapu refleksji etycznej pozwalając na odzielenie moralnego autorytetu medyków od sfery *sacrum*.

Podobny zabieg zastosowali autorzy polskich *Zasad obowiązków i praw lekarzy* uchwalonych w 1884 r. przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie pod niewątpliwym wpływem amerykańskiego pierwowzoru.

Diametralna zmiana obowiązków lekarza, budowanie autorytetu profesji oraz wyważanie norm etosu i interesu lepiej służące dobru pacjenta sprzyjały paternalistycznemu zorientowaniu fazy kodeksowej, a także tworzeniu bardzo rozbudowanych dokumentów o deontologicznie eklektycznej naturze: zawierają

dokończenie na str. 34

REKLAMA

REKLAMA

Kodeksy etyki lekarskiej i bioetyka

dokręcenie ze str. 32

ły one normy etosu traktowane jak prawdy moralne wymieszane z regułami interesu oraz etykietalnymi regułami właściwego zachowania się.

Medycyna w liberalnych demokracjach – rewolucja bioetyczna

Rewolucja bioetyczna stanowi normatywną odpowiedź na niebywale szybki w medycynie po drugiej wojnie światowej postęp naukowy i technologiczny. Towarzyszy mu równie gwałtownie przyspieszająca integracja medycyny w jedną funkcjonalną całość z instytucjami płatnika (ubezpieczyciela) i planisty świadczeń zdrowotnych oraz z nadrzędnym wobec tej całości otoczeniem społeczno-kulturowym, łącznie z politycznym. Z punktu widzenia etycznej refleksji lekarskiej do najważniejszych osobliwości tego otoczenia należy powojenny ruch na rzecz praw obywatelskich i jednostkowych oraz zróżnicowanie światopoglądowe liberalnych społeczeństw demokratycznych.

Postęp w medycynie prowadzi do tworzenia nowych specjalizacji, częstokroć o dużym ładunku światopoglądowym, a przez to wymagających rozbudowanych regulacji etycznych. Ze względu na objętość nie można tych unormowań wbudować w jakiekolwiek jednolite kodeksy. Natomiast wchodzenie medycyny w liberalne otoczenie społeczno-kulturowe systemu opieki uniemożliwia jej dotychczasową skłonność do paternalizmu i izolacji w obrębie kolegiatnie uchwalanego etosu. Staje się ono zacząłkiem procesu przenoszenia autorytetu moralnego z całości profesji lekarskiej na całość społeczeństwa definiującego w powszechnej debacie dobro pacjenta i normy służące jego realizacji. Początkiem tego procesu było postawienie w centralnym miejscu zasad etyki medycznej pryncypium poszanowania autonomii pacjenta.

Protagonisci radykalnej wizji rewolucji bioetycznej negują uprawnienia członków profesji lekarskiej do ustanawiania etycznych norm postępowania i postulują całkowite rozpuszczenie etyki medycznej, łącznie z kodeksami, w bioetyce.

Zwolennicy łagodniejszego ujmowania rewolucji bioetycznej, do których i ja należę, redukują profesjonalną refleksję etyczną do zbioru krótkich zasad będących odpowiednikami *Przy-*

sięgi Hipokratesa. Powinny one zawierać przede wszystkim podstawowe normy etosu ustalane w społecznej debacie z udziałem medyków. Adept medycyny wchodzi w profesję poświadczając dobrowolnym ślubowaniem posłuszeństwo tym normom. Złożenie ślubowania jest także deklaracją wierności powołaniu. Tak pojmowana etyka lekarska ma do spełnienia dwie komplementarne funkcje:

- przypomina lekarzom etyczne standardy wykonywania profesji, co sprzyja zachowaniu integralności moralnej medyków,
- wzmacnia społeczne zaufanie do profesji.

Bliski naszkicowanemu modelowi etyki lekarskiej właściwemu dobie bioetyki jest aktualny *Kodeks etyki medycznej* Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego. Natomiast *Kodeks Etyki Lekarskiej* obowiązujący w Polsce stanowi już w dużej mierze anachroniczną, dysfunkcjonalną i mało przydatną w dydaktyce, rozbudowaną i deontologicznie eklektyczną mieszankę przepisów różnej rangi, w większości jednakże traktowanych przez ich autorów jak prawa-prawdy moralne.

Kazimierz Szewczyk
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
bioethos@poczta.onet.pl

REKLAMA

Polskie Towarzystwo
Kardiologiczne



Organizatorzy:

oraz



MIASTO STOŁECZNE WARSZAWA



Zdrowa rodzina to zdrowe społeczeństwo!

www.dzienserca.com.pl

- Skorzystaj z bezpłatnych badań profilaktycznych: POMIAR CIŚNIENIA, CHOLESTEROLU, GLUKOZY, OCENA WSKAŹNIKA MASY CIAŁA, EKG, ECHO SERCA.
- Wysłuchaj koncertu: KASI CERKEWICKIEJ
- Zabierz dziecko do miasteczka zabaw.

Główny Sponsor Medyczny:



Sponsor:



Sponsor Nagród:



REKLAMA

Partacze i firmantki

Partacze byli zaklą zawodu dentystycznego. W dawnych czasach, kiedy zawód ten raczkował – rekrutowali się z wiejskich kowali i balwierzy, których ubocznym zajęciem było rwanie zębów. Wtedy pojęcie partacza jeszcze nie istniało. Pojawiło się wraz z zawodem dentysty i lekarza dentysty.

Partacz podszywał się pod jego zawód, utrzymywał, że posiada odpowiednie wykształcenie i umiejętności, często używał samowolnie nie należnego mu tytułu. W czasach współczesnych, dokładniej po I wojnie światowej, kiedy zawód lekarza dentysty zaczął być w Polsce licencjonowany, a kwalifikacje jego wykonawców sprawdzane, samodzielne ambicje zawodowe zaczęło przejawiać wielu techników dentystycznych.

Technikami, we współczesnym rozumieniu, byli tylko z nazwy, bo nie kończyli szkół średnich o specjalności techniczno-dentystycznej. Rekrutowali się spośród pomocy dentystycznych, odbywali więc przygotowanie zawodowe podobne do wstępnego przygotowania rzemieślniczego. Rzemieślnikami jednak nie byli, ponieważ nie przechodzili procesu nauki, terminowania i wyzwania na czeladników. Nie będąc nawet czeladnikami, stawali się mistrzami. Nie mając matur ani dyplomów zawodowych – wykonywali często prace, do których upoważnieni byli tylko kwalifikowani dentyści, lekarze dentyści.

Poruszamy się po obszarze, na którym pojęcia te nie funkcjonowały ostro. Trzeba bowiem przypomnieć, że przed rokiem 1914 w Rosji, a więc także na terenach polskich pozostających pod zaborem rosyjskim, kwalifikacje dentysty można było zdobyć w prywatnych szkołach o randze gubernialnej. Szkoły ta-

kie istniały także w Warszawie. Dopiero porządkowanie prawa w Polsce niepodległej, podjęte w 1919 r., zobowiązało dentystów „typu rosyjskiego” do potwierdzania wiedzy i umiejętności przed komisjami uniwersyteckimi.

Rozporządzeniem z kwietnia 1919 r. Ministerstwo Zdrowia Publicznego zobowiązywało lekarzy powiatowych do weryfikacji uprawnień ludzi wykonujących zawód lekarza dentysty. W przypadku absolwentów wydziałów lekarskich uniwersytetów weryfikacja nie nastręczała trudności. Większość praktykujących stanowili jednak absolwenci 2-letnich prywatnych szkół dentystycznych, do których przyjmowano bez dyplomu maturalnego. Ci powinni mieć potwierdzenia swego wykształcenia otrzymane przed komisjami uniwersyteckimi. Była jednak wojna, komisje uniwersyteckie nie pracowały, a absolwenci prywatnych szkół dentystycznych wykonywali swój zawód.

Oni stanowili na początku II Rzeczypospolitej podstawową kadrę partaczy. Ministerstwo Zdrowia Publicznego rozporządzeniem z kwietnia 1919 r. zobowiązało ich do uzupełnienia kwalifikacji. Był to jednak proces długotrwały, w którym istotną rolę odegrały kursy uzupełniające w Państwowym Instytucie Dentystycznym, i który zakończy się dopiero po 10 latach rozporządzeniem o weryfikacji lekarzy dentystów.

Pod koniec lat dwudziestych Antoni Cieszyński, reasumując osiągnięcia

PID-u, zaliczy do nich uzupełnienie wykształcenia i przygotowanie zawodowe absolwentów prywatnych szkół dentystycznych z czasów carskich.

Administracja polskiej służby zdrowia uporała się z ich problemem chyba łatwiej niż z technikami dentystycznymi. Technicy działali poza oficjalną dentystyczną służbą zdrowia, na ogół nie rejestrowali swojej działalności, a więc ich gabinety nie podlegały kontroli ministerstw zdrowia i spraw wewnętrznych. Porządkowanie uprawnień zawodowych w służbie zdrowia, a to było prowadzone konsekwentnie – odkryło istnienie niby lekarzy dentystów, którzy nie mieli żadnego formalnego przygotowania zawodowego, poza tym że kiedyś pomagali innym kwalifikowanym (lub nie kwalifikowanym) lekarzom dentystom.

Środowisko lekarzy dentystów bardzo zdecydowanie żądało pozbawienia tych ludzi możliwości uprawiania zawodu. Mnożyły się publikacje prasowe o szkodach zdrowotnych, jakie przynosi ich działalność. Pojawiły się memoriały i petycje z żądaniem sankcji wobec opornych techników, których już wtedy powszechnie nazywano partaczami.

W opresji, w jakiej znaleźli się partacze, pojawili się firmanci, a zwłaszcza firmantki, a więc ludzie wykształceni i wykwalifikowani, którzy używali swoich gabinetów i swoich sztyldów do praktyk partackich.



Tamę tym praktykom stawiały rozporządzenie Prezydenta RP o wykonywaniu praktyki dentystycznej z 20 czerwca 1927 r. oraz dokładniejsze rozporządzenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Służba Zdrowia podlegała MSW), które precyzowało postanowienia rozporządzenia prezydenckiego. Rozporządzenia te obrócone były przeciwko nierzetelnym lekarzom dentystom.

Sankcje karne (pozbawienie prawa wykonywania czynności zawodowych od kilku miesięcy do dwóch lat) winny znaleźć zastosowanie przede wszystkim do osób dających swą firmę partaczom lekarskim względnie techniczno-dentystycznym oraz do zatrudniających w swych gabinetach nieuprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, względnie techniczno-dentystycznej osoby.

Życie było jednak bogatsze, a firmantki bardziej pomysłowe od surowych rozporządzeń. „Kronika Dentystyczna” z początków 1932 r. odnotowuje:

Do jednego z tutejszych techników dentystycznych zwróciła się niejaka pani N., proponując mu udzielenie „firmy” i „dyplomu” za 100 zł miesięcznie. Osoba ta, absolwentka PID, stwierdza, że sama pracować nie będzie, bo nie umie. Owa amatorka łatwego zarobku nie zajmowała się wcale praktyką zawodową. Obecnie, wobec zmienionych warunków materialnych małżonka, chce znowu przyklepić się do dentystyki i gdzieś się „douceć”.

Postępowanie to jest niczym wobec innego, ujawnionego przez „Kronikę Dentystyczną” faktu. Korespon-

dent, sam lekarz dentysta, prenumerator pisma, pisze o karygodnym zachowaniu jednej ze swoich koleżanek, lekarek dentystek.

Niektóre z naszych koleżanek same rozmyślnie degradują się ze swej pozycji społecznej i wychodzą coraz częściej za mąż za techników dentystycznych, ludzi po większej części, zwłaszcza w obecnej dobie, jak i pod względem społecznym, wykształcenia, jak i pod względem intelektualnym stojących na znacznie niższym poziomie. Postępowanie takie godzi, oczywiście, w powagę i honor całego stanu lekarsko-dentystycznego, bowiem w oczach szerokiej sfery publiczności zaciera najzupełniej różnicę między pojęciem lekarza dentysty, jako człowieka posiadającego wyższe studia, a pojęciem technika dentystycznego, jako osobnika, stojącego przeważnie na znacznie niższym poziomie kulturalnym.

Można się, niestety, domyślać, że autor tej korespondencji kierował się zażdrością o kobietę, a nie wyższym interesem stanu lekarsko-dentystycznego. Pozostała część refleksji obrazuje jednak rzeczywiste zachowania firmantek.

O ile godne napiętnowania są te wypadki, w których nasze koleżanki nie zawały się udzielać swoich firm technikom dentystycznym i dały się wynająć. To o ileż więcej smutne i poniżające są fakty zamążpójścia naszych koleżanek za techników.

Problemy partaczy i firmantek istniały i dzieliły środowiska lekarzy dentystów. Społeczności lekarsko-dentystyczne nie miały instrumentów do samodzielnego oczyszczenia się z tych nieprawidłowości. Lekarzom możliwość taką stwarzały izby lekarskie, które były powołane m.in. do strzeżenia zachowań etycznych wewnątrz środowiska. Lekarze dentyści do 1938 r. własnego samorządu nie posiadali. Musieli więc liczyć na oczyszczające działania administracji.

Administracja służby zdrowia w zakresie dentystyki nie działała pośpiesznie, ale jednak skutecznie. Najpierw wyegzekwowała ukończenie studiów od absolwentów rosyjskich prywatnych szkół dentystycznych, a następnie, w 1931 r. dokonała weryfikacji dyplomów ludzi uprawiających ten zawód. Po raz pierwszy po wojnie zakwestionowano uprawnienia kilkuset osób, a po weryfikacji liczba lekarzy dentystów w Polsce spadła o 256 osób.

Z. W.

REKLAMA REKLAMA

Kosmogonia nowotworów według Lema

Zastanawia nas jak powstał świat, w którym żyjemy – makrokosmos. Swoją uwagę kierujemy też na życie pojedynczych komórek, które w wyniku mutacji przechodzą transformację złośliwą i rozrastają się w nowotworowe klony. Pojawiają się pytania, które dotyczą owego mikrokosmosu, jakim jest pojedyncza komórka czy tkanka. Kosmogonia to historia powstania świata. Czy nowotwory też mają swoją kosmogonię podobnie jak ludzie? Na to pytanie starał się odpowiedzieć student ostatniego roku medycyny UJ Stanisław Lem, późniejszy klasyk literatury science fiction. Owocem jego poszukiwań była publikacja artykułu pt. „Etiologia nowotworów”, która ukazała się w „Polskim Tygodniku Lekarskim” w 1947 r., a więc dokładnie 60 lat temu.

Trudno jest oddać naturę rzeczy nie w pełni poznanych za pomocą środków wyrazu, którymi aktualnie dysponujemy szczególnie, gdy jesteśmy ograniczeni niedostatkami wiedzy na temat tak złożonego zagadnienia jak nowotwory. Trzeba również mieć się na baczności przed naszą wyobraźnią, która przecież może zwiść nas na manowce z dala od naukowej prawdy. W swojej pracy Stanisław Lem opisał podstawowe cechy nowotworu takie jak autonomia wzrostu czy odżywianie guza przez organizm. Niespotykanym atutem dydaktycznym języka Lema są zaskakujące porównania nowotworu do „pasożyta” z uporem zjadającego własny ustrój aż po kres życia człowieka i obumarcia toczącego go raka. Wyróżnił dwie główne grupy czynników nowotworowych: ciała chemiczne i drobnoustroje przesączalne. Przywołał jednocześnie doświadczenia, które polegały na przeszczepianiu komórek nowotworowych lub „wyciągów z komórek nowotworowych”. Podówczas wiadomo było, że spośród substancji rakotwórczych benzopiren powodował raka przy naskórnym stosowaniu, a podawany podskórnie indukował powstanie mięsaka. Pochodne cykloperhydrofenantrenu wywoływały raka piersi w modelu doświadczalnym. Do spowodowania nowotworu przez substancję rakotwórczą niezbędny był jednak czas przynajmniej jednego miesiąca. Jakimś echem prastarych opinii antycznej szkoły metodyków na temat *status strictus* był pogląd Lema przeniesiony z organizmu na jego elemen-

tarną strukturę – komórkę, że białko może znajdować się w stanie naprężenia i napięcia wymagającego nakładu energii, bez której dochodzi do martwiczego rozpadu. Według Stanisława Lema śmierć komórki może być mechanizmem obronnym przed jej przejściem na drogę onkogenezy. Obecnie to zjawisko jest powszechnie znane jako apoptoza, czyli zaprogramowana śmierć komórki, która ma miejsce w guzach nowotworowych.

Przed odkryciem kwasów nukleinowych oraz opisaniem ich struktury nie powinno się wydać naiwnym tłumaczenie, że wirus jest „krystalizującym nukleoproteidem”. Głoszony przez Lema pogląd, że wirus to „zespół powiązanych z drobiną białkową zaczynów i katalizatorów enzymatycznych złożonych” przybliżał współczesnych do odkrycia prawdy o naturze wirusów, które jeszcze wtedy wielu biologów zaliczało do organizmów żywych. Lem posunął się dalej nazywając wirusa „mutantem somatycznym” za Goldschmidtem, według którego „mutacja jest wynikiem zasadniczego przesunięcia w czasoprzestrzennym ukształtowaniu zespołu enzymatycznego, (...) a powstaje dzięki utajonym w genach jądrowych czynnikom organizującym”. Rozprawiając o onkogennym działaniu wirusa Stanisław Lem wnioskował, że jednak nie każdy nowotwór jest powodowany przez wirusa. Współczesnych niezwykle frapował proces integracji wirusa z komórką. Lem posłużył się przykładem brodawczaka Shope’a.

Pierwotnie wirus był związany z komórkami na tyle swobodnie, że można go było wyizolować z tkanki na drodze przesączania. Jednakże gdy doszło do transformacji brodawczaka w raka, wirus nie przechodził już do przesączu komórkowego, ale odczyny serologiczne wskazywały na istnienie wirusa w komórkach złośliwych. Lem tłumaczył to jako „całkowite zlanie się struktury rakotwórczej”, czyli elementem komórkowym. Natomiast za pozytywne odczyny serologiczne miałyby odpowiadać tzw. wywołывacze, które indukowały pro-

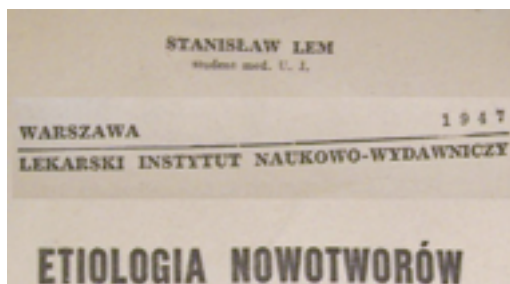
dukcję jadów wirusowych, wydalanych do płynów ustrojowych. Następne lata pokazały, że opisane przez Stanisława Lema zjawiska to integracja wirusa z genomem komórki gospodarza i ekspresja antygenowych białek wirusowych, wobec których generowane są przeciwciała. Brak tworzenia się nowych wirionów można tłumaczyć utratą wirulencji przez wirusa, który ściśle zintegrował się z genomem komórki gospodarza.

Stanisław Lem uważał także, że samo zapalenie usposabia do onkogenezy, ponieważ „przedstawia ono nader podatny grunt do wszelkiego rodzaju wybryków natury”. Ponadto postrzegał raka jako *malum necessarium* na pewnym etapie ewolucji organizmów wielokomórkowych. Zgodził się, że zdolność do przerzutowania wzrasta wraz ze spadkiem różnicowania morfologicznego raka. Stanisław Lem zwalczał pogląd, że nowotwory wywodzą się z tkanek zarodkowych ze względu na dużą rozrodczość komórek nowotworowych. Wskazywał kierunek odwrotny, który przeważał obecnie. Mianowicie głosił, że nowotwory nie pochodzą z konkretnych tkanek, ale różnicują się w kierunku poszczególnych tkanek nabywając cech morfologicznych przypominających tkankę na różnym stopniu dojrzałości lub tkankę zarodkową.

Swój artykuł uwieńczył Lem stwierdzeniem, że nowotwór jest „obłędem tkanki somatycznej” rozumianym jako takie przestrojenie funkcji i struktury tkanki ustrojowej, które nasuwa wątpliwości co do jego celowości, ale nie jest śmiertelne dla zmienionej nowotworowo komórki. Wiele ze spostrzeżeń Stanisława Lema znalazło po dziesiątkach lat naukowe potwierdzenie przy zastosowaniu nowoczesnych technik badawczych.

Andrzej Wincewicz, Stanisław Sulkowski
Samodzielna Pracownia Historii Medycyny
i Farmacji AM w Białymstoku

Na podstawie „Etiologii nowotworów” autorstwa Stanisława Lema, „Polski Tygodnik Lekarski” 1947. R. II, nr 4.



Karta tytułowa „Etiologia nowotworów” autorstwa Stanisława Lema z 1947 r. Z podziękowaniem dr. Krzysztofowi Bardadinowi za udostępnienie publikacji.

Grande Fête du Sport

W zimnym kraju gorącego słońca

Tegoroczne XXVIII Mistrzostwa Świata Medyków (World Medical Health Games) odbyły się po raz drugi w Afryce.

Ponownie gospodarzem mistrzostw zostało Maroko, nazywane „zimnym krajem gorącego słońca”, a miejscem zawodów znany atlantycki kurort Agadir. Dla organizatorów fakt powierzenia prowadzenia lekarskich igrzysk, to wielkie wyróżnienie, ale zarazem odpowiedzialność za bezpieczeństwo uczestników, co w tym rejonie świata ma szczególne znaczenie.



Najpierw była parada...



B. Orawiec z prezes WMHG

I choć władze państwa i miasta oraz organizatorzy bezpieczeństwo zapewnili, to jednak frekwencja na WMHG była najniższa w ostatnich latach i dała się zauważyć zwłaszcza skromna obecność Amerykanów, Brytyjczyków oraz krajów

politycznych sojuszników USA. Jednym z nielicznych uczestników zza wielkiej wody był prezes Polskiego Związku Lekarzy z Chicago Bronisław Orawiec, rywalizujący tradycyjnie w tenisie ziemnym.

Oprócz politycznych aspektów na mniejszą liczbę uczestników miał wpływ wysoki koszt transportu do Agadiru. Nie umniejsza to sukcesów sportowców, którzy rywalizowali w ponad 20 dyscyplinach i kilkadziesiąciu konkurencjach. Nasi sportowcy medycy podtrzymałi doskonałą formę z lat ubiegłych i powrócili do kraju z pożądaną liczbą medali. Nieobecnych w Maroku naszych etatowych medalistów z powodzeniem zastąpili debiutanci. I tak lekkoatleci poprawili zeszłoroczny dorobek (32 medale) zdobywając ich 37, w tym 11 złotych, 12 srebrnych i 14 brązowych. Aż 13 meda-



Jacek Łabudzki (nr 156)

li zdobyła debiutująca w mistrzostwach świata Halinka Wróbel, startująca w najmłodszej kategorii – złoto w biegach na 200, 400 i 800 m; srebro w biegach na 100, 3000 m, dysku, oszczepie, kuli, skoku w dal oraz brąz na 1500 m, pięcioboju oraz w sztafecie 4 x 100 m razem z Miską Przyłuską i Ewą Zimną-Walendzik.

Równie imponująco zadebiutował internista Jacek Gołębiowski, kier. Izby Przyjęć w Szpit. MSWiA w Łodzi, były reprezentant Polski juniorów w skoku w dal, zdobywając w kategorii D 4 złote medale w skokach wzwyż i w dal, w pięcioboju (deklasując młodszych rywali) i w piłce siatkowej oraz 3 brązowe; w kuli, biegach na 100 i 200 m. W tej samej kat. wiekowej Ryszard Siwek, chirurg dziecięcy z Lublina, zdobył złoto w rzucie oszczepem, srebrno w biegu na 800 m oraz 3 medale brązowe: w skokach wzwyż i w dal oraz rzucie dyskiem.

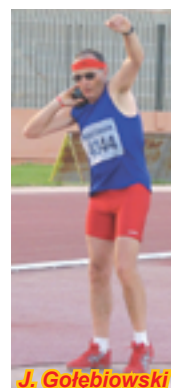
Podobnie jak w roku ubiegłym z 7 medalami wrócił do Sandomierza pediatra Jacek Łabudzki: z 3 złotymi (biegi na 800 m, 5 km i cross-country), 2 srebrnymi (1500 m i półmaraton), 2 brązowymi (200 m i rzut oszczepem).

Dwa medale dołożył na stadionie krakowski siłacz Jurek Starzyk (złoto w rzucie dyskiem i srebro w pchnięciu kulą). Jurek, dr hab. n. med., jest od 2001 r. kier. Klin. Endokrynologii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum UJ w Polsko-Amerykańskim Inst. Pediatrii w Krakowie, w latach siedemdziesiątych był członkiem kadry narodowej juniorów w sportach obronnych, a obecnie, pod okiem trenera i przyjaciela Kazimierza Rusina koryguje technikę i wytrzymałość. W Maroku pobił swój zeszłoroczny rekord w trójbój siłowym (558 kg, 351 pkt) nokautując rywali we wszystkich kategoriach.

Dorobek lekkoatletów uzupełniła najwszechstronniejsza polska lekarka Miśka



Jurek Starzyk



J. Gołębiowski

Przyłuska, szczeciński anestezjolog, dwoma srebrnymi medalami w dysku i kuli oraz brązem w rzucie oszczepem i sztafecie 4 x 100 m pań. Na pływalni zdobyła złoty medal na 100 m stylem klasycznym oraz w sztafecie 4 x 50 m stylem dowolnym. Największym wyczynem Miśki jest srebrny medal w triathlonie, morderczej konkurencji, w której przepłynięcie 1500 m, 40 km jazdy na rowerze i 10 km biegu w 40-stopniowym upale wydaje się być nieosiągalne.

Prawdziwym strzałem w dziesiątkę był debiut na mistrzostwach dr n. med. stomatolog Ewy Zimna-Walendzik, za sprawą 10 medali, w tym aż 6 złotych. Ewa, starszy wykładowca Katedry Higieny i Epidemiologii UM w Łodzi, jest byłą mistrzynią Polski i zawodniczką łódzkiego klubu „Anilana”. W Maroku wypływała złoto w stylu dowolnym na 100, 400, 800 m, 50 m delfinem, 100 m klasycznym, 200 m zmiennym; srebro 50 m grzbietowym i w szta-



Ewa Zimna-Walendzik

fecie 5 x 50 m, uzupełniając swój medalowy dorobek na stadionie brązowymi medalami; w rzucie dyskiem i wspomnianej poprzednio sztafecie 4 x 100 m.

Również na pływalni świetnie zadebiutował lubelski radiolog Mirosław Szylejko zdobywając złoto na 100 m st. klasycznym oraz 2 srebrne medale (50 m st. motylkowym i 400 m st. dowolnym).

Bardzo ucieszył złoty medal w kolarstwie górskim weterana WMHG, górala z Koniakowa, lek. rodzinny Janusza Lewandowskiego, uzupełniający kolekcję medali brązowych i srebrnych z lat ubiegłych. Blisko podium był Janusz na stadionie zajmując 4 miejsce w biegu na 5000 m i piąte w rzucie dyskiem.

Dwa srebrne medale zdobyli nasi badmintoniści. Debiutujący na mistrzostwach białostocki radiolog Andrzej Lewszuk w kategorii B był bardzo blisko zdobycia złotego medalu. Jego przegrany pojedynek finałowy z Niemcem Uwe-Arturem Richtem był ozdobą zawodów. Andrzej był dobrym duchem naszej ekipy i autorem medali w sportach drużynowych: piłce no-



Miśka Przyłuska i J. Lewandowski

nej i siatkowej. Drugi medal srebrny zdobył w kategorii C Krzysztof Makuch powtarzając swój sukces z 2004 r. z Garmisch-Partenkirchen. W tenisie stołowym bohaterem naszej ekipy był Grzegorz Winkiel, ginekolog z Obornik Śląskich, który zdobył złoty medal w grze pojedynczej w kategorii C oraz medal srebrny w grze deblowej wraz z drugim ginekologiem Krzysztofem Makuchem. Blisko medalu i powtórzenia zeszłorocznego



Grzegorz Winkiel

sukcesu była w grze mieszanej żona Grzegorza Ewa. Grzegorz dodatkowo zdobył drugi złoty medal w siatkarskiej drużynie. W rozgrywanym po dłuższej przerwie na WMHG squaszu medal srebrny zdobył Krzysztof Makuch.

Najwięcej emocji na mistrzostwach dostarczają gry zespołowe. I choć, jak wspomniałem, frekwencja była wyraźnie mniejsza niż w latach poprzednich (nie odbył się turniej koszykówki, a losy turnieju piłki siatkowej ważyły się do ostatniej chwili), na marokańskich boiskach nie zabrakło sportowej zaciekleści i dramaturgii. W piłce nożnej rozegrano turnieje w kategorii seniorów, drużyn 11-osobowych i piłkarskich szóstek.

Spektakularny sukces odnieśli białostoccy piłkarze zdobywając brązowy medal w drużynie jedenastoosobowej (po raz pierwszy dla Polski), poprawiając zeszłoroczne 8 miejsce z Monacatini. W drużynie wystąpili Leszek Magnuszewski, Jacek Zalewski, Tomasz Klemensowicz, Marek Ostaszewski, Adam Rećko, Grzegorz Rakowski, Krzysztof Kochanowski, Rafał Romanowicz, Wojtek Kucharski, Bartłomiej Fuks, Andrzej Bielawski, Krzysztof Kiercul, Abdelrazek Saeid – kapitan, Andrzej Lewszuk. Mistrzami Świata została drużyna włoska, a wicemistrzami hiszpańska.

W piłkarskich szóstkach 8 miejsce zajęła drużyna z Krakowa. Do obecnej formy i sukcesów kadry Lozano dostroili się nasi



Zespoły siatkówki i piłki nożnej

siatkarze (drużyna POLMED) zdobywając złoto (w składzie: Janusz Korfel, Andrzej Lewszuk, Aleksander Korfel, Mieczysław Ereminowicz, Adam Jarzembowicz – Białystok, wspomagani przez Krzysztofa Makucha (kapitan), Jacka Gołębiowskiego i Grzegorza Winkiel. Medal srebrny zdobyła drużyna Białystok Medical Team, złożona z drużyny piłkarzy, a medal brązowy przypadł drużynie niemieckiej.

Wiele emocji dostarczył turniej piłki plażowej, który odbywał się w pięknej scenarii centralnej plaży w Agadirze, charakterystycznym dla tej pory upale i licznych kibicach. Po pierwszym dniu eliminacji prowadziła faworyzowana drużyna niemiecka Askepios Birkenwerder po zwycięstwie 2:1 z polską drużyną MED POL, trzecia była druga drużyna niemiecka, a czwarta drużyna z Białegostoku. W piątkowych finałach, po wyeliminowaniu drużyn algierskiej i francuskiej, o medale tradycyjnie walczyły drużyny polskie z niemieckimi. I tym razem losy się odwróciły.

Najpierw białostoczanin Andrzej Lewszuk, Adam Jarzembowicz i Mieczysław Ereminowicz pokonali Niemców zdobywając brąz. W finale po wygranym pierwszym secie przez naszą drużynę i przegranym drugim o złotym medalu decydował tiebreak. Tym razem dynamiczne ataki juniora Aleksandra Korfla, solidne bloki i poprawne odbiory piłki jego ojca białostockiego endokrynologa Janusza, przy rozegraniu Krzysztofa Makucha okazały się skuteczne na pewnych sukcesu Niemców.



Siatkówka plażowa

Dla Aleksandra, który śladami ojca studiował medycynę w Niemczech, to pewnie nie ostatni medal. Dla jego partnerów pamiętających i grających w czasach Huberta Wagnera to życiowy sukces porównywalny do złota lubelskich plażowiczów sprzed 6 lat na WMHG na Węgrzech.

Dla polskich lekarzy marokańskie mistrzostwa zakończyły się wielkim sportowym sukcesem. Agadir, popularna miejscowość turystyczna odbudowana od podstaw po trzęsieniu ziemi w 1960 r. jest nowoczesnym kurortem, w którym wypoczywa wielu Polaków. Życzliwe nastawienie mieszkańców, oprócz sportowych sukcesów, pozostanie w pamięci uczestników XXVIII Mistrzostw Świata. Dla tych, którym nie udało się dotrzeć do Maroka, najbliższe już V Igrzyska Lekarskie w Zakopanem będą okazją wielkiej sportowej rywalizacji z medalistami z Agadiru.

Krzysztof Makuch

Bieszczady OMEGA w Szczecinie

Na przełomie lipca i sierpnia z udziałem 140 osób z całej Polski odbył się kolejny Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2007”. Ponownie miejscem biwakowania było Muczne, uroczą miejscowość położoną na uboczu głównych tras turystycznych.

Większość uczestników przybywa na rajd z całymi rodzinami i przyjaciółmi. Niektórzy mogli pozostać w Mucznej tylko kilka dni, ale to również wystarczyło, aby odpocząć i wspaniale się bawić. W tym roku czekało na nas kilka niespodzianek: nowi właściciele hotelu, przy którym biwakowaliśmy, mały warchlaczek, który towarzyszył nam przez cały turnus (dzieciaki nazwały go Franek) oraz piękna pogoda. Tylko dwa dni padało, co jak na bieszczadzkie warunki jest bardzo dobrym wynikiem. Mogliśmy więc korzystać z kąpeli w strumyku, Sanie oraz słonecznych – na bieszczadzskich szlakach.

Organizatorzy zapewnili mnóstwo atrakcji. Począwszy od integracyjnego grilla, zorganizowanych wyjść w góry pod opieką pana Michała Chruściela, zawodów sportowych oraz wieczorków.

Odbyły się więc turnieje piłki siatkowej, paintballa, tenisa stołowego i bilarda. Konkurencja była bardzo silna, a niektórzy zawodnicy przez rok trenowali formę i obmyślali strategię. Dla osób z artystycznym zacięciem były dwa konkursy: fotograficzny oraz rysunkowy – dla najmłodszych rajdowiczów. Tutaj także poziom rywalizacji był bardzo wysoki. Wieczorami mieliśmy okazję wysłuchać ciekawych opowieści o bieszczadzkiej przyrodzie i zwierzętach, wziąć udział w konkursie „Jaka to melodia rajdowa” zakończonym zbiorowym śpiewaniem do bardzo późnych godzin.

Na zakończenie rajdu mieliśmy okazję wysłuchać występu zespołu „Wołosatki”, a później potać się przy dźwiękach znakomitej kapeli.

Agnieszka Tomaka

W dn. 15-17 czerwca odbyły się w Szczecinie po raz czwarty Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby Lekarskiej w Żeglarskiej w Klasie Omega.

Organizatorem była Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie pod przewodnictwem kol. M. Mrożewskiego, przy współudziale Jacht Klubu AZS Szczecin z komandorem W. Zdrojwskim, kpt. żeg. jacht. Miejscem zakwaterowania uczestników był Camping Marina PTTK, natomiast same zawody odbyły się na akwenie jeziora Dąbskie.

Ze względu na sytuację w służbie zdrowia kilka załóg w ostatniej chwili zmieniało skład, kilka też odwołało uczestnictwo.

Zawody odbywały się systemem przesiadkowym z każdorazowym losowaniem łódek. Pierwszego dnia pogoda plażowa z małymi szkwalikami taka, że co po niektórzy gotowi byli o zgrozo gwizdać na jachcie, aby chociaż trochę powiało. Jachty snuły się ruchem posuwistym, a jezioro Dąbskie przypominało stawek w Kopydłowie. Jednak to tylko pozory i następnego dnia nasze Dąbskie pokazało łwi pazur. Rano pokropiło solidnie deszczem, dmuchnęło wiatrem i zahuściło „krótką falą” w porywach powyżej 6 w skali Boufорта. Tym samym warunki do żeglugi okazały się średnio-trudne. Dla kolegów z zaprzyjaźnionej Izby Warmińsko-Mazurskiej nawet nieco trudne, gdyż po zablokowaniu szotów grota zrobili niekontrolowany zwrot przez sztag, sprawdzając tym samym ciepłotę wody w jeziorze. Akcja ratunkowa przebiegła sprawnie – lekko przemoczonych kolegów asekurowała łódź Policji Wodnej. Poza niewielkimi przygodami, jak próba przebalastowania przy wyjściu z mariny AZS przez załogę z Torunia czy jak urwany rumpel przez załogę z Wojskowej Izby Lekarskiej, reszta załóg radziła sobie dobrze. W niedzielę odbyły się biegi finałowe. Mimo zmiennej pogody, przeprowadzono zawody zgodnie z planem. Duch walki i zacię-

tość rywalizacji były przyczyną, że do końca ważyły się losy pierwszych miejsc.

Mistrzostwa przebiegały w sportowej atmosferze. Nad zgodnością z przepisami żeglarskimi czuwali sędziowie-członkowie Jacht Klubu AZS. Na wodzie o bezpieczeństwo żeglarzy uczestników regat dbały łodzie patrolowe Policji Wodnej oraz K. Cinzer, który przez trzy dni prawie nie schodził ze swojej motorówki. Natomiast o małe co nie co dla ducha zadbał nasz kol. Z. Hamerlak przygotowując dla uczestników regat najróżniejsze niespodzianki w czasie wolnym od ścigania się na wodzie. Nad całością starała się skutecznie panować kol. H Teodorczyk, *spiritus movens* całego przedsięwzięcia.

Zatem, Koleżanki Żeglarki i Koledzy Żeglarze! Zapraszamy do uczestnictwa w następnych regatach. Do spotkania za rok. Ahoj przygodo!

H. Teodorczyk, H. Ey-Chmielewska

Wyniki: 1. Jarosław Gołębiowski (sternik), Paweł Studnicki, Sebastian Kwiatkowski (OIL w Szczecinie); 2. Paweł Sułowski (st.), Kacper Koryna, Andrzej Sułowski (OIL w Łodzi); 3. Maciej Lewandowski (st.), Mirosław Halczak, Marcin Śledź (OIL w Szczecinie); 4. Jacek Madejski (st.), Jacek Węglarz, Grażyna Cader-Ziółkowska (ŚIL); 5. Paweł Rawski (st.), Maciej Szwałkiewicz, Radosław Turowski (OIL w Szczecinie); 6. Przemysław Plawecki (st.), Jakub Łodziana, Bogusław Plawecki (B-BIL); 7. Adam Gąsiorowski (st.), Urszula Białach, Paweł Lis (DIL); 8. Stanisław Danieluk (st.), Zbigniew Gugnowski, Waldemar Krupa (W-MIL); 9. Sylwester Pikor (st.), Anna Adamska, Andrzej Operacz (OIL Opole); 10. Mariusz Kaczmarski (st.), Jarosław Szolomicki, Mateusz Kaczmarski (OIL w Koszalinie); 11. Piotr Sałapa (st.), Anna Hajduk, Robert Narolewski (OIL w Szczecinie); 12. Piotr Świniński (st.), Jacek Hańcz, Bartosz Krakowiak (WIL); 13. Mariusz Szczepański (st.), Stanisław Adamowicz, Roman Żuralski (W-MIL); 14. Edmund Woźniak (st.), Leopold Gibbs, Paweł Kozakiewicz (K-PIL).



Mistrzowski debiut

Już po raz piąty na gościnnym akwenie Elektrowni Łaziska rywalizowali lekarze o medale Mistrzostw Polski w Wędkarstwie Sławikowym.

Utytułowanych wędkarzy pokonał debiutant Maciej Cyl, chirurg stomatolog z Łodzi.

Tym razem sportową rywalizację utrudniła pogoda – przenikliwy deszcz oraz burza. Nie przeszkodziły one jednak w sportowej atmosferze, co podkreślił Alfred Sameta, wielokrotny reprezentant Polski w wędkarstwie sławikowym, gdański mikrobiolog, autor wielu książek o wędkarstwie. Zdaniem legendy polskiego wędkarstwa szczególnie cieszył stosunek młodszych kolegów do seniorów, pomagających w trudnych warunkach na łowisku oraz uśmiech na



twarzach zawodników, co daje nadzieję na powołanie podobnie jak w innych krajach Klubu Lekarzy Wędkarzy.

W składających się z dwóch tur zawodach zostało ostatecznie sklasyfikowanych 8 zawodników. Złoty debiutant z Łodzi pokonał nie tylko arcymistrza Alfreda Sametę, ale również mistrzów z poprzednich lat: Andrzeja Kazka i Krzysztofa Charęzińskiego (którego pomoc i rady pomogły Maćkowi w zwycięstwie). Maciek wędkuje od 35 lat biorąc przykład ze swojego taty, głównie w starorzeczu Narwi w okolicach Łomży, a jego ulubioną rybą i sportowym „rywalem” jest lin (ryba kapryśna, ale waleczna i sprytna).

Medal srebrny zdobył częstochowski kardiolog Piotr Muskała i jest to już jego 4 medal w historii sławikowych MPL. Piotr jest od 1966 r. członkiem Polskiego Związku Wędkarskiego, a jego ulubioną formą łowienia jest sztuczna mucha.

Wyniki – (pkt) 1. Maciej Cyl (6); 2. Piotr Muskała (7); 3. Krzysztof Kuta (8); 4. Andrzej Kazek (8); 5. Krzysztof Charęziński (9); 6. Klaudiusz Komor (19); 7. Witold Majewski (19); 8. Grzegorz Kołodziej (24).

Dużą radość sprawił medal brązowy Krzysztofa Kuty, anestezjologa, specjalisty medycyny ratunkowej z Łęczycy. Krzysiek startuje od początku w Łaziskach i uchodził za największego pechowca z racji zajmowanych miejsc tuż za podium. Jego 40-letnie wędkowanie dało drugi po zdobytym w 2004 r. w spinningu lekarski medal.

Wszyscy uczestnicy otrzymali pamiątkowe nagrody, a medaliści okazały puchary. Prestiżowa nagroda za największą rybę

przypadła Piotrkowi Muskale, a pierwsze miejsce dla osób towarzyszących lekarzom Arkadiuszowi Pasternakowi.

Nie byłoby sukcesu tej udanej imprezy bez zaangażowania Klaudiusza Komora z Bielska-Białej oraz niezawodnego gospodarza wiceprezesa Fundacji Energetyk Marka Gralca, który otrzymał pamiątkowy puchar BIL z okazji 90-lecia Elektrowni Łaziska.

Krzysztof Makuch



Tenis ziemny w Olsztynie

W dn. 6-10 czerwca br. rozegrano XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym w Olsztynie. Tutaj zrodziła się inicjatywa dr. Zbigniewa Frenszkowskiego o powołaniu Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy.

– Już w pierwszej rundzie sypnęło niespodziankami – mówi Krzysztof Migąła, prezes PSTL. – Wielokrotni mistrzowie pożegnali się z turniejem. Wszyscy uczestnicy wykazali się wspaniałą kondycją. Graliśmy w upale ponad 30-stopniowym. Wspaniała technika tenisowa poszczególnych kolegów wprawiała w zachwyt licznie zgromadzoną publiczność. Należymy przecież do ścisłej światowej czołówki tenisa lekarskiego.

Klasą dla siebie byli zwycięzcy gry singlowej i deblowej Agnieszka Widziszowska i Wojtek Pietrzak. Forma mistrzów przed mistrzostwami świata w San Diego napawa optymizmem – komentuje prezes Migąła.

WYNIKI – Panie – kat. do 45 lat: 1. Agnieszka Widziszowska, 2. Anna Balicka, 3. Joanna Szafranek i Anna Sabok; **kat. pow. 45 lat:** 1. Bożenna Kędzierska, 2. Renata Banaś-Samson, 3. Elżbieta Warzecha; **deble open:** 1. Widziszowska – Sabok, 2. Warzecha – Balicka, 3. Kędzierska – Banaś –Samson i Michałowska-Borowa; **Panowie – kat. open:** 1. Andrzej Pyda, 2. Mikołaj Allecon, 3. Marcin Krywiak i Dominik Chodura; **kat. 35+:** 1. Wojciech Wawrzynek, 2. Piotr Gomuła, 3. Jacek Kowal i Krystian Zwirbulis; **kat.45+:** 1. Wojciech Pietrzak, 2. Marcin Wroński, 3. Sławomir Stawicki i Marek Pudełko; **kat.50+:** 1. Zdzisław Hrynkiewicz, 2. Andrzej Chmura, 3. Bogusław Rataj i Stanisław Siemiątkowski; **kat.55+:** 1. Zbigniew Cieślak, 2. Krzysztof Migąła, 3. Jerzy Sobel i Roman Olbrycht; **kat.60+:** 1. Ryszard Koczorowski, 2. Janusz Malarski, 3. Jacek Sasin i Józef Szafranek; **kat.65+:** 1. Zdzisław Kroc, 2. Bogdan Solarski, 3. Józef Herman i Ryszard Urbanowicz; **kat.70+:** 1. Stanisław Kaczmarski, 2. Bogdan Ostapowicz, 3. Zygmunt Przybylski i Zbigniew Frenszkowski; **deble – kat. do 45:** 1. Pietrzak-Krywiak, 2. Wawrzynek-Gomuła, 3. Pyda-Stawicki R. i Semczuk –Ferencz; **kat.45+:** 1. Jasiński–Wroński, 2. Pudełko–Polikowski, 3. Zarod–Hrynkiewicz i Stawicki–Chmura; **kat.55+:** 1. Malarski-Migąła, 2. Smółka–Cieślak, 3. Leonczyk–Obin i Sobel–Koczorowski; **kat. 65+:** 1. Frenszkowski–Urbanowicz, 2. Solarski–Safian, 3. Prokopowicz–Krakowski i Herman–Ostapowicz; **Turniej pocieszenia** wygrał Tomasz Rejniak.

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

VI Mistrzostwa Polski „Medyków” w Strzelectwie Sportowym na które lekarzy, osoby związane z szeroko pojętą medycyną oraz sympatyków służby zdrowia zapraszają Klub Strzelectwa Sportowego „FENIKS” w Węgrowie i Lekarski Klub Strzelecki „Dziwiątka” przy OIL w Warszawie. Zawody odbędą się **20.10.2007 r., o godz. 10.00 na strzelnicy sportowej Klubu Strzelectwa Sportowego „FENIKS” w Węgrowie**. Zawody przeprowadzone zostaną w konwencji open (klasyfikacja wspólna dla kobiet i mężczyzn). Przewiduje się przeprowadzenie następujących konkurencji strzeleckich: pistolet standardowy (małokalibrowy) 20+20+20, pistolet centralnego zapłonu 10+10, karabinek sportowy 20. Warunkiem uczestnictwa jest: a) *dokonanie zgłoszenia: listownie na adres: 07-100 Węgrów, ul. Bohaterów Warszawy 10, telefonicznie: 025-691-73-08, 025-792-45-59, GSM 606-120-892, faksem: 025-691-73-08, e-mailem: radek97 @poczta.fm*; b) wniesienie opłaty startowej na rzecz organizatora w wysokości – 80 zł. W zawodach mogą brać udział zawodnicy dysponujący własną bronią sportową, istnieje możliwość skorzystania z broni organizatora zawodów. Organizatorzy gwarantują dobrą atmosferę towarzyską, znakomite warunki strzeleckie i atrakcyjne nagrody. Możliwość zakwaterowania przed i po zawodach.

Golf – gra popularna

VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie – 22-23 czerwca 2007 r. – Amber Baltic Golf Club, Binowo Park Golf Club

Tegoroczne, rozgrywane na dwóch polach golfowych, mistrzostwa zgromadziły największą jak dotychczas liczbę startujących lekarzy. Cieszyło liczne grono startujących po raz pierwszy zawodników w większej liczbie z Dolnego Śląska. Zjechali się też mistrzowie Polski z lat ubiegłych: dr Ewa Duda z Łodzi i dr Bogumił Zalewski z Warszawy.

Znakomicie przygotowane pole golfowe (organizator: OIL w Szczecinie – Maciej Mrożewski, Andrzej Szmit – Gorzów Wlk.), znośna pogoda, świetne wyniki uzyskane przez kolegów, pozwoliły na stwierdzenie, że zawody zakończyły się pełnym sukcesem. Nagrodzono zdobywców pierwszych miejsc pucharami (nagrody OIL), medalami (przyznane przez NIL), dyplomami, które otrzymali wszyscy uczestnicy zawodów.



Wyniki (tylko pierwsza dziesiątka)

Kategoria netto		Wyniki		ABGC		Wyniki BPGC		SU	MA
L.p.	Nazwisko i imię	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto
1.	Ponto Włodzimierz	95	69	87	67	182	136		
2.	Zalewski Bogumił	106	66	104	73	210	139		
	Śliwiński Artur	88	74	96	86	184	160		
3.	Duda Ewa	107	72	116	88	223	160		
4.	Kleinert Andrzej	112	72	120	89	232	161		
5.	Gwoździewicz Jacek	107	77	109	86	216	163		
6.	Szymczak Jerzy	117	85	103	78	220	163		
7.	Szmit Andrzej	86	80	87	84	173	164		
8.	Kozłowski Maciej	103	79	103	85	206	164		
9.	Hamera Tomasz	114	79	115	87	229	166		
10.	Matuszewski Marek	122	82	115	84	237	166		



Najlepsi, od lewej: R. Paluch, A. Szmit, B. Zalewski, W. Ponto, E. Duda, A. Śliwiński

Kategoria brutto		Wyniki		ABGC		Wyniki BPGC		SU	MA
L.p.	Nazwisko i imię	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto	Brutto	Netto
1.	Szmit Andrzej	86	80	87	84	173	164		
	Ponto Włodzimierz	95	69	87	67	182	136		
2.	Śliwiński Artur	88	74	96	86	184	160		
3.	Paluch Roman	94	85	96	90	190	175		
4.	Kozłowski Maciej	103	79	103	85	206	164		
5.	Zalewski Bogumił	106	66	104	73	210	139		
6.	Gwoździewicz Jacek	107	77	109	86	216	163		
7.	Szymczak Jerzy	117	85	103	78	220	163		
8.	Duda Ewa	107	72	116	88	223	160		
9.	Tomaszek Włodzimierz	118	86	107	82	225	168		
10.	Hamera Tomasz	114	79	115	87	229	166		

tekst i foto Maciej Mrożewski

• **14-15.09.** Krynica-Zdrój. XII Konferencja naukowo-szkoleniowa: **Postępy w ginekologii onkologicznej**. Patronat: konsultant woj. w dziedz. ginekologii onkologicznej doc. dr hab. Zbigniew Kojas. Organizator: ordynator oddz. gin.-poł. Szpitala im. J. Dietla w Krynicy-Zdroju dr Janusz Stettner. Informacje: www.krynica-zdroj.com/konferencja, e-mail: konferencja@krynica-zdroj.com, tel. 0600-559-857

• **8-12.10.** Ośrodek „Transportowiec” w Bielsku-Białej. Kursy na uprawnienia **Inspektora Ochrony Radiologicznej w pracowni RTG** (Dz.U. nr 239/2006, poz. 1737), Testy Specjalistyczne urządzeń RTG. (Dz.U. nr 194/2005, poz. 1625). Informacje: EkoAtom, tel. 601-773-751, tel/faks 065-520-53-87, www.ekoatom.pl

• **10-13.10.** Warszawa-Bielany, ul. Dewajtis 3. Mater Care International zaprasza na Międzynarodową Konferencję: **O poszanowanie dla macierzyństwa i ludzkiego życia w praktyce położniczo-ginekologicznej**. Tematyka: *Miejsce sumienia i odwagi w praktyce położniczo-ginekologicznej. Godność człowieka a ludzka płciowość i płodność. Rozpoznawanie płodności – możliwości zastosowania w diagnostyce i leczeniu (technologia Na Pro). Wrażliwość i zaufanie w relacji lekarz – ginekolog / pacjentka. Poronienie samoistne, czy tak trudno wypełnić oczekiwania pacjentki? Diagnostyka prenatalna – aspekty etyczne i psychologiczne. Opieka paliatywna w perinatologii jako alternatywa wobec eugenicznej aborcji. Powikłania ciąży i porodu, zapobieganie, problemy etyczne. Ku humanizacji położnictwa. Antykoncepcja i ubezpłodnienie, motywacja, następstwa. Aborcja chirurgiczna i farmakologiczna: następstwa psychologiczne, rak piersi. Profilaktyka raka szyjki macicy. O odpowiedzialności lekarza ginekologa: od historii do przyszłości*. Informacje i zgłoszenia: Maria Środoń, m.srodon@wp.pl, tel. + 48 693-876-067, www.matercare.org www.matercare.pl

• **18.10.** Bydgoszcz. Bydgoskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej, Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, Sue Ryder International organizują Zjazd specjalistów **medycyny paliatywnej – Aktualności medycyny paliatywnej**. Pkt. edukac. Opłata: 380 zł za osobę. Informacje: Magdalena Laska, koordynator ds. szkoleń, tel. 052-344-22-26, 0606-661-666, e-mail: info@psmp.pl

• **19-20.10.** Toruń. XIII Ogólnopolska Konferencja **Stomatologiczna. XIII Targi Stomatologiczne EXPODENT 2007, dla lekarzy stomatologów, techników dentystycznych, higienistek stomatologicznych**. Za uczestnictwo w konferencji dla lekarzy 20 pkt. edukac. Informacje: 87-100 Toruń, ul. Prosta 19/7, 056-657-35-05, 653-20-66, tel./faks 056-657-35-06, 0516-037-516, 0506-134-639, e-mail: biuro@andrehtz.neostrada.pl, www.expo-andre.pl

• **20.10.** Kraków. Wydział Ochrony Zdrowia CM UJ oraz Sekcja Alergologiczna PTD zapraszają na Międzynarodowe Sympozjum: **Dermatologia Środowiskowa**. Tematyka: *wyprysk atopowy, alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, pokrzywka, grzybice skóry, kolagenozy oraz zagadnienia współzależności między środowiskiem a chorobami skóry (czynniki biologiczne, fizyczne, chemiczne, społeczne)*. Sympozjum odbędzie się w ramach konferencji „**Biologia Medyczna a Zdrowie Człowieka**”. Możliwość opłaty uczestnictwa w całej konferencji lub wyłącznie w Sympozjum. Za udział w konferencji pkt. edukac. Zniżka 50% dla studentów, lekarzy w trakcie specjalizacji oraz doktorantów. Informacje i streszczenia wykładów na portalu dermatologicznym www.dermatozy.pl

• **26-27.10.** Warszawa. Fundacja Akademia Nowoczesnej Diagnostyki oraz Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej WNoZ AM Warszawa organizują Ogólnopolską Konferencję Naukowo-Szkoleniową: **Diagnostyka chorób autoimmunologicznych, dla lekarzy i diagnostów laboratoryjnych**. Pkt. edukac.: lekarze - 6 pkt., diagności laboratoryjni - 10 pkt. *Również warsztaty autoimmunologiczne (zajęcia praktyczne i panele dyskusyjne)*. Koszt uczestnictwa: 290 zł. Informacje i rezerwacja miejsc: tel./faks: 012-295-01-54; e-mail: fundacja@and.org.pl, www.and.org.pl

• **9-11.11.** Kraków, Novotel Bronowice. VIII Spotkanie Polskiego Klubu **Przepuklinowego**. Informacje: tel. 0604-475-179, www.hernia.pl, www.spotkaniepkp.xt.pl

• **23-24.11.** Łódź. Sekcja Niewydolności Serca PTK zaprasza na Konferencję Sekcji **Niewydolności Serca**. Zgłoszenia: Biuro Organizacyjne Konferencji INTERSERVIS sp. z o.o. 90-537 Łódź, Stefanowskiego 24, tel. 042-637-12-15, 042-637-13-59, faks 042-639-79-80, www.ns.ptkardio.pl, e-mail: nsptkardio@interservis.pl

• **24.11.** Warszawa. CSK MSWiA w Warszawie, przy ul. Wołoskiej 137, organizuje konferencję poświęconą **leczeniu błotami: borowinami w Polsce i błotem wydobywanym z dna jeziora w Eforii (Rumunia)**. W szczególności zapraszamy lekarzy **ortopedów, reumatologów i lekarzy rodzinnych**. 5 pkt. edukac. Zgłoszenia do końca października do CSK MSWiA w Warszawie, na adres: e-mail: malgorzata.karpinska@cskmswia.pl

Krakowskie Centrum Szkoleniowe „KANA-Centrum”. Kursy **medyczne**. Informacje: www.kanacentrum.pl

Medyczne Szkolenia **Podyplomowe** PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2. Kontakt: tel./faks: 032-251-22-64, medycznesympozja@msp-pakt.med.pl, www.msp-pakt.med.pl. Zgłoszenia na kursy i konferencję przyjmowane są telefonicznie bądź mailowo.

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS – kursy: ul. J. Bruna 32, 02-535 Warszawa, tel. 022-646-41-56, kursy@cedus.edu.pl, www.cedus.edu.pl

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**, r. zał. 1993, nr w rej. podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyków DIL: 69-000032-001-0000, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel./faks 071-348-39-66, tel. 0606-350-328, www.usg.webd.pl

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii** – kursy. Zapisy: 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, usg@usg.pisz.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii** – kursy podst. i doskonalące praktycznej ultrasonografii w 2007 i 2008 r. Info: www.usg.com.pl

Kursy **Medyczne** Skolamed. Info: www.szkolenia-medyczne.com.pl. Zgłoszenia: e-mail: medyczne@paiz.com.pl, tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50. Pkty edukac.

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej zaprasza na praktyczne kursy **ultrasonograficzne**: podstawowe i doskonalące. Prawo do pkt. edukac. izby lek. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: tel./faks 061-819-25-00, tel. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie organizuje w roku akademickim 2007/2008 Międzywydziałowe Studia Podyplomowe „Organizacja i Zarządzanie w Ochronie Zdrowia”

Studia podyplomowe są przeznaczone dla osób pełniących lub przygotowujących się do sprawowania funkcji kierowniczych na różnych szczeblach organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej i zróżnicowanych formach opieki, zatrudnionych w sekcjach ekonomiczno-administracyjnych lub zainteresowanych poszerzeniem wiedzy na temat zarządzania opieką zdrowotną.

Studia mają na celu dostarczenie specjalistycznej wiedzy i doskonalenie praktycznych umiejętności z zakresu zarządzania zakładami opieki zdrowotnej.

Studia trwają dwa semestry od października 2007 r. do czerwca 2008 r.

Program obejmuje 240 godzin zajęć dydaktycznych prowadzonych w formie wykładów, ćwiczeń, treningów menedżerskich.

Zajęcia odbywają się w Instytucie Teologicznym w Radomiu.

Opłata za studia wynosi: wpisowe 85 zł, czesne 3200 zł.

Pragniemy nadmienić, że mamy kilkuletnie doświadczenie w organizacji ww. studiów.

Informacje i zapisy: Sekretariat Instytutu Teologicznego UKSW w Radomiu, ul. Młyńska 23/25, 26-612 Radom, tel/faks 048-360-92-78. Sekretariat czynny od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-16.00 (w dniach 30.07.2007 – 5.08.2007 – przerwa urlopową), e-mail: radom@uksw.edu.pl

Drogie Koleżanki, Koledzy! Prosimy o pomoc!

Od wielu lat prowadzimy działalność charytatywną w ramach stowarzyszenia Lekarze Nadziei i Fundacji im. J. Wyzniera (**pomoc chorym na raka**).

Wysyłamy leki hospicjom, szpitalom itp., wymieniając się z centralą w Krakowie.

Jeżeli jedziesz autem z lub do Krakowa, **chcesz i możesz zabrać karton, lub parę kartonów z lekami**, zadzwoń w Warszawie na nr **022-831-90-36**, lub w Krakowie (dr Michalska, **012-633-15-86**). z góry dziękuję!

doc. dr M. Chruścielowa

Zjazdy koleżeńskie

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie, rok 1977

W 30 lat od uzyskania dyplomu lekarza odbędzie się zjazd koleżeński, **20.10.br. w Nałęczowie, w Centrum Szkoleniowo-Wypoczynkowym Energetyk**, tel. 081-501-46-04, 081-501-40-47. Rezerwacja hotelu w CSW Energetyk we własnym zakresie. Koszt uczestnictwa w uroczystej kolacji 200 zł (osoba towarzysząca 150 zł). Wpłaty na konto Elżbieta Wrocze-Glijer, Lublin 28 1240 2382 1111 0010 1287 4209, z dopiskiem Zjazd 77. *Prosimy o kontakt: Elżbieta Wrocze-Glijer, tel. 0605-988-766, e-mail: elawrocze@wp.pl oraz Grażyna Staroń-Górnicka, tel. 0605-722-050, e-mail: ggornicka@wp.pl*. Prosimy o dokładne adresy zamieszkania i e-mailowe Wasze oraz znanych Wam Koleżanek i Kolegów. Zgłoszenia do 15.09.br. Do zobaczenia! Warto wrócić wspomnieniami do lat studiów w przyjaznym gronie. Liczymy na Wasz udział! Serdecznie zapraszamy. Organizatorzy

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERECIE www.absolventus.pl

SERWIS POMÓŻE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW.
PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄJĄ SZYBKIE WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEJZDZIE.

Drogiej Koleżance
Zycie Kaźmierczak-Zagórskiej
Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

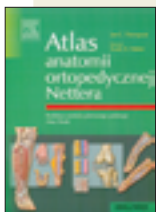
Ojca
składają
Prezes oraz Koleżanki i Koledzy z Naczelnej Rady Lekarskiej

Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.,
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61. Zamówienia: e-mail: elsevier@azymut.pl, www.elsevier.pl, tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86



Atlas neuroanatomii i neurofizjologii Nettera
David L. Felten, Ralph Józefowicz
ilustr. Frank H. Netter, red. wyd. I pol. Andrzej Szczudlik
Wrocław 2007, str. 304.

Na bazie ilustracji odzwierciedlone są postępy w poznaniu wielu obszarów i układów mózgu, rdzenia kręgowego i obwodowego układu nerwowego. Znajdują się tu nowe przekroje poprzeczne przez rdzeń kręgowy i pień mózgu, a także przekroje poprzeczne skorelowane z obrazami MR. Zawiera zwięzłe objaśnienia rycin, zwracające uwagę na najważniejsze aspekty czynnościowe ważne przy badaniu pacjenta z objawami neurologicznymi. Atlas prezentuje podstawy neuroanatomii człowieka, a nie stany kliniczne i schorzenia.



Atlas anatomii ortopedycznej Nettera
Jon C. Thompson

ilustr. Frank H. Netter, red. wyd. I pol. Artur Dziak
tłum. Bogdan Kamiński, str. 314

Publikacja opiera się na stwierdzeniu że „Dobrze wykonana ilustracja anatomiczna często zastępuje z powodzeniem wiele stron szczegółowych opisów”. Atlas umożliwia szybkie odnalezienie potrzebnych wiadomości w zakresie tematycznym obejmującym kręgosłup i kończyny. Opisano rozpoznawanie i leczenie zmian ortopedycznych posługując się tabelami. Edukacyjne ilustracje lekarza-artysty uzupełnione komentarzem doświadczonego ortopedy.



Atlas okulistyki klinicznej
David J. Spalton, Roger A. Hitchings,
Paul A. Hunter, James CH Tan, John Harry
red. wyd. I pol. Jerzy Szaflik, Wrocław 2007, str. 718

Atlas stanowi cenne uzupełnienie dostępnych dotychczas na naszym rynku podręczników z zakresu chorób oczu. Zagadnienia okulistyczne przedstawione w formie zdjęć i schematycznych rysunków uzupełnione są opisem pomagającym w lepszym przyswojeniu ilustracji. Atlas wyróżnia się przejrzystym układem tematycznym.

Wydawnictwo „Cornetis”

51-162 Wrocław, ul. Długosza 2-6, tel. 071-325-28-08, faks 071-325-28-03,
e-mail: sekretariat@cornetis.com.pl, www.cornetis.com.pl



Pediatria – co nowego?

pod red. prof. dr. hab. n. med. Ewy Otto-Buczkowskiej
wyd. I. Wrocław 2007, str. 492

Publikacja pomyślana jako uzupełnienie znajdujących się na rynku wydawniczym podręczników pediatrii. Opracowania oparte na najnowszym światowym piśmiennictwie omawiają aktualne dane z tej dziedziny.

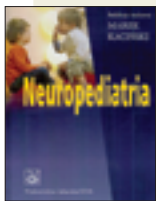
Cukrzyca typu 1

pod red. prof. dr. hab. med. Ewy Otto-Buczkowskiej
wyd. I. Wrocław 2006, str. 488

W opracowaniu omówiono zagadnienia dotyczące patogenezы cukrzycy typu 1 i mechanizmów prowadzących do jej rozwoju. Wiele uwagi poświęcono nowoczesnym metodom leczenia, jak również edukacji chorych. Podręcznik przeznaczony dla lekarzy różnych specjalności jak również lekarzy piwrszego kontaktu.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, Księgarnia wysyłkowa 022-695-44-80,
infolinia 0801, www.pzwl.pl, e-mail: promocja@pzwl.pl



Neuropediatria

red. naukowa prof. dr hab. n. med. Marek Kaciński
wyd. I. Warszawa 2007, str. 464

Monografia omawia kliniczne zagadnienia neurologii dziecięcej jak: zaburzenia snu, urazy i zatrucia układu nerwowego, śpiączkę i śmierć mózgu, choroby układu wegetatywnego, podstawy elektrofizjologii i neurofizjologii, a także diagnostyki dopplerowskiej oraz problemy neuropsy-

chologiczne i neurorehabilitacyjne. Są tu rozdziały poświęcone encefalopatiom. Autorami są specjaliści z Kliniki Neurologii Dziecięcej UJ. Książka skierowana do lekarzy neurologów, pediatrów, medycyny rodzinnej, psychiatrów, psychologów i rehabilitantów.

**Anestezjologia i intensywna opieka
Klinika i pielęgniarstwo**

Podręcznik dla studiów medycznych

red. naukowa Laura Wołowicka i Danuta Dyk
wyd. I. Warszawa 2007, str. 584

Pierwszy polski podręcznik tego typu. Składa się z dwóch części: „Anestezjologia i intensywna terapia” oraz „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywna opieka pielęgniarstwa”. Oparty na najnowszej literaturze przedmiotu i doświadczeniach klinicznych. Pomocny dla studentów pielęgniarstwa, położnictwa i innych kierunków nauki o zdrowiu na poziomie licencjackim i magisterskim. Autorzy są nauczycielami z polskich ośrodków medycznych.

Pielęgniarstwo pediatryczne

Podręcznik dla studiów medycznych

red. naukowa Bogusław Pawlaczek
wyd. I. Warszawa 2007, str. 356

Nowoczesny podręcznik pielęgniarstwa pediatrycznego opracowany pod kier. prof. Bogusława Pawlaczka kierownika Katedry Pielęgniarstwa Pediatrycznego AM w Poznaniu przez specjalistów praktyków z różnych ośrodków akademickich w kraju. Kładzie nacisk na zagadnienia komunikowania się pielęgniarki z małymi pacjentami i ich opiekunami oraz szczegółowo opisuje proces pielęgnowania dzieci.



Ponadto nadesłano

**Wizerunki lekarzy pomorskich
Leon Konieczny**

wyd. I. Koszalin 2007, nakład: **OIL w Koszalinie**
75-667 Koszalin, ul. Orzechowa 40, tel. 094-346-73-60

faks 346-73-63, e-mail: koszalin@hipokrates.org str. 124, c. 20 zł
Pomorz Zachodnie jest ubogie w piśmiennictwo polskie z zakresu medycyny. Dlatego też inicjatywa OIL jest godna uwagi. Przy wyborze postaci zasłużonych dla regionu lekarzy kierowano się ich związkami z Pomorzem, poprzez miejsca urodzenia lub miejsca działalności. Opracowanie zawiera 15 szkiców. Jedne z nich poświęcone są zasłużonym postaciom lekarzy, inne zawierają charakterystyki środowisk lekarskich lub akademickich. Na szczególną uwagę zasługuje opracowanie „Gniazdo chirurgów”.



**Zawód dentysty – lekarza stomatologa
na ziemiach polskich w XIX i XX wieku**

pod red. Bożeny Urbanek

seria: **Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku**
Warszawa 2007. **Wydawnictwo Makmed**

20-093 Lublin, ul. Chodźki 3, tel. 081-740-40-56
e-mail: wydawnictwo@makmed.com. pl, str. 292.

Staraniem Instytutu Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk, Akademii Medycznej w Warszawie i Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach ukazuje się trzecia pozycja w ramach zaplanowanej serii. Opisuje kształtowanie się zawodu dentysty lekarza stomatologa. Prezentuje zmieniający się status zawodowy i warsztat pracy. Przybliża sylwetki i dorobek naukowy niektórych wybitnych jego przedstawicieli. Opracowanie oparte głównie na rozproszonych materiałach źródłowych, wziętych głównie z prasy stomatologicznej i medycznej oraz akt normatywnych (Ustawy, rozporządzenia, poradniki).



Nie jestem głupkiem. Felietony z lat 2002-2006
Marek Wójtowicz

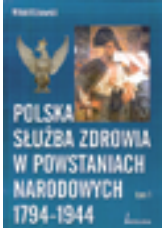
zredagował i wstępem opatrzył Marek Jarzębski. Katowice 2007.
Wydawnictwo **Elamed**, 40-2003 Katowice, al. Roździeńskiego 188, e-mail: poligrafia@elamed.pl, www.elamed.pl, str. 272.

Autor – specjalista chirurgii ogólnej i absolwent poddyplomowych studiów menedżerskich Uniwersytetu Warszawskiego i Fundacji Project Hope, Millwood, USA, obecnie dyrektor Oddziału Lubelskiego NFZ. Stały felietonista w „Ogólnopolskim Przeglądzie Medycznym”, „Służbie Zdrowia” i „Gazecie Lekarskiej”. Felietony poświęcone są codziennym problemom zarządzania placówkami zdrowotnymi. Autor wyśmiewa w nich i obnaża nonsensy, żartuje z niekonsekwencji i błędów. Felietony te to także swoista kronika faktów i zdarzeń zajmujących środowisko medyczne na przestrzeni ostatnich pięciu lat.



opr. md

Polska służba zdrowia w powstaniach narodowych



Wydawnictwo Bellona przekazało czytelnikom kolejną drogocenną pozycję, której celem jest zapoznanie czytelnika z chlubnymi fragmentami naszej historii i ludźmi, którzy ją tworzyli. Wyjątkowość jej polega na tym, że dotychczas nie powstało opracowanie monograficzne, które prezentowałoby wiedzę o roli i zasługach lekarzy polskich w organizacji służby zdrowia w ubiegłych wiekach.

Zamysł monografii o udziale i roli lekarzy w powstaniach narodowych powstał dwadzieścia lat temu. Tego trudnego zadania podjął się historyk – doc. dr hab. Witold Lisowski doświadczony badacz historii, autor 18 książek, 350 publikacji, który we wstępie informuje: *Moim czytelnikom pragnę wyznać, że pisałem tę pracę ponad dwadzieścia lat i czyniłem to z potrzeby serca.*

Zafascynowany rolą powstań w kształtowaniu patriotyzmu Polaków uznał temat za fascynujący, ukazujący dowody bohaterstwa i najwyższego poświęcenia wśród lekarzy. Coraz głębiej sięgając po materiały źródłowe doszedł do wniosku, że lekarze należeli do najaktywniejszej grupy inteligencji polskiej. Wielu z nich stało na czele tajnych organizacji niepodległościowych (POW, „Strzelca”, „Sokoła”, Drużyn Bartoszowych). Wielu zakładało polskie szkoły, biblioteki, stowarzyszenia naukowe i kulturalne (Macierz Szkolna, chóry, ochronki, koła sportowe i samokształceniowe).

Powstania narodowe doczekały się wielu rzetelnych opracowań z punktu widzenia politycznego i wojskowego natomiast wątek udziału służby zdrowia najczęściej był pomijany. Podjął go w XIX w. Ludwik Gąsiorowski (1808-63) wybitny lekarz, uczestnik powstań, uważany za ojca historii medycyny polskiej. Dla Witolda Lisowskiego i z tego względu temat wydał się wart opracowania. Nie przerażały go trudności. Podeszedł do nich metodycznie opracowując plan według którego będzie działał. Gromadził i opisywał rozproszone i dawno zapomniane wątki historii, wertował archiwa i księżnice medyczne, zgłębiał wiele publikacji, gromadził ikonografię. Bezcennym dla niego opracowaniem było dzieło prof. Piotra Szarejki „Słownik lekarzy polskich” wydany w 1991 r. Ponadto na każdym etapie powstawania monografii konsultował się z lekarzami, badaczami medycyny, dzięki czemu ustrzegł się wielu błędów i pomyłek. Dzięki współpracy i pomocy prof. Sylwestra Czaplickiego z WAM utwierdzał się w przekonaniu, że zdoła zamierzone dzieło doprowadzić do końca.

Dwutomowe opracowanie zawiera materiały z ośmiu powstań: Insurekcji Kościuszkowskiej (1794), Powstania Listopadowego (1830-31), Powstania Krakowskiego (1846), Powstania Wielkopolskiego

(1848), Powstania Styczniowego (1863-64), Powstania Wielkopolskiego (1918-19), Powstań Śląskich (1919-21), Powstania Warszawskiego (1944). To ostatnie jest najobszerniej udokumentowane.

W każdym z rozdziałów autor zastosował jednolity, bardzo przejrzysty schemat. Na początku następuje pogłębiona charakterystyka służby zdrowia w powstaniu i jej organizacja. Następnie prezentowane są notki o lekarzach sprawujących funkcje kierownicze i inspiratorskie. W notkach zawarto charakterystyki, życiorysy, opis zasług lekarskich i obywatelskich oraz podejmowanych innych działań. Kolejno autor prezentuje krótkie biografie lekarzy – powstańców, zawierające niejednokrotnie wiele interesujących szczegółów. Dowiadujemy się o drodze do zawodu, statusie rodzinnym, środowisku, planach życiowych, zasługach. W niektórych rozdziałach autor zamieszcza wykaz nazwisk i pełnionych funkcji lekarzy, o których nie znalazł żadnych materiałów. Nie pomija studentów medycyny, którzy pełnili bardzo ważne funkcje pomocnicze w sytuacjach kiedy przeważnie brakowało lekarzy. Osobne omówienia dotyczą udziału w powstaniach lekarzy zagranicznych: Francuzów, Niemców, Belgów, Holendrów, Żydów, Szwedów, Anglików, Amerykanów.

Cenną cechą książki są obszerne prezentacje służby sanitarnej współtworzonej przez kobiety z różnych stanów, a także posługujące rannym i chorym żołnierzom siostry miłosierdzia, samarytanki, sanitariuszki. Ich bohaterstwo, ofiarność i patriotyzm zostały uhonorowane na łamach tej książki.

Nie zabrakło też informacji zgodnie z porządkiem „Cudze chwalicie swego nie znacie” o zorganizowanym na potrzeby Powstania Listopadowego pierwszym zespole służby sanitarnej (nie ujmując zasług Florence Nightingale), kierowanym przez Klementynę z Tańskich Hoffmanową, Klaudynę Potocką i Emilię Sczaniecką.

A wszystko to się działo kiedy lekarze i sanitariuszki, jak pisze autor „Pracowali w warunkach okrutnego terroru, byli więzieni, zsyłani na Sybir, odbierano im majątki i prawo do wykonywania zawodu, a jednak nie utracili ducha”.

Osobną wartością książki jest jej piękna edycja. Prezentowane są tu liczne ryciny, mapki i reprodukcje malarstwa portretowego i scen batalistycznych

md

Polska służba zdrowia w powstaniach narodowych 1794-1944. Witold Lisowski. Warszawa 2006. Dom Wydawniczy Bellona, 00-844 Warszawa, ul. Grzybowska 77. Dział Wysyłki tel. 022-457-03-06, 022-652-27-01, e-mail: biuro@bellona.pl, www.księgarnia.bellona.pl

REKLAMA

REKLAMA