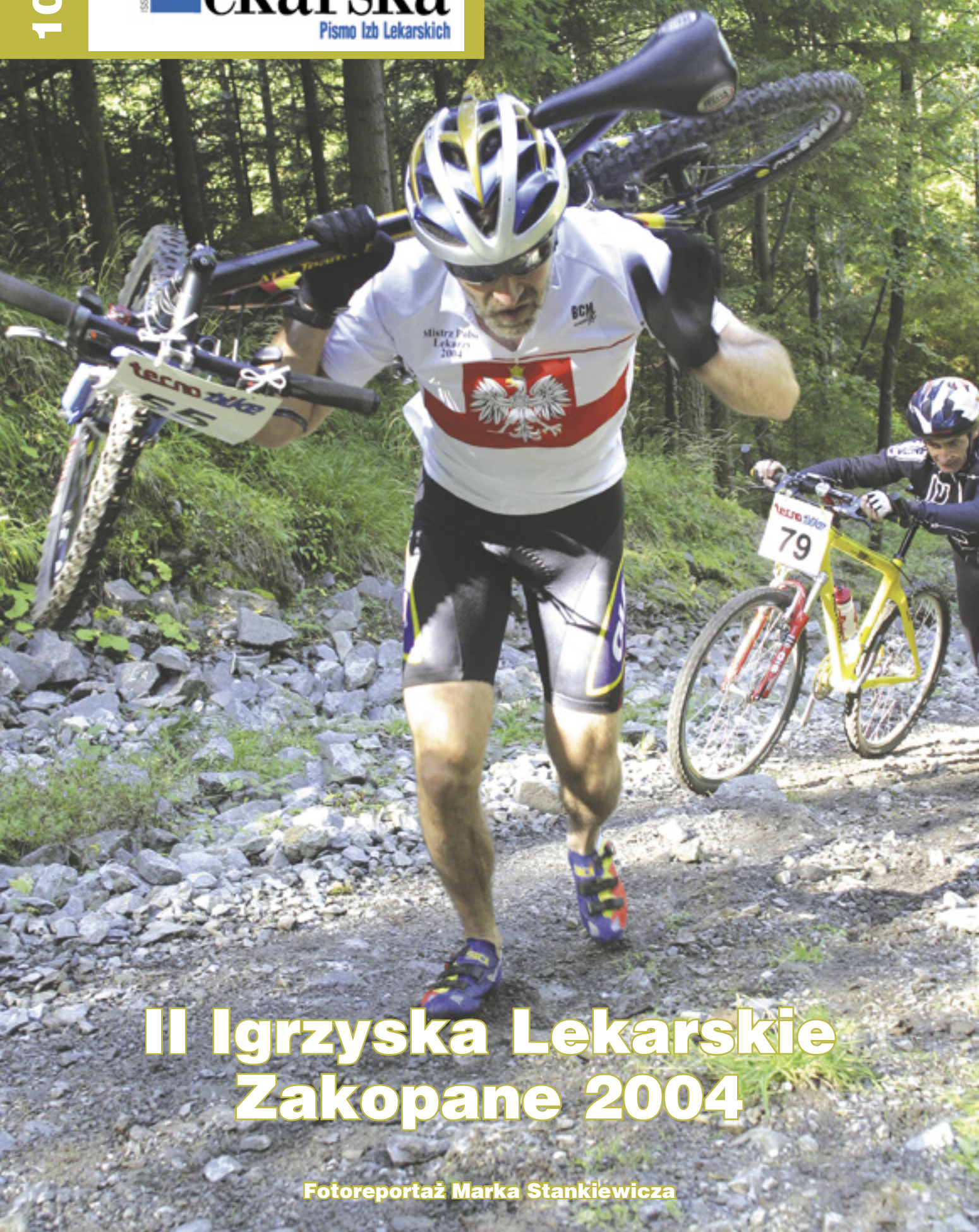


10 2004

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2140
Pismo Izby Lekarskich



II Igrzyska Lekarskie Zakopane 2004

Fotoreportaż Marka Stankiewicza



Nie ma jak ruch

Powaliła mnie ostatnio wiadomość, że regularne spożywanie małych ilości alkoholu może spełniać rolę ochronną w profilaktyce zawału serca. Nie mogą pocieszać się za to palacze, bo wykazano, że ryzyko zawału serca wzrasta przy paleniu nawet małej liczby papierosów i przy stosunkowo mało nasilonych zaburzeniach lipidowych. Rewelacje te obwieszczone na Jubileuszowym Kongresie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Warszawie, który był największym wydarzeniem lekarskim mijającego lata. Większym nawet niż to, że min. Marek Balicki podpisał decyzję o podziale dodatkowych 220 mln zł między oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Niepodobna pominąć również rekordowego poziomu, jaki osiągnęły kursy akcji na warszawskiej giełdzie. Niestety, za każdym razem wyznaczenie nowego rekordu jest raczej sygnałem do rozpoczęcia głębszej korekty. Warto o tym pamiętać, bo to właśnie pieniądź, a nie iluzja utrzymuje budżet.

26 września wraz z mieszkańcami 100 krajów obchodziliśmy Światowy Dzień Serca, aby zachęcić ludzi na całym świecie do prowadzenia zdrowszego trybu życia poprzez aktywność fizyczną, rzucenie palenia, zdrowsze odżywianie i kontrolę wagi ciała. Prognozy ostrzegają, że do 2020 r. najczęstszą przyczyną ograniczenia jakości życia będzie choroba niedokrwienna serca. Obok energicznego spaceru rekreacyjna jazda na rowerze jest najbardziej przez kardiologów zalecaną formą aktywności fizycznej dla wszystkich grup wiekowych.

Do aktywności ruchowej nie trzeba było specjalnie zachęcać uczestników wrześniowych II Igrzysk Lekarskich w Zakopanem. Ponad siedmiuset lekarzy rywalizowało ze sobą na boiskach, kortach, pływalniach, bieżniach, matach, szosach i stromych podjazdach oraz kamienistych ścieżkach górskich. Przez pięć dni fantastyczną kondycją i gotowością do fizycznych poświęceń lekarze świecili przykładem dla pacjentów. Kulminacją sportowego wyczynu był triathlon. 17 śmiałków stanęło na stracie trasy, którą rozpoczynało pływanie (750 m) w nie za gorącej wodzie kąpieliska na Polanie Szymborskiej, potem 20 km rowerem przez Gubałówkę do Doliny Chocholowskiej, gdzie po pięciokilometrowej trasie przełajowej osiągnęli upragniony cel. 31-letni Piotr Kalinowski, przyszły urolog z Wrocławia, potrzebował na tę trasę 1 godz. 14 min i 24 s! Tuż za nim zameldował się czterdziestolatek Cezary Krzywicki, stomatolog z Jeleniej Góry. Ręce same składały się do oklasków, kiedy metę w doskonałej formie przekraczał 48-letni Janusz Lewandowski z Koniakowa (zdjęcie na okładce). Plci brzydkiej dotrzymywały towarzystwa panie: Katarzyna Klimala z Częstochowy w rewelacyjnym czasie 1 godz. 41 min oraz Anna Iżewska z Wrocławia i Mirosława Przyłuska ze Szczecina. Igrzyskom towarzyszyła cudowna pogoda i fantastyczna koordynacja dzięki czwórce organizatorów: Izabeli i Maćkowi Jachymiakom z Nowego Targu oraz Krzysztofowi Makuchowi z Warszawy i Jackowi Tętnowskiemu z Krakowa. Fotoreportaż już dziś na kolejnych stronach, a obszerna relacja z igrzysk za miesiąc.

Zapraszamy do lektury!

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Apel Prezesa NRL	4
Lekarze, do pióra!	4-5
Okiem Prezesa	5
Amerykański system kodowania procedur	6-7
Śladem naszych publikacji	10
Lekarz w szpitalu klinicznym	14-15
Zapowiedzi a rzeczywistość	16-18
Sąd nad komornikiem	19
Przepisy są dla nas korzystne, ale...	21
Gotowi do emigracji?	22-23
Zasady rozliczeń kosztów	26-27
Ścinać, czy nie ścinać?	30-33
Trudności lekarzy	34-36
Good Clinical Practice	36-37
Upomnijmy się o siedzibę	38-39
Lekarski sport	40-41, 43
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	42-43
Literacki konkurs rodzinny	44-45
Książki nadesłane	46
Konkursy, ogłoszenia różne	47-61

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl

Lekarze, do pióra!



Dokąd zmierzamy?

Do napisania niniejszego tekstu spowodowała mnie lektura ostatniego numeru „GL” (zob. nr 7-8/2004), w której aż roi się od ogłoszeń firm rekrutacyjnych poszukujących w Polsce lekarzy do pracy za granicą. Szczególnie rażące – przynajmniej dla mnie – było ogłoszenie na stronie drugiej (przypuszczalnie wysokopłatne), zaczynające się od słów: „Na zlecenie Brytyjskiego Ministerstwa Zdrowia poszukujemy 60 lekarzy dentystów do pracy w brytyjskiej publicznej służbie zdrowia”.

Powiem szczerze: nie tak wyobrażałem sobie korzy-

ści z integracji europejskiej. Dziś widzę, że byłem naiwny, oczekując, że wejście Polski do UE rodzi szanse dla gospodarki, w tym również dla sektora ochrony zdrowia. Zaznaczam, że doskonale rozumiem zasady wolnej konkurencji w gospodarce rynkowej oraz wiem, na czym polega skuteczny marketing kadrowy, ale nie mogę przejść obojętnie wobec zmasowanej ofensywy ukierunkowanej na drenaż krajowego rynku pracy z wykwalifikowanej kadry medycznej. Stawiam zatem pytanie: co zrobiło lub zamierza zrobić nasze Ministerstwo Zdrowia, aby zatrzymać polskich lekarzy we własnym kraju? Trzeba mieć świadomość, że miraż wysokich zarobków jest kuszący, ale po konfrontacji z kosztami, jakie trzeba ponieść, rachunek ekonomiczny nie przedstawia się już tak imponująco. Jak bowiem zmierzyć w pieniądzu utratę więzi rodzinnych i przyjacielskich? Jak wycenić dyskomfort wynikający z

faktu, że jeszcze długo lekarze z Polski będą w nowych ojczyznach traktowani jako emigranci ze względów ekonomicznych? Ponawiam więc pytanie: jaka jest w tej grze rynkowej pozycja naszego Ministerstwa Zdrowia? Domyślam się, że na postawione tutaj pytania – łącznie z tytułowym – nie dostanę dzisiaj odpowiedzi. (...)

Ryszard Majkowski
„Puls” nr 9/2004)



Jak oceniać lekarzy?

Praca lekarza tradycyjnie nie podlega wielokierunkowej ocenie. Lekarza przede wszystkim oceniają pacjenci; oni biorą pod uwagę wyniki leczenia, łatwość dostępu do lekarza, naszą kulturę bycia, życzliwość, itp. Lekarza w szpitalu opiniuje ordynator, po kilku lub kilkunastu latach wspólnej pracy ordynator wie na ogół wszystko o swoim asystencie. Na ocenę składają się także wskaźniki obiektywne – uzyskane specjalizacje, umiejętności szczególne, ilość i jakość wykonanych zabiegów, stopień i tytuł naukowy, wygłoszone referaty, napisane prace, itp. Ważne staje się także indeksowanie szkolenia ustawicznego, a więc zebranie w określonym czasie ustalonej liczby tzw. punktów dydaktycznych poświadczonych przez samorząd lekarski. Mając te wszystkie informacje dyrektor szpitala lub inna aktualna „władza” ma całkowicie wystarczającą bazę danych, by wyrobić sobie opinię o lekarzu. (...)

Modny stał się obecnie system oceny ankietowej: ankietę wypełnia lekarz jako samocenę, bądź też wypowiada się w niej na temat współpracujących kolegów (!) oraz swoich przełożonych i podwładnych. Ankietą jest jakoby analizowana (przez kogo?) i ostatecznie trafia do archiwum działu kadr. Radca prawny na-

szej izby uważa, że nie ma żadnych podstaw prawnych wprowadzania obowiązkowych ankiet jako formy oceny lekarzy w publicznych zakładach pracy.

Pytania w ankietach są niekiedy przedziwne. Na przykład, jedna z ankiet, którą co pewien czas jest zmuszony wypełniać lekarz (szczęśliwie nie w naszym województwie), zawiera następujące pytania:

– „Czy jesteś tolerancyjny?”

– „Jak oceniasz swój wygląd zewnętrzny?”

– „Jak oceniasz swoją dbałość o higienę osobistą?”

Te pytania nie są żartem – one naprawdę znajdują się w oficjalnej ankiecie w jednym ze szpitali powiatowych. Gdybym musiał odpowiadać na przytoczone pytania, prawdopodobnie kolejno pisałbym: „jestem nadtolerancyjny, zwłaszcza w stosunku do pacjentów rasy czarnej, żółtej i czerwonej”, na pytanie drugie odpowiedziałbym: – „jestem piękny” oraz na trzecie – „codziennie myję uszy i używam dezodorantu «Cuba-Paris»”. Jakie pytania – takie odpowiedzi.

Inna ankietka, tym razem z dużego białostockiego szpitala, jest bardziej poważna. Ankietę musi wypełnić każdy lekarz na zasadzie (1) samoceny, (2) oceny ordynatora, (3) oceny swego kolegi – asystenta.

Wśród pytań w dziale „organizacja czasu pracy” znajdują następujące pytania, na które odpowiada asystent pisząc o swoim koleędzie: „Efektywnie wykorzystuje 0 – 100% czasu pracy. Wpisz...%. Przeszkody po stronie innych... Przeszkody po stronie... Co radzisz? ...” Napisałbym – „radzę koleędzie zaprzestać picia kawy”.

Asystent ma też ocenić, czy jego kolega właściwie się kształci, jaki jest wpływ kolegi na efektywność wykorzystania czasu pracy innych osób, jak leczy pacjentów, jakie podaje leki, czy w dostateczny sposób korzysta z dokumentacji sprzed lat, itp. W okresie PRL-u wypowiedzi tego typu o kolegach nazywaliśmy krótko „kablowa-

nien” lub „donoszeniem”; obecnie nazywa się to „metodą oceny i planowania indywidualnych celów pracowników”. Belkot intelektualny.

W innej części ankiety, dotyczącej samooceny, na te same pytania odpowiada lekarz wystawiający sam sobie cenzurkę: bdb, db, dst, ndst. Najgorzej wyjdą na tym masochiści, najlepiej – ci bez kompleksów. Wspaniała radosna twórczość.

Zakończę więc lakonicznym stwierdzeniem: ta radosna i wesoła twórczość ankietowa byłaby być może wspaniałą w radosnych i wesołych czasach, natomiast w obecnych, jakże trudnych dla środowiska lekarskiego, staje się zwykłą nieprzyzwoitością. (...)

Jan Stasiewicz

Biuletyn OIL w Białymstoku, nr 2/2004



Diagnoza wstępna

Wostatnim czasie, z narastającym niepokojem, śledzę nabrzmiewający kryzys organizacyjny w placówkach publicznej ochrony zdrowia. Ostatnie dni przynoszą nowe, szokujące wiadomości świadczące o zapaści systemu publicznej opieki zdrowia. W szpitalu w Opolu Lubelskim kormornik zajął karetkę pogotowia i sprzęt reanimacyjny. W wielu szpitalach naszego regionu, w tym w dużym szpitalu wojewódzkim, pracownicy otrzymują jedynie część należnego im wynagrodzenia gwarantowanego ważnymi umowami o pracę. Co więcej, w niektórych placówkach lekarze nie otrzymali zapłaty za pełnione dyżury lekarskie. Lubelska Izba Lekarska posiada dowody stosowania nacisku na pracowników, którym obiecuje się wypłatę zaległości w zamian za rezygnację z roszczeń należnych im na mocy ustawy „203”. Lekarze i pielęgniarki są często zastraszeni, że w

Meritus Pro Medici

Szanowne Koleżanki!
Szanowni Koledzy!

18 czerwca 2004 r. Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę w sprawie ustanowienia odznaczenia „Meritus Pro Medici”. Odznaczenie to ma być przyznawane lekarzom i lekarzom denty stom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego. Wnioski o nadanie odznaczenia mogą składać członkowie i organy izb lekarskich.

Zapraszam wszystkich członków samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy denty stom do nadsyłania kandydatur osób, które w sposób szczególnie zasłużyły się dla naszego Samorządu.

Wnioski o nadanie odznaczenia można pobrać na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej: <http://www.nil.org.pl/xml/nil/odznaczenia/mpm>

Aby Kapituła Odznaczenia mogła rozpatrzyć wnioski jeszcze w tym roku, wypełnione wnioski należy przesłać w terminie do 30 listopada 2004 r. na adres: **Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa**, z dopiskiem na kopercie „Meritus Pro Medici”.

Konstanty Radziwiłł
prezes NRL



razie realizacji swoich roszczeń mogą utracić pracę, a w wyniku przeprowadzonej rekrutacji nie zostaną ponownie zatrudnieni.

Na pytanie, kiedy otrzymają swoje należne, gło-dowe pensje, zdesperowani lekarze często słyszą odpowiedź: wtedy, kiedy szpital otrzyma pieniądze. Często sami zarządzający nie wiedzą, kiedy to nastąpi. Próby uzyskania niezbędnej dla szpitali pomocy u przedstawicieli organów samorządowych i kierownictwa regionu spotykają się z biernością polityków i kwitowane są wzruszeniem ramion. Co najwyżej słyszą, że należy ograniczyć wydatki w administracyjnych placówkach. Rady takie przypominają sytuację, w której proponuje się leczyć chorego na niedokrwistość maszynowymi upustami krwi. Świadczy to również o lekceważącym stosunku do współobywateli i kompletnym wyalienowaniu ze społeczeństwa.

Muszę stwierdzić z całą powagą i ostrzec polityków samorządowych oraz kierownictwo regionu, że

konflikt pracowniczy przybiera na sile z każdym dniem i w krótkim czasie osiągnie rozmiary istotnie utrudniające leczenie chorych. Taki sposób rozwiązywania napięć pracowniczych zupełnie nie przystaje do tego, jaki zaprezentował w Sejmie nowy szef resortu zdrowia dr Marek Balicki. Kompromitowanie polityki niezbędnych zmian w ochronie zdrowia przez nieodpowiedzialne deklaracje i działania wymaga, moim zdaniem, stanowczego, kreatywnego działania organów założycielskich w celu natychmiastowego położenia tamy szerzącemu się w publicznej opiece zdrowotnej bezprawiu i łamaniu praw człowieka i pracownika.

Samorząd lekarski jako ustawy reprezentant lekarzy domaga się natychmiastowego uregulowania zaległych pracowniczych należności, publicznego przeproszenia pracowników i zadośćuczynienia poniesionych przez nich strat finansowych.

Andrzej Ciołko
„Medicus” nr 8-9/2004

foto. Marek Stankiewicz

Okiem Prezesa



Po szaleńczym tempie uchwalania ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Sejmie i Senacie i odtrąbieniu przez polityków zwycięstwa nad czasem, kolejne tygodnie upływają w oczekiwaniu na podpis prezydenta. Nikt nie ma wątpliwości, że do podpisania dojdzie, jednak zwłoka wydaje się być symptomatyczna. Po prostu „propaganda sukcesu” towarzysząca końcowi prac parlamentarnych już nie wytrzymuje próby czasu. Z grubsza rzecz biorąc wiadomo bowiem, że z praktycznego punktu widzenia ustawa powieli wszystkie niedoskonałości poprzedniej i nie rozwiązuje żadnego z istotnych problemów służby zdrowia. Pierwsze przymiarki do kontraktowania na przyszły rok już wykazały niedostatki przepisów, które mają lada moment wejść w życie. W szczególności dotyczy to nieco zmienionych zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych, których choćby ze względu na terminy nie da się zrealizować w tym roku. Pozostaje wobec tego zapis o aneksowaniu umów tegorocznych.

Co to oznacza w praktyce? Moim zdaniem, oznacza pełną dowolność w zmienianiu umów przez Narodowy Fundusz Zdrowia, tak jak to bywało w przeszłości. Minister zdrowia powołał Radę Sterującą, która zajmowała się wybranymi obszarami świadczeń (pominięto np. stomatologię), ale jak jej wnioski przełożą się na ewentualną zmianę kontraktowania, nikt nie wie. Dodatkowo, z punktu widzenia nowej ustawy nowy NFZ to zupełnie inna instytucja niż stary NFZ, więc przez jakiś czas będziemy świadkami inwentaryzacji, wypowiadania umów o pracę, zatrudniania nowych pracowników, zmian na najwyższych stanowiskach. Ciekawe, kto teraz będzie następnym szefem Funduszu: ichtiolog, pedagog czy historyk, dotychczasowy kierownik domu kultury, dyrektor kopalni czy może właściciel agencji ochrony?

Nie sądzę, żeby to pomogło w gorącym okresie kontraktowania, który jest przecież czasem „być albo nie być” dla wielu świadczeniodawców. Wszystkie te już dziś widoczne problemy, moim zdaniem, spowodują, że prezydent ustawę podpisze w ostatniej chwili (według zapisu wchodzi ona w życie 1 października) jednocześnie oświadczając, iż jest ona do kitu, ale ze względów czasowych nie ma innego wyjścia, jak ją podpisać. Prawdopodobnie zapowie też, że będzie się bacznie przyglądał jej realizacji. Krótko mówiąc, nie weźmie za nią odpowiedzialności, jak zresztą nikt przedtem. Ustawa ta bowiem jest już od początku sierotą – współautorami są przecież ministrowie Sikorski, Rudnicki, Hausner, Czakański i Balicki pod rządami premierów Millera i Belki, a poza tym 460 posłów (a przynajmniej 33 członków Komisji Zdrowia) i 100 senatorów (a przynajmniej 12 członków Komisji Spraw Społecznych i Zdrowia). Gęsto zapisana 133-stronicowa książka, którą jest ta ustawa, nie może być pisana w ten sposób.

W tej nieokreślonej sytuacji samorząd lekarski przygotowuje się jednak do tego, aby wziąć udział w konsultacjach dotyczących kontraktowania na 2005 r. W Naczelnej Izbie Lekarskiej powstał wielospecjalistyczny zespół, który w każdej chwili jest gotowy do poważnych rozmów na ten temat. Samorząd lekarski niezwykle serio traktuje także swoją rolę w tym zakresie na przyszłość. Z ustawy wynika bowiem, że w przyszłym roku NFZ musi negocjować z nami ogólne warunki umów zawierające w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny tych świadczeń oraz warunki ich udzielania. Jest to zadanie, którego znaczenia nie sposób przecenić.

Poszukując coraz doskonalszych narzędzi kontraktowania świadczeń (konstruowania prawdziwego, a nie udawanego „koszyka”, wyceny świadczeń oraz wynagradzania lekarzy) Naczelna Izba Lekarska zawarła wstępną umowę z Amerykańskim Towarzystwem Lekarskim na wdrożenie w Polsce amerykańskiej listy procedur medycznych wraz z punktową ich wyceną. Jest to przedsięwzięcie pionierskie, które zakończy się (oby poważnie przyjętym) przedstawieniem organizatorom opieki zdrowotnej oraz płatnikom za świadczenia (publicznym i prywatnym) najdoskonalszego produktu tego rodzaju na świecie. Wysiłek ten jest realizacją postulatów o stworzenie obiektywnego systemu wartościowania naszej pracy zgłaszanym od lat przez lekarzy pragnących pracować w normalnych warunkach.

Ważne dla lekarzy chcących się specjalizować!

Z informacji jakie uzyskaliśmy wynika, że egzamin testowy objęty postępowaniem dla lekarzy chcących się specjalizować w podstawowych dziedzinach medycyny w sesji 1.12.2004 r. – 31.01.2005 r. odbędzie się 12.11.2004 r. razem z Lekarskim Egzaminem Państwowym.

Warunkiem przystąpienia do egzaminu jest złożenie w Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego wniosku o przystąpienie do egzaminu testowego w terminie do 11.10.2004 r. nie zawierającego określenia specjalizacji.

Pozostała część postępowania kwalifikacyjnego nie ulega zmianie.

Szczegółowe informacje w Wojewódzkich Centrach Zdrowia Publicznego.

prof. Jerzy Kruszewski
przewodniczący
Komisji Kształcenia Medycznego NRL

Amerykański system kodowania procedur



foto. Marek Stankiewicz

Romuald Krajewski

W praktyce lekarskiej właściwe określenie jaką procedurę wykonano u chorego stało się codzienną czynnością. Jest to podstawa rozliczeń, sprawozdań i statystyk.

Zaden system definiowania nie jest doskonały i wszyscy lekarze wiedzą jak wiele trudności może być związanych ze znalezieniem kodu procedury według ICD-9, czy kodu procedur kontraktowanych przez NFZ, który choćby w przybliżeniu odpowiadałby temu, co rzeczywiście zrobiono. Problemów jest wiele.

Czy należy dążyć do ujęcia wszystkiego co się jednorazowo wykonuje w jednym kodzie, czy lepiej podzielić procedurę na mniejsze, ale prostsze i łatwiejsze do zdefiniowania części i sumować je? Jak dokładnie należy sformułować opis procedury i następnie na jakie odstępstwa od tego opisu można zezwolić, aby nadal rzeczywistość odpowiadała kodowi?

Czy starać się szczegółowo opisać i odmiennie kodować procedury, które niewiele się różnią, czy raczej przyjąć szerokie definicje i dopasowywać do nich różnorodne sytuacje?

W jaki sposób uwzględnić nakład pracy i zużycie środków, które mogą bardzo różnić się w ramach jednej zdefiniowanej procedury?

W Polsce problemy te zaczęły być ważne dopiero od kilku lat, kiedy wprowadzono kontraktowanie i rozliczanie wykonanych procedur.

W wielu krajach systemy kodowania mają już długą tradycję.

Sposób opracowywania listy procedur może być bardzo różny. Można skorzystać z ICD, którą opracowuje WHO. Każdy płatnik może tworzyć własną listę i wymagać dostosowania się do niej. Można stworzyć listę opartą na wiedzy świadczeniodawców lub poszczególnych grup specjalistów. Niezależnie od tego, kto tworzy listę, podstawowe znaczenie ma sposób jej aktualizacji. ICD jest przykładem listy, której aktualizacje są bardzo powolne i nie nadążają za szybko zmieniającymi się sposobami wykonywania praktyki lekarskiej.

W artykule „Czas wycenić pracę lekarza” („GL” nr 4/2004) Adam Kozierkiewicz i Konstanty Radziwiłł przedstawili wstępnie na czym polega CPT (Current Procedural Terminology) i w jaki sposób stanowi podstawę do wyceny wykonywanych w ochronie zdrowia procedur. Teraz mogliśmy poznać dokładniej proces aktualizacji listy kodów i sądzimy, że przyjęte w nim zasady są bardzo dobrze dopracowane i zapewniają najlepszą możliwą zgodność klasyfikacji z praktyką.

Tworzenie CPT rozpoczęło w American Medical Association (AMA) w 1966 r., kiedy jeszcze nie było bezpośrednio zapotrzebowania na taką klasyfikację. Lista CPT jest oddzielona od systemu wartościowania i od wyceny procedur, przy jej tworzeniu i modyfikacjach zwraca się uwagę wyłącznie na stronę merytoryczną.

Aktualizacją listy zajmuje się CPT Editorial Panel (EP), czyli 17 osób reprezentujących AMA, płatników, szpitale. Proces ten ma na celu wprowadzanie nowych procedur, usuwanie już nie wykonywanych, poprawianie definicji aktualnie używanych. Posiedzenia EP odbywają się trzy razy w roku i od lat osiemdziesiątych są całkowicie jawne.

Co rok jest publikowana aktualna wersja CPT, której powszechnie używa się w szpitalach, gabinetach lekarskich i innych placówkach ochrony zdrowia.

EP bardzo starannie przestrzega zasad tworzenia nowych procedur, zwłaszcza kategorii I, która obejmuje głównie procedury wykonywane w praktyce szpitalnej i ambulatoryjnej. Kategoria II opisuje czynności, jak np. badanie chorego, opis wyników badania, podanie leku. Kategoria III dotyczy nowych procedur w fazie oceny przydatności i służy ułatwieniu gromadzenia danych. Wnioskujący o wprowadzenie nowej procedury musi wykazać, że spełnia ona wymagania określone przez EP.

W kategorii I musi być powszechnie używana. Jeżeli jest związana z użyciem określonego sprzętu lub leków, musi być zaaprobowana przez FDA. Jej efektywność musi być potwierdzona w licznych wiarygodnych publikacjach i oczywiście musi wyraźnie różnić się od już zdefiniowanych i używanych procedur.

W definicji trudno objąć całą różnorodność sytuacji związanych z wykonywaniem procedury i dlatego wprowadzono modyfikatory – dwucyfrowy kod dodawany do kodu zasadniczego, opisujący na czym polegała odmiennność, trudność, większy nakład pracy.

Łatwo więc sobie wyobrazić, że podjęcie decyzji o przyjęciu nowej procedury i nadanie jej kodu CPT jest bardzo skomplikowanym procesem. EP korzysta z pomocy licznej grupy pracowników, doradców, ekspertów. Wynikiem ich pracy jest zazwyczaj obszerna dokumentacja opisująca szczegółowo wniosek, opinie doradców, wyniki pracy specjalnych komisji, które powołuje się w celu przygotowania bardziej skomplikowanych spraw.

Lista CPT jest oddzielona od systemu wartościowania i od wyceny procedur, przy jej tworzeniu i modyfikacjach zwraca się uwagę wyłącznie na stronę merytoryczną.

Na posiedzeniach EP, które są podobne do otwartych posiedzeń komisji parlamentarnych, wnioskujący odpowiada na pytania członków EP, może również prosić o wysłuchanie ekspertów lub przedstawicieli towarzystw lekarskich. Członkowie EP otrzymują dokumentację wniosków przed posiedzeniem i w trakcie obrad nie prowadzą dyskusji, zadają jedynie pytania i bardzo wnikliwie analizują definicję oraz numer kodu procedury.

Przestrzeganie przyjętej wcześniej terminologii, unikanie powtarzania procedur, jednoznaczność definicji umożliwiają zachowanie spójności i przejrzystości CPT. Po dopracowaniu opisu i numeru kodu proponowanej procedury odbywa się tajne głosowanie, którego wyniki są przekazywane wnioskującym na piśmie. Jeżeli wniosek został przyjęty, nowy kod wchodzi do użycia w następnym roku.

Przyjęcie nowej procedury jest dla wnioskujących bardzo ważne, ponieważ płatnicy z reguły refundują koszty procedur opisanych w CPT. Wnio-

Przestrzeganie przyjętej wcześniej terminologii, unikanie powtarzania procedur, jednoznaczność definicji umożliwiają zachowanie spójności i przejrzystości CPT.

skującym może być każdy – indywidualni lekarze, producenci sprzętu, towarzystwa lekarskie, instytucje, rząd. Muszą wykazać, że propozycja spełnia wymagania CPT i dlatego często na posiedzeniu EP pojawia się duża grupa ekspertów popierających wniosek lub nawet zawodowi lobbyści.

Skład EP oraz sposób powoływania członków zapewniają niezależność i reprezentatywność. Osoby występujące jako eksperci i doradcy mają obowiązek ujawnić na początku swojej wypowiedzi konflikty interesów mogące mieć wpływ na ich opinie lub stwierdzić, że żadnego konfliktu interesów nie mają. Przejrzystości całego procesu sprzyja również pełna jawność obrad, w czasie których każdy może zabierać głos.

Na pewno można znaleźć wiele zastrzeżeń do CPT. Lekarze praktykujący w USA często twierdzą, że znalezie-

nie właściwych kodów jest trudne i że nie oddają one dobrze realiów praktyki. Ponieważ federalni płatnicy (Centers for Medicare & Medicaid Services) są bardzo wymagający gdy chodzi o dokładność i rzetelność kodowania, oferowane są liczne szkolenia w używaniu CPT.

Bardzo ważne jest również istnienie ścieżki awaryjnej, czyli możliwość przedstawienia płatnikom procedury nie objętej kodami CPT. Wymaga to jednak szczegółowego wyjaśnienia co wykonano i dlaczego nie można użyć istniejącego kodu.

Biorąc pod uwagę długotrwałość procesu tworzenia listy, udział wielu instytucji, reprezentatywność, jest to najlepiej dopracowany i najbliższy praktyce lekarskiej system. Podkreśla się, że wielką zaletą jest utrzymywanie go przez AMA, ponieważ lekarze i towarzystwa lekarskie są najlepiej zorientowani jak wygląda praktyka, a systemy tworzone przez inne instytucje są z reguły bardzo mocno krytykowane i odrzucane przez praktykujących lekarzy. Niezwykle istotnym elementem jest oderwanie procesu CPT od wartościowania i wyceny procedur, co umożliwia skoncentrowanie się na aspektach merytorycznych.

Wielką zaletą CPT jest również jej uniwersalność. W ogromnej różnorodności płatników i świadczeniodawców istnienie spójnego i dość dobrze odpowiadającego codziennej praktyce systemu kodowania jest niezwykle ważne. Nieco inaczej wygląda sytuacja w krajach z centralną i głównie publiczną ochroną zdrowia.

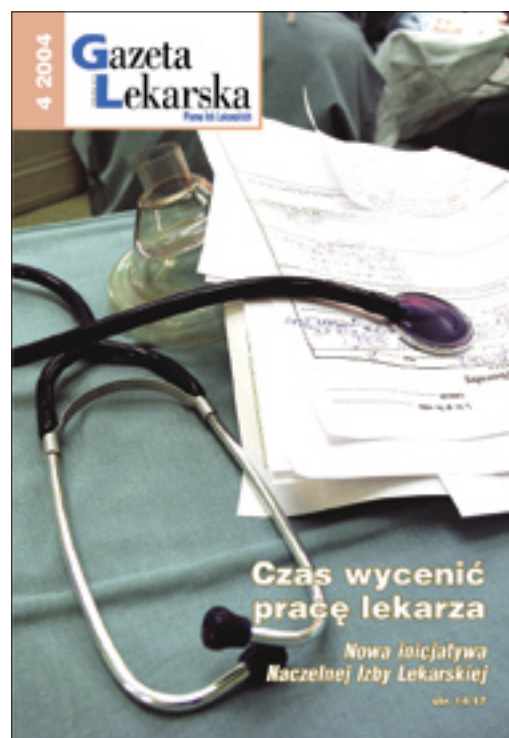
Na przykład w Wielkiej Brytanii kodowanie procedur i chorób jest praktycznie wewnętrzną sprawą służby zdrowia (National Health Service). W odróżnieniu od często używanego w Polsce terminu, który praktycznie nie oznacza u nas żadnej instytucji ani organizacji, w Wielkiej Brytanii służba zdrowia jest centralnie kierowaną instytucją odpowiedzialną za publiczną ochronę zdrowia. Standardem przyjętym do kodowania zabiegów jest OPCS-4, zaś do rozpoznania ICD-10. Lista kodów OPCS-4 została stworzona przez NHS Information Authority i jest co rok poprawiana. Prowadzone są też szkolenia i egzaminy dla osób zajmujących się kodowaniem. Ponieważ NHS nie kontraktuje procedur w placówkach prywatnych, stosowany w niej system nie musi być wszechstronny i ma bardziej znaczenie dla sprawozdawczości niż rozliczeń.

Biorąc pod uwagę długotrwałość procesu tworzenia listy, udział wielu instytucji, reprezentatywność, jest to najlepiej dopracowany i najbliższy praktyce lekarskiej system.

We Francji kasy ubezpieczenia zdrowotnego stosują system CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), który jest zintegrowany z elektroniczną dokumentacją lekarską lub może być używany w wersji drukowanej i służy zarówno rozliczeniom z publicznymi, jak i prywatnymi świadczeniodawcami.

Przeniesienie CPT do praktyki lekarskiej w Polsce na pewno wymagałoby sporego wysiłku i zaangażowania wielu organizacji i instytucji. Nie ulega jednak wątpliwości, że wykorzystanie ogromnego doświadczenia AMA bardzo ułatwiłoby stworzenie spójnej i przejrzystej listy, która mogłaby zastąpić bardzo niedoskonałe spisy używane obecnie.

Moglibyśmy uniknąć tworzenia systemów kodowania dostosowanych do szczególnych rozwiązań organizacyjnych i finansowych, które na pewno będą ulegały częstym zmianom. CPT ma wiele zalet i na pewno bardzo przydałaby się w Polsce.



Jak się ocenia?

Michał Treliński

W opublikowanym niedawno raporcie pt. „Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej”, przygotowanym na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, oprócz diagnozy sytuacji i proponowanych poprawek dostosowujących ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ do wymogów konstytucyjnych, zawarto też propozycje rozwiązań strategicznych. Ich celem ma być kształtowanie kierunku polityki zdrowotnej w kolejnych latach trudnych reform, realizowanych najprawdopodobniej przez kolejne rządy.

Jednym z proponowanych rozwiązań, mających szansę na realizację, jest powołanie instytucji o nazwie Polska Agencja Oceny Technologii Medycznych (PAOTM). Zakres obowiązków PAOTM w dużej mierze miałby przypominać działalność istniejącego od kilku lat brytyjskiego odpowiednika o wdzięcznej nazwie *NICE* (*National Institute for Clinical Excellence*).

Idea powstania instytucji takiej jak *NICE* zrodziła się pod koniec lat dziewięćdziesiątych, w wyniku działań reformatorskich mających na celu modernizację narodowego systemu ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii (*NHS*). Głównym celem wprowadzanego w 1998 roku 10-letniego programu zmian było usprawnienie jego funkcjonowania i podniesienie jakości oferowanych przez *NHS* usług.

Podstawowe założenia zakładały wyrównanie dysproporcji w dostępie do różnego rodzaju świadczeń na terenie kraju oraz poprawę jakości i efektywności działań. Jedną z kilku powołanych wtedy struktur był właśnie *NICE*, którego głównym zadaniem było (i jest nadal) dostarczanie porad i ocen, które wskazują jaki rodzaj terapii cechuje się najwyższą wartością i tym samym zasługuje na wsparcie z publicznej kasy. Raporty *NICE* mają odpowiedzieć np. na pytania: czy zastąpienie dotychczas stosowanej farmakoterapii nowym lekiem przyniesie poprawę efektywności klinicznej i ekonomicznej (w dłuższym okresie) lub czy nowy lek zmniejszy zapotrzebowanie na wykonywanie skomplikowanych procedur chirurgicznych.

NICE nie zajmuje się natomiast prowadzeniem rejestracji i licencjonowaniem leków, nie analizuje też wszystkich stosowanych w ochronie zdrowia metod leczniczych.

Wnioski do Instytutu z prośbą o rekomendację kierowane są wtedy, gdy wykorzystanie poszczególnych leków lub

aparatów medycznych cechuje się dużym zróżnicowaniem regionalnym oraz gdy pojawiają się głosy krytyczne i niepewność co do wartości stosowanych terapii. Równie ważnym powodem zleceń jest pojawienie się nowych, innowacyjnych metod i produktów.

W założeniach opracowanej wtedy reformy podkreślono wagę pożądaną wysokiej jakości i skuteczności klinicznej stosowanych procedur i technologii medycznych. Kwintesencją takiego podejścia jest wypowiedź ówczesnego ministra zdrowia Franka Dobsona: „Wysoka jakość i efektywność kosztowa to dwie strony tej samej monety. Obie są potrzebne.”

NICE, będąc jednostką badawczą podległą publicznemu płatnikowi, zachowuje jednak dużą niezależność w kreowaniu opinii i ocen.

Instytut odpowiedzialny jest za dostarczanie rzetelnych i racjonalnych porad w zakresie opieki medycznej i metod leczenia zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów oraz wszystkich tych, którzy podejmują decyzje na temat planowania i alokacji środków finansowych w systemie ochrony zdrowia.

Porady te publikowane są w formie raportów. Aktualnie są to: oceny technologii medycznych, wytyczne kliniczne i wskazania do procedur interwencyjnych.

Wytyczne i rekomendacje przygotowywane są w niezależnych zespołach składających się nie tylko z profesjonalnych pracowników *NHS*-u, ale także ekspertów zewnętrznych, lekarzy specjalizujących się w danej tematyce oraz grup pacjentów i ich rodzin, których omawiana terapia dotyczy.

Oceny technologii medycznych

Oceny technologii medycznych, to rekomendacje dotyczące nowych i aktualnie stosowanych przez *NHS* metod diagnostyki i leczenia. Oceniane są przede

wszystkim produkty farmaceutyczne, aparaty medyczne, techniki diagnostyczne, procedury chirurgiczne oraz działania z zakresu promocji zdrowia.

Podstawą tworzonych przez *NICE* rekomendacji są udokumentowane dowody kliniczne i ekonomiczne.

Dowody kliniczne są wynikiem pomiarów efektywności klinicznej zastosowanej terapii i bazują na standardach medycyny opartej na dowodach naukowych (*EBM*). Dowody ekonomiczne pokazują jaka jest relacja pomiędzy stosowaną technologią medyczną a poniesionym kosztem.

Decyzja wyboru o tym w jakiej kolejności i jakiego rodzaju technologie medyczne będą oceniane należy do władz odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w danym regionie, tj. Ministerstwo Zdrowia w Anglii oraz *Welsh Assembly Government* w Walii. Odbywa się to poprzez skierowanie odpowiedniego wniosku do *NICE*. W Szkocji oraz Irlandii Północnej także istnieją organizacje o podobnym profilu działalności jak *NICE*.

Po przyjęciu zlecenia Instytut powołuje niezależny zespół ekspertów (*Appraisal Committee*), który oprócz analizy efektywności klinicznej i analizy koszt-efektywność, identyfikuje, a następnie prowadzi rozmowy ze wszystkimi grupami zainteresowanymi wprowadzeniem danej technologii do powszechnego użytku. Tak więc przed podjęciem decyzji oraz publikacją ostatecznej wersji rekomendacji prowadzone są konsultacje z pacjentami, klinicystami, przedstawicielami izb lekarskich i towarzystw naukowych, ekspertami *NHS* i producentami ocenianej technologii medycznej.

Wytyczne kliniczne

Wytyczne kliniczne są to rekomendacje na temat właściwego leczenia i postępowania, dotyczące specyficznej jed-

nostki chorobowej i warunków prowadzonej opieki nad pacjentem. To zalecenia, których celem jest uzupełnienie, a nie zastąpienie wiedzy i umiejętności doświadczonych specjalistów.

Procedury tworzenia wytycznych są podobne jak w przypadku ocen technologii medycznych. Na zlecenie władz *NICE* opracowuje temat oraz powołuje niezależną grupę ekspertów (*Advisory Committee and Guideline Development Group*), po czym przedstawia projekt do publicznej konsultacji. Wszystkie zainteresowane grupy mają prawo do komentarza i przedstawienia swojego punktu widzenia, co ostatecznie wpływa na końcową zawartość raportu.

Wskazania do procedur interwencyjnych

Wskazania do procedur interwencyjnych oceniają czy wykonywanie określonych metod diagnostycznych lub leczniczych jest wystarczająco bezpieczne, aby można było je stosować rutynowo. Mianem procedur interwencyjnych określa się takie procedury, w których przeprowadza się przynajmniej jedną z następujących czynności:

- wykonanie cięcia lub otworu w celu uzyskania dostępu do wnętrza ciała pacjenta, np. artroskopia lub wprowadzenie cewnika do naczynia krwionośnego,
- uzyskanie dostępu do jam ciała, takich jak pęcherz moczowy, drzewo oskrzelowe czy przewód pokarmowy, bez przerywania ciągłości tkanek miękkich, np. gastroenteroskopia lub cewnikowanie pęcherza moczowego,
- użycie energii elektromagnetycznej (promienie rentgenowskie, laser, ultrafiolet) lub ultradźwięków, np. USG macicy czy fotokoagulacja siatkówki.

Wskazania w zakresie procedur interwencyjnych służą zarówno pacjentom (procedura sprawdzona pod kątem bezpieczeństwa, publiczny dostęp do informacji), jak i przedstawicielom *NHS* oraz lekarzom (wsparcie i zachęta do wprowadzania nowych metod lub technologii, tworzenie standardów medycznych).

Wysoki poziom opracowywania danych, systematyczny przegląd publikacji, powoływanie każdorazowo nowego składu komisji ekspertów, a przede wszystkim konsultacje ze wszystkimi zainteresowanymi środowiskami są przyczyną przewlekłości całego procesu (12 do 14 miesięcy). Jednak odpowiednia ilość czasu oraz jasność i prze-

rzystość procedur są warunkiem wysokiej jakości przedstawianych publicznie rekomendacji.

Warto również zwrócić uwagę na włączenie w proces decyzyjny przedstawicieli społeczeństwa (podatników). *NICE* w trakcie tworzenia rekomendacji ma obowiązek powołać Radę Obywatelską (*Citizens Council*). Jest to grupa 30 osób zróżnicowana ze względu na wiek, płeć, środowisko społeczne i etniczne. Żaden z przedstawicieli tej Rady nie może być pracownikiem *NHS* lub osobą związaną z organizacjami pacjentów, zawodów medycznych albo dostarczycieli badań technologii.

Dostęp do publikacji *NICE* jest powszechny. Kopie raportów rozsyłane są do wszystkich zainteresowanych tematem i pracujących w ochronie zdrowia osób oraz publikowane w Internecie. Na życzenie pacjentów oraz specjalistów wiadomości na temat daty ukazania się nowych raportów mogą być dostarczane pocztą elektroniczną. Co miesiąc ukazuje się elektroniczna gazeta (*E-Newsletter*), która informuje o szczegółach aktualnie prowadzonych prac. Dostępna jest również informacyjna linia telefoniczna (*NHS Respons Line*).

Organizacja o nazwie *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* działa w Anglii i Walii już od 5 lat. Choć to nazwa własna, której zwykle się nie tłumaczy, to można pokusić się o jej przełożenie jako Narodowy Instytut ds. Doskonałości Klinicznej, bo właśnie o poszukiwanie doskonałości tutaj chodzi. Jej wyrazem ma być standaryzacja i poprawa efektywności stosowanych w ramach systemu usług, ale także poprawa jakości.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że istotnym celem tych działań jest znalezienie tzw. dobrej wartości, a nie tylko ograniczanie wydatków w ministerialnym budżecie.

Jednak do takiego sposobu myślenia potrzebna jest wola polityczna i społeczne przyzwolenie, wynikające ze świadomości, że nowoczesna medycyna kosztuje i nic nie wskazuje na to, iż będzie taniej. Ważne, żeby było bardziej racjonalnie.

Autor, dr n. med., jest pracownikiem Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, stypendystą Marie Curie Training Fellowship na Uniwersytecie w Sheffield w Wielkiej Brytanii.

Adres e-mail: mitrel@poczta.onet.pl lub michal.trelinski@hipokrates.org

REKLAMA

REKLAMA

LEP raz jeszcze

Z wielkim zainteresowaniem przeczytaliśmy w numerze 7-8 „GL” sprawozdanie oraz komentarze Haliny Kleszcz z XI Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy, a w szczególności część dotyczącą Lekarskiego Egzaminu Państwowego (Halina Kleszcz „LEP. Nie będzie odroczenia”, „GL” nr 7-8/2004). Głównie ze względu na nieprzychylny nam, stażystom, charakter artykułu i wielokrotne wprowadzanie w błąd czytelników. Czujemy się zobowiązani do sprostowania.

W kwestii Trybunału Konstytucyjnego autorka artykułu pisze: „(...) podczas prezentacji przygotowanej przez OALS była nawet mowa o ekspertyzie prawnej, wg której wprowadzając LEP naruszono konstytucję i cała sprawa nadaje się do Trybunału Konstytucyjnego (osoby dobrze poinformowane wykluczają taką możliwość – przyp. H.K.)”. Po pierwsze, rzeczą zasadniczą jest, że chodzi nie o samo wprowadzenie LEP-u, tylko aktów wykonawczych do niego. Po wtóre, skarga już wpłynęła do TK i na obecnym etapie prosimy o wstrzymanie się ze swoimi opiniami do czasu rozstrzygnięcia sprawy przez instytucję do tego powołaną, a nie osoby „dobrze poinformowane”.

Kolejna kwestia to zarzucanie nam w kilku miejscach artykułu, że do walki o nasze prawa zaangażowaliśmy parlamentarzystów i środki masowego przekazu. Nigdzie nie spotkaliśmy się natomiast ze wzmianką, że organy samorządu lekarskiego na szczeblu „naczelnym” nie były zainteresowane naszymi problemami i wątpliwościami. Podczas gdy okręgowe izby lekarskie w wielu miejscach Polski wystosowały apele i pytania do Naczelnej Rady Lekarskiej co czyni w naszej sprawie, spotykały się one z brakiem reakcji. Również zastrzeżenia zgłaszane do NRL przez samych stażystów przeszły bez echa.

W artykule użyte są wniosłe stwierdzenia, że LEP jest niezbędny, by lekarz był „rzetelnie przygotowany do

zawodu”, czy że „(...) to gwarancja jakości, która powinna uchronić polskich lekarzy od startu ze straconych pozycji w krajach unijnych, gdzie rysuje się wyraźna tendencja do traktowania przybyszy jako lekarzy drugiej kategorii”. Uważamy, że nierzetelnie przygotowany egzamin nie może sprawdzić „rzetelnego przygotowania do zawodu”.

OALS od początku swojej działalności podkreśla, że ramowy program stażu ma wiele braków i nie sprawdzi wiedzy należycie. A co do traktowania nas jako lekarzy drugiej kategorii, to odwiedzając zachodnie szpitale można przekonać się, że nasi koledzy są traktowani na równi (zresztą bezwzględnie nakazuje tego prawodawstwo unijne), jak również uznawani są za wspaniałych fachowców i znakomych pracowników. W przeciwnieście do polskich realiów medycznego rynku pracy, na Zachodzie opiera się on właśnie na prawach rynkowych i czy z LEP-em, czy bez, obiecujemy, że się na nim świetnie odnajdziemy.

Zatytułowanie części artykułu „*Byłe odsunąć*” i opisywanie w nim OALS jako grupy obsesyjnie dążącej do kolejnego przesunięcia egzaminu to skandal. Postulowaliśmy i postulujemy wprowadzenie zmian, które zapewniłyby „ludzką twarz” egzaminu. Przesunięcie było przez nas zawsze podawane jako „koło ratunkowe” w przypadku niemożności wprowadzenia sugerowanych przez nas zmian. Takie też było stanowisko przedstawicieli OALS podczas konferencji. Trzeba było naprawdę wielkiego wysiłku, żeby nie zrozumieć naszego stanowiska.

Bardzo ważną kwestią jest także rozpowszechniana przez NRL opinia, że będąc w posiadaniu ograniczonego prawa wykonywania zawodu pomiędzy końcem stażu a uzyskaniem pełnego prawa wykonywania zawodu możemy pracować na dotychczasowych zasadach. To interesująca teoria, tym bardziej że odmienna od stanowiska wielu dyrekcji szpitali i prawników.

Owszem, ograniczone prawo wykonywania zawodu nie „wygasa” po zakończeniu stażu, ale przepisy prawa wyraźnie stwierdzają, że otrzymujemy je na konkretny czas trwania stażu poddyplomowego i obowiązuje wyłącznie w miejscu wykonywania stażu (Art. 15 Ustawy o zawodzie lekarza). Nie możemy więc z niego korzystać po jego zakończeniu.

Zakładając jednak, że jakaś instytucja podzieliłaby pogląd NRL, rodzi się kolejne pytanie: Kto ma zagwarantować środki płatnicze na nasze pensje? Ministerstwo Zdrowia? Nie ma takiego obowiązku i wątplię, aby uczyniło to z własnej woli. Dyrekcja szpitala? Również mało prawdopodobne, bo po co dyrektorom niepełnowartościowi lekarze, podczas gdy na ich biurkach leżą podania naszych starszych kolegów z pełnym prawem wykonywania zawodu, rozpatrzone negatywnie ze względu na brak etatów.

Należy się również kilka słów komentarza do wypowiedzi prezesa Radziwiłła, dotyczących doświadczenia zdobytego przez Centrum Egzaminów Medycznych podczas kilku lat przeprowadzania egzaminu TEM, kwalifikującego obecnie na specjalizację. Właśnie ta sprawa budzi nasze duże obawy.

Oto bowiem egzamin odbywa się od kilku już lat i notorycznie pojawiają się na nim pytania spoza zakresu wymaganej wiedzy. Gdzie więc skuteczność trójstopniowej procedury układania pytań, o której przekonywał nas Prezes? Są i inne zastrzeżenia.

Podczas TEM dochodzi do oszustw, cynicznie nazywanych „współpracą pomiędzy zdającymi”, co wypacza ideę konkursu. Pomimo tak krótkiego odcinka czasu, który dzieli nas od terminu LEP-u, wciąż nie istnieje regulamin egzaminu! Wszystko to powoduje, że CEM nie jest dla zdających instytucją wiarygodną, nawet, jeśli by zapomnieć o aferach sprzed kilku lat, związanych ze sprzedażą testów egzaminacyjnych w Łodzi i Białymstoku.

Nieprawdziwa jest też teza, lansowana przez Panią Redaktor, jakoby przeciwnie egzaminowi w aktualnej formie były środowiska akademickie „nie przodujące w rankingach”. Dotychczasowe rankingi nie pokrywają się z wynikami TEM-u.

Podczas ostatniego egzaminu najwyższe średnie wyników przypadły zdającym w Lublinie i Szczecinie, gdzie znajdują się uczelnie ze środka tabeli rankingów, natomiast w miastach akademickich o tradycyjnie najwyższej renomie (Poznań, Warszawa, Wrocław) średnie wyniki były o kilka punktów gorsze.

Czas obalić mit o „słabych uczelniach”, drżących przed egzaminem.

Tomasz Zakrzewski
drtz@wp.pl

Robert Wiktor Knap
padrone@med.pam.szczecin.pl

Pytania bioetyczne dotyczące biotechnologii prenatalnej

Komisja Etyki Lekarskiej NRL organizuje 25 listopada 2004 r. konferencję pt. „Pytania bioetyczne dotyczące biotechnologii prenatalnej”. Tematem będą problemy etyczne związane z komórkami macierzystymi pozyskiwanymi z ludzkich embrionów lub z innych źródeł, klonowaniem człowieka, problemem „nadliczbowych embrionów” oraz „medycznie wspomaganej prokreacji”. Konferencja odbędzie się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej, Al. Sobieskiego 110, Warszawa, w godz. 11.00-17.00.

Krótkie wykłady wygłoszą:

1. Prof. dr hab. **Andrzej Zoll** – rzecznik praw obywatelskich
2. Emerytowany prof. dr hab. **Tadeusz Tolłoczko** – były rektor AM w Warszawie, były kierownik Kliniki Chirurgii Naczyń i Transplantacji AM w Warszawie
3. Prof. dr hab. **Tadeusz Mazurczak** – kierownik Zakładu Genetyki Medycznej, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie
4. Doc. dr med. **Romuald Krajewski** – przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego
5. Prof. dr hab. **Bogdan Chazan** – Szpital Świętej Rodziny, Warszawa
6. Prof. dr hab. **Wiesław Wiktor Jędrzejczak** – AM w Warszawie, kierownik Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych; Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny (Warszawa) – ordynator Kliniki Hematologii
7. Ks. prof. dr hab. **Tadeusz Biesaga SDB** – Katedra Bioetyki Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków
8. Prof. dr hab. **Stanisław Radowski** – konsultant krajowy ginekologii i położnictwa, kierownik Kliniki Endokrynologii Ginekologicznej AM w Warszawie
9. Dr **Konstanty Radziwill** – prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
10. Dr n. med. **Jerzy Umiastowski** – przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL

Dyskusja

Zapraszamy do udziału w konferencji.

Dodatkowe informacje zostaną opublikowane w listopadowym numerze „Gazety Lekarskiej”.

Dzięki zatrudnieniu w szpitalach akademickich lekarze mogą liczyć na korzyści, o których nawet nie śnią lekarze w terenie. Ale którzy i czy zawsze...

Lekarz w szpitalu klinicznym

Szczepan Cofta

Na trudny status lekarza w szpitalu klinicznym składa się nie do końca określona relacja między organem założycielskim, jakim są akademie medyczne, a publicznym szpitalem będącym samodzielnym przedsiębiorstwem.

Lekarz akademicki ma podwójną zależność. Z jednej strony od jednostki uczelnianej, z drugiej zaś od dyrekcji szpitala, która zasadniczo nie ma żadnego wpływu na jego zatrudnienie. Jeśli natomiast nie ma wpływu na zatrudnienie, to i jej odpowiedzialność – w wyobrażeniu administrujących – wydaje się być mniejsza.

Lekarze kliniczni poświęcają często więcej niż trzy wynikające z umowy godziny dziennie na rzecz szpitala klinicznego, nie oglądając się na żadne wynagrodzenie za wykonaną pracę. W sytuacji takiego zaangażowania nie powinniśmy dziwić się frustracjom i nieodpowiedzialnemu podejściu do procedur administracyjnych szpitala, bagatelizowaniu coraz większych obciążeń pracą sprawozdawczą.

Nie są odoosobnione przypadki, gdy np. samodzielni pracownicy nauki odpowiedzialni za działalność całych oddziałów lub będący zastępcami ordynatorów opłacani są przez szpital kliniczny w kwotach nie przekraczających sześciuset złotych netto miesięcznie. Czy w takiej sytuacji może zrodzić się dojrzała współodpowiedzialność za funkcjonowanie szpitala klinicznego?

Wydaje się, że lekarze będą w przyszłości odciążeni od wielu prac administracyjnych, poza, oczywiście, wymogiem precyzyjnego prowadzenia dokumentacji lekarskiej. O wiele wreszcie taniej będzie utworzyć nie fikcyjny, lecz rzeczywiście skuteczny sekretariat medyczny z właściwie przygotowaną do

tego kadrą; jej stan obecny, umiejętności i styl działania są często opłakane.

Nie powinniśmy więc zapominać, że to dzięki prestiżowemu zatrudnieniu w jednostce akademickiej mamy profity będące skutkiem wykonywanej w szpitalu klinicznym pracy. Wiąże się to z możliwością uprawiania bardziej prestiżowych praktyk prywatnych, a także wielu korzyści co najmniej niejednoznacznych, a nieraz nawet korupcyjnych. Dotyczyć to może części lekarzy w specjalnościach, na które nakłady na leki bądź sprzęt są bardzo wysokie. W skali jednego szpitala klinicznego zakupy leków to często kilkadziesiąt milionów złotych rocznie, a sprzętu co najmniej kilkanaście.

Lekarz akademicki ma szanse więcej zarobić prowadząc badania kliniczne. Ważnym zadaniem szpitala klinicznego jest stworzenie właściwej atmosfery promującej takie badania, gdyż świadczyć mogą o randze ośrodka i mogą także szpitalowi przynieść wymierne środki finansowe.

W kolejce po profity ustawia się, często w sposób nie w pełni uzasadniony, środowisko apteczne lub laboratoryjne (wszystko wykonywane jest w ramach etatowej pracy). Pion ekonomiczno-administracyjny ma również skłonności do komplikowania procedur.

Relacje między organem założycielskim a szpitalem są tak splecione i niejednoznaczne, że tylko ich gruntowne uporządkowanie wg obcych wzorców przyniosłoby pozytywne efekty

dla wszystkich stron. Twierdzenie, że utrwalanie obecnego stanu służy dobru wspólnemu, to ułuda.

Dyrekcjom szpitali klinicznych może często się wydawać, że są wyzyskiwane w tym względzie przez akademie medyczne. W uczelniach zaś panuje powszechna świadomość, że to szpital wykorzystuje jej pracowników.

Świadomie na uboczu pozostawiłem szereg problemów związanych z systemem specjalizacji, w tym rezydentur, odbywanych w szpitalach klinicznych. Już teraz z bólem dostrzegamy krótkowzroczność systemu specjalizacyjnego, gdy zaczyna powstawać luka pokoleniowa w wielu specjalnościach. Czy nie okaże się w najbliższych latach, że w wielu dziedzinach specjalistów jest zbyt mało? Stało się to wypadkową ograniczeń wprowadzonych przez samo nasze środowisko i zewnętrznych realiów ekonomicznych (trudności w znalezieniu funduszy na szkolenie).

Lekarz akademicki w szpitalu klinicznym – nawet zajmując tzw. decyzyjne stanowisko – czuje niemożność przeniknięcia całej administracyjnej maszyny duchem służebnej troski o podnoszenie jakości usług medycznych i ich organizacyjne porządkowanie. Decydenci

ekonomiczni chętniej zajmują się – jakże ważnymi – sprawami poprawności księgowej, szczelności informatycznej, inwentaryzacji czy analityką finansową, spychając na bok nurt porządkowania działalności medycznej i optymalizacji jej organizacji.

Nastroje antylekarskie – wyrażane przez część administracji szpitalnej oraz pielęgniarki – próbując egzemplifikować patologiczne zachowania lekarzy w praktyce w zasadzie obnażają patologie funkcjonującego systemu. Bez uszanowania miejsca środowiska lekarskiego w strukturze szpitalnej burzy się możliwość jakichkolwiek działań racjonalizujących funkcjonowanie szpitala. Nie można nie rozumieć w chwili obecnej, że gremia lekarskie są podstawowymi, które – przy twórczej współpracy – mogą współdziałać w ograniczeniu kosztów funkcjonowania szpitali, gdyż wytwarzają największe koszty działalności medycznej.

Naszą natomiast, lekarską, powinnością jest zachowanie pokory, tym bardziej w obliczu uprzywilejowania naszego zawodu, wynikającego z samej jego istoty: bezpośredniego niesienia pomocy człowiekowi choremu. Pokory wymaga także dysponowanie według

naszego, medycznego, osądu olbrzymimi często środkami materialnymi.

Jakie powinno się preferować rozwiązania? Wydaje się, że słuszną tendencją będzie dążenie do właściwego opłacenia działalności lekarskiej w szpitalu klinicznym. Tendencja ta, może ewolucyjnie, powinna być wprowadzona w możliwie najbliższym czasie. Jeśli tak się nie stanie, wymuszą to na pewno zewnętrzne niebezpieczeństwa związane z ewentualnym nawet odpływem wysoko specjalistycznej kadry lekarskiej także ze szpitali klinicznych.

Ku wspólnemu pocieszeniu warto podkreślić, że przed szeroko pojętym środowiskiem lekarskim – także pracującym w szpitalu klinicznym – musi jawić się perspektywa poprawy jego statusu, w tym także ekonomicznego. Ale bez odwagi decyzji i bezkompromisowości zbyt wiele nie uczynimy. Wszelka połowiczność rozwiązań obróci się przeciwko nam.

Jedno jest pewne: zagubienie lekarza w szpitalu klinicznym jest w zasadzie równocześnie zagubieniem tak samo jego szpitala, jak i jego uczelni.

Autor jest naczelnym lekarzem Szpitala Klinicznego nr 1 Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej w Poznaniu

Zapowiedzi a rzeczywistość

Co się zmienia dla lekarzy i pacjentów? Jak nas widzą posłowie i senatorowie

Andrzej Fortuna

27 sierpnia br. Sejm RP przyjął ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Najważniejszą, zapowiadaną zmianą systemową miało być wprowadzenie dwóch podstawowych rodzajów świadczeń zdrowotnych: świadczeń „gwarantowanych” zdefiniowanych jako świadczenia bezpłatne, w pełni finansowane przez Fundusz, i świadczeń tzw. alternatywnych, udzielanych wg zasady współpłacenia przez osoby ubezpieczone, przy określonym w ustawie udziale finansowym w kosztach tych świadczeń.

W zakresie świadczeń stomatologicznych w miejsce dotychczas bezpłatnych świadczeń zdefiniowanych jako podstawowe i dodatkowo przysługujące dzieciom i młodzieży oraz kobietom w okresie ciąży i porodu miały się pojawić świadczenia „gwarantowane” i „alternatywne”, których standard i rzeczywista wartość kwotowa byłaby określona przez powołane do tego instytucje i na tej podstawie miało mieć miejsce kontraktowanie tych świadczeń.

Zmieniono tylko nazwy w słowniczku zawartym w art. 5 ustawy i zdefiniowano jako „gwarantowane” świadczenia finansowane w całości przez Fundusz (bezpłatne) nie pozostawiając świadczeń alternatywnych.

Artykuł 31 w trzech ustępach określa uprawnienia ubezpieczonych, pozostawiając świadczenia gwarantowane dla wszystkich i dodatkowo gwarantowane dzieciom i młodzieży oraz kobietom w okresie ciąży i porodu (wyrazy „świadczenia podstawowe” zamieniono na „uznane za gwarantowane”).

W ust. 4 tego artykułu zobowiązano, jak to miało miejsce dotąd, ministra zdrowia do ustalenia wykazu tych świadczeń gwarantowanych w porozumieniu z prezesem Funduszu i NRL.

W moim głębokim przekonaniu ten zapis ustawowy nie spełnia wymogu określonego przez Trybunał Konstytucyjny, który zobowiązał ustawodawcę do określenia w ustawie (!) uprawnień osób ubezpieczonych do określonych świadczeń zdrowotnych.

Moje przekonanie potwierdza fakt, iż po wycofaniu się ustawodawcy i rządu z wprowadzenia współpłacenia i utworzenia instytucji mającej za zadanie określenie zasad kwalifikacji świadczeń i procedur do zakresu świadczeń gwarantowanych i równoczesnym zniesieniu pojęcia świadczeń ponadstandardowych, nie ma żadnych określonych zasad wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych tych procedur i świadczeń, które powinny być uznane jako podstawowe dla realizacji celów zdrowia w systemie świadczeń finansowanych solidarnie.

Jakby było mało, równocześnie w treści ust. 4 art. 31 ustawy zobowiązano ministra do określenia wykazu materiałów nie potwierdzając, że chodzi o materiały stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych.

Należy zwrócić równocześnie uwagę na fakt, że w załączniku do ustawy określającym wykaz świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych, który w rzeczywistości zawiera wykaz świadczeń dotąd uznawanych za ponadstandardowe, nie wykazano świadczeń stomatologicznych innych niż przysługują ubezpieczonym na podstawie ustawy. Prawdopodobnie osoba ubezpieczona może dochodzić prawa do uzyskania świadczeń nie będących w wykazie świadczeń gwarantowanych, jak bowiem zaznaczyłem wyżej ustawa nie opisuje zakresu uprawnień ograniczając się do zlecenia tego zadania ministrowi.

Przedstawiony zbiór zapisów pozwala stwierdzić, że zamiast naprawy błędnych zapisów w dotychczas obowiązującej ustawie jeszcze bardziej zga-

twano sprawę uprawnień ubezpieczonych do świadczeń stomatologicznych co zapewne spowoduje problemy związane z kontraktowaniem świadczeń stomatologicznych w roku 2005 i może spowodować roszczenia ubezpieczonych.

Drugim ważnym problemem w udzielaniu świadczeń stomatologicznych przedstawianym Sejmowi przez NRL na wniosek Komisji Stomatologicznej NRL był i pozostaje problem dostępności do stomatologicznych świadczeń specjalistycznych i lekarzy dentystów specjalistów.

Oto w art. 57 rząd zaproponował zapis, że ubezpieczonym przysługuje bez wymaganego skierowania dostęp do specjalistów w wymienionych w ust. 2 tego artykułu specjalnościach. I tak: „skierowanie nie jest wymagane do świadczeń: 1) ginekologa i położnika; 2) **dentysty**; 3) dermatologa (...). NRL na wniosek Komisji Stomatologicznej w przyjętym stanowisku skierowanym do rządu i Sejmu wniosła o zmianę treści ust. 2 tego artykułu uzasadniając, że słowo „dentysta” nie ma żadnego odniesienia do lekarza dentystry specjalisty w jednej z dziedzin specjalizacji lekarza dentystry i w związku z tym treść tego zapisu powinna zostać zmieniona ze względów, wydawało się, oczywistych.

Proponowaliśmy, aby podzielono to na dostępność do lekarza specjalisty i do lekarza dentystry specjalisty z uwzględnieniem dostępności do specjalistów w zakresie stomatologii zachowawczej i stomatologii dziecięcej bez skierowania.

Sejmowa Komisja Zdrowia nie rekomendowała Sejmowi zmiany zapisu treści zawartej w projekcie. Bronili też tego tekstu przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, mimo że treść tego zapisu ustalona została z Departamentem

Ubezpieczeń Zdrowotnych ministerstwa na spotkaniu w którym uczestniczyłem jako przedstawiciel NRL.

I chociaż Komisja Zdrowia Senatu i Senat na posiedzeniu plenarnym uznali naszą argumentację i przyjęta została poprawka Senatu do art. 52 ust. 2 zgodnie z naszą propozycją, to jednak w końcu została ona odrzucona przez komisję sejmową i Sejm w ostatecznym głosowaniu.

W trakcie prac komisji sejmowej i Senatu przedstawiciele NRL uczestniczący w posiedzeniach komisji zwracali uwagę posłom, że zapisy te dla dobra systemu i ubezpieczonych powinny być inne (patrz stanowiska NRL), lecz nasze głosy nie uzyskiwały akceptacji posłanek i posłów. Nasze głosy skierowane do ministra Marka Balickiego przed ostatecznymi rozstrzygnięciami nie odniosły oczekiwanego skutku.

Posłowie i prawdopodobnie minister Balicki nie uznali spraw stomatologii za wystarczająco ważne, aby przedyskutować je ponownie i wysłuchać racji merytorycznych.

(Patrz stenogram na żółtym tle)

Wypowiedzi posłów, szczególnie posłów lekarzy, bo to oni głównie – jak wynika ze stenogramu – dyskutowali, a pozostali posłowie zdali się na ich opinie są dla mnie i pewnie dla większości stomatologów wyrazem niewiedzy na temat stomatologii, zasad kontraktowania świadczeń stomatologicznych, systemu jej funkcjonowania oraz faktu, że stomatologia po usunięciu jej z definicji podstawowej opieki zdrowotnej stała się odrębnym działem opieki zdrowotnej. Dział ten zaś stał się działem niczym, bo nie opisanym w żadnej strategii polityki zdrowotnej państwa i znalazł się w niezrozumiałym dla posłów – w tym, co najsmutniejsze, dla posłów lekarzy – miejscu.

Z dyskusji wynika, że posłowie nie próbują zrozumieć, iż w stomatologii są specjalizacje lekarzy dentystów podobnie jak są specjalizacje lekarzy.

Nie zadają sobie trudu, aby zasięgnąć opinii ekspertów i usłyszeć, że lekarz dentysta ogólnie praktykujący posiada określone kompetencje zawarte w dokumentach Unii Europejskiej i powinien być podobnie jak lekarz podstawowej opieki zdrowotnej tym, który sprawuje opiekę stomatologiczną nad rodziną (family dentistry) i korzysta z konsultacji specjalistów w uznanych za specjalizację dziedzinach stomatologii lub przekazuje im

na leczenie specjalistyczne swoich pacjentów.

Mogłoby się wydawać, że to spełnia oczekiwania posła Władysława Szko-pa, który mówi w czasie przywoływanej dyskusji o istniejącym w systemie bałaganie, z czym całkowicie się zgadzam i mam w tej opinii pełne poparcie Naczelnej Rady Lekarskiej.

Nie mogę jednak zgodzić się z tym, co mówi poseł Władysław Szkop na temat niechęci lekarzy dentystów do poddania się kontroli i niewłaściwego wykorzystania punktów. Pan Poseł, w sposób tym razem przewrotny, próbuje uzasadnić zdanie, że wykorzystanie punktów może wystąpić w czasie tygodnia, z tym że stomatolodzy nie chcą poddać się kontroli. Jest to oczywista insynuacja, że stomatolodzy oszukują! Przeciwnie takiej ocenie zdecydowanie protestuję!

Ustawa i podpisywane na jej podstawie umowy kontraktowe zobowiązują wszystkich świadczeniodawców do poddania się kontroli w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ. Świadczeniodawca nie decyduje czy chce czy nie chce poddać się kontroli. Jeżeli zatem NFZ, zdaniem Pan Posła, nie realizuje swoich obowiązków, to pretensje należy wnosić do NFZ lub do sprawującego nadzór na NFZ ministra zdrowia.

Należy też przypomnieć, że minister zdrowia powołał i opłaca ze środków publicznych cały duży aparat doradczo-kontrolny w postaci konsultantów krajowych i wojewódzkich, o którego działaniach nic nie wiemy jako podatnicy i świadczeniodawcy.

Jeżeli zdarzają się uzasadnione świadomą chęcią nadużycia, to na pewno będą potępione przez środowisko zawodowe lekarzy dentystów. Nie powinien jednak Pan Poseł, w moim przekonaniu, używać takiej argumentacji w dyskusji, która jest w rzeczywistości o czym innym, i bez podania faktów. Poseł Władysław Szkop, współtwórca systemu ubezpieczeń zdrowotnych i jego pierwszy organizator, dobrze wie lub wiedzieć powinien, że wykorzystanie punktów w ciągu tygodnia jest spowodowane limitem punktów wynikającym z limitu finansowego przyznawanego na jeden kontrakt (zresztą nigdy nie zdefiniowany przez Kasy ani NFZ). A który to nie pokrywa nie tylko wyrażonych, ale tym bardziej rzeczywistych potrzeb zdrowotnych osób ubezpieczonych. Nie pokry-

Jak było w Sejmie i Senacie?

JAK PRZEBIEGAŁA DYSKUSJA NAD SPRAWAMI STOMATOLOGII W SEJMIE I SENACIE W CZASIE OMAWIANIA ART. 7 UST. 2, POSŁUŻE SIĘ STENOGRAMEM Z POSIEDZEŃ, KTÓRY JEST DOSTĘPNY NA STRONACH INTERNETOWYCH SENATU I SEJMU RP (FRAGMENTY DYSKUSJI W SENACIE OPUBLIKOWAŁ „NEWSWEEK” Z 22.08.2004).

OTO FRAGMENTY DYSKUSJI JAKA MIAŁA MIEJSCE W SENACIE 10 SIERPNIĄ BR.:

Senator **Teresa Liszcz** (Blok Senat 2001): *Dla czego komisja (KOMISJA SENATU – PRZYPIS MÓJ, A. F.), w przeciwieństwie do Sejmu, ograniczyła dostęp do dentysty, z wyjątkiem dentysty w zakresie stomatologii dziecięcej i zachowawczej?*

Krystyna Sienkiewicz (SLD-UP): *Przepraszam, nie wiem o który przepis chodzi.*

Teresa Liszcz: *O poprawkę trzydziestą do art. 57. Komisja zmieniła ten katalog m.in. w przypadku dentysty – można iść bez skierowania tylko do dentysty w zakresie stomatologii dziecięcej i zachowawczej, podczas gdy w ustawie sejmowej była mowa o dentyście w ogóle. Dlaczego do dentysty ma być dostęp utrudniony?*

Krystyna Sienkiewicz: *Ale nie jest utrudniony, ja nie wiem z czego...*

Marszałek **Longin Pastusiak** (SLD-UP): *A może pojęcie stomatologii zachowawczej oznacza w ogóle powszechny dostęp.*

Teresa Liszcz: *A wyrwanie zęba to już nie jest stomatologia zachowawcza i trzeba mieć skierowanie, tak?*

Krystyna Sienkiewicz: *Jest, jest.*

Longin Pastusiak: *Nie wiem, to już chyba lekarze powinni wypowiedzieć się w tej sprawie.*

Teresa Liszcz: *Jeżeli wszystko jedno, to po co zmieniać?*

Minister zdrowia **Marek Balicki**: *Ja odpowiem na to pytanie. Jest sprawa z tymi stomatologami. Powiem tak: oczywiście pani senator ma rację, bo jest jeszcze specjalność chirurgia stomatologiczna, która zajmuje się resekcją. Tak to się nazywa? Chodzi o usuwanie zębów...*

Głos z sali: *Ekstrakcja.*

Marek Balicki: *Ekstrakcją, przepraszam, ekstrakcją zębów. I tak potrzebne by było w każdym przypadku skierowanie – w większości przypadków takie skierowanie jest. Ale nie zmieniamy stanu obecnego, jeśli taka zmiana nie rozwiąże żadnego problemu, a może stworzyć jakieś nowe, jednostkowe problemy.*

MIMO TEJ DYSKUSJI SENAT PRZYJĄŁ POPRAWKĘ.

DALSZY CIĄG DYSKUSJI MIAŁ MIEJSCE W KOMISJI ZDROWIA SEJMU RP, KTÓRA MIAŁA ZAOPINIOWAĆ PROPONOWANE POPRAWKI SENATU I REKOMENDOWAĆ SEJMOWI ICH PRZYJĘCIE LUB ODRZUCENIE.

PRZEDSTAWIAM WYBRANE CYTATY ZE STENOGRAMU POSIEDZENIA KOMISJI:

Krystyna Sienkiewicz (przedstawiciel Senatu): *Tę poprawkę można uznać jako poprawkę redakcyjną.*

Posłanka **Maria Gajecka-Bożek** (SLD): *Nie może to być poprawka redakcyjna. W czasie posiedzeń komisji zdrowia bardzo długo dyskutowaliśmy nad tym zapisem. To jest poprawka merytoryczna, a nie redakcyjna. Kto z państwa posłów chciałby zabrać głos w tej sprawie?*

Przedstawiciel NRL **Krzysztof Makuch**: *Większość z państwa otrzymała uzasadnienie do tej poprawki przedstawione przez samorząd lekarski. (...) Jeśli chodzi o kwestię nazewnictwa, w poprzednim zapisie przyjętym przez Sejm pojawia się nazwa „dentysta”, która nie jest ani tytułem zawodowym, ani nazwą specjalizacji. W tym zakresie uporządkowanie terminologii proponowane w poprawce Senatu jest w pełni zasadne.*

dokończenie na str. 18

Zapowiedzi a rzeczywistość

dokończenie ze str. 17

Druga kwestia to zasada dostępności do lekarzy specjalistów w zakresie stomatologii. Zdaniem samorządu lekarskiego ta dostępność powinna być ograniczona w zakresie dwóch specjalizacji, do których nie byłoby potrzeby skierowania. Chodzi o stomatologię dziecięcą i stomatologię zachowawczą.

W przypadku pozostałych specjalizacji – specjalności chirurgii szczękowej i pozostałych powinno obowiązywać skierowanie od lekarza, który zajmuje się ogólną opieką dentystryczną danego pacjenta. Ma to podwójne znaczenie. Z jednej strony umożliwia nadzór merytoryczny przez dysponenta środków, ale również przez instytucje odpowiedzialne za nadzór nad wykonywaniem zawodu. Stwarza właściwą możliwość kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Będzie w konsekwencji wpływać na bezpieczeństwo opieki nad pacjentem.

Stąd w imieniu samorządu lekarskiego proszę państwa o poparcie poprawki Senatu.

Posłanka Małgorzata Stryjska (PiS): Czy wyrwanie zęba wchodzi w zakres stomatologii zachowawczej?

Posłanka Maria Gajecka-Bożek (SLD): (...) Poprawka Senatu wprowadza zmianę tylko w odniesieniu do lekarza dentystry w zakresie stomatologii dziecięcej i stomatologii zachowawczej. Jeśli ktoś ma złamany ząb, to musi iść do lekarza stomatologii zachowawczej, aby otrzymać skierowanie do chirurga szczękowego. Czy ja, jako pediatra, mogę wystawić skierowanie do ortodonta, a w sytuacji gdy jest pod opieką stomatologa, ale ten nie daje skierowania do ortodonta?

Posłanka Małgorzata Stryjska (PiS): Jeżeli przyjmujemy poprawkę Senatu, w razie bólu zęba pacjent będzie musiał iść do lekarza rodzinnego po skierowanie, żeby móc mieć wyrwany ząb u dentystry. Uważam, że jest to zła poprawka.

MIMO TEJ DYSKUSJI POPRAWKA SENATU ZOSTAŁA PRZYJĘTA JEDNYM GŁOSEM. JEDNAK PO PRZERWIE POSŁANKA **Małgorzata Stryjska (PiS)** ZABRAŁA PONOWNIE GŁOS WNOŚĄC O REASUMPCJĘ GŁOSOWANIA, UZASADNIAJĄC TO TYM, ŻE *doszły mnie słuchy, iż nie wszyscy posłowie siedzący na sali zdążyli zagłosować. WNIOSEK ZOSTAŁ PRZYJĘTY.*

PODJEĆTO DYSKUSJĘ PONOWNIE. W TEJ DYSKUSJI WAŻNY JEST DO ZAUWAŻENIA GŁOS POSŁA **Władysława Szkopa (SDPL): (...) Cała zabawa pod nazwą „free full service” zawarta w omawianym artykule, polegająca na dostępie do świadczenia zdrowotnego bez skierowania, nie ma żadnego uzasadnienia. (...) Albo tworzymy podstawową opiekę zdrowotną będącą mechanizmem wpuszczania do systemu, albo tworzymy bałagan (...). Po drugie, powiem coś bardzo niemiłego o moim zawodzie. Zdaje się jednak, że trzeba zacząć mówić.**

Stomatologia zachowawcza, podobnie jak kilka innych dyscyplin medycznych, w ogóle nie pozwala na określenie, co tak naprawdę pacjentowi zrobiono w jamie ustnej. Wykorzystanie punktów przyznanych stomatologii zachowawczej może nastąpić w ciągu jednego tygodnia. Nikt tego nie sprawdzi. Dlaczego? Dlatego, że moi koledzy ze stomatologii zachowawczej i z innych dyscyplin nie chcą się poddawać systematycznemu nadzorowi i kontroli. Pacjentowi można zrobić fotografię jamy ustnej. Nie ma kontroli, nie ma nadzoru, jest kompletna swoboda wykorzystania punktów (...).

W PONOWNYM GŁOSOWANIU POPRAWKĘ SENATU ODRZUCONO 13 GŁOSAMI PRZY BRAKU GŁOSÓW PRZECIWNYCH I 4 WSTRZYMUJĄCYCH SIĘ.

wa nawet potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży, o które Pan Poseł wyrażał wielką troskę wnosząc poprawkę określającą dodatkowe świadczenia dla dzieci i młodzieży oraz kobiet w ciąży i w okresie połogu.

Do dzisiaj ilekroć mówimy o kontraktowaniu mam w uszach odpowiedź posła **Władysława Szkopa** na moje pytanie o środki finansowe na ten cel: „Środki się muszą znaleźć, Kasy zapłacą”.

I rzeczywiście, w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia znalazło się 330 mln zł i pozostało w uzasadnieniu, bo nigdy te środki nie pojawiły się w systemie.

Dotąd nigdy środki te nie przekroczyły jednego miliarda zł, co daje rocznie, na jednego ubezpieczonego z rozbudowaną opieką nad dziećmi, kwotę ok. 24 zł! Kwota ta nigdy nie przekroczyła wartości 5 euro na jednego ubezpieczonego rocznie!

W pierwszym planie finansowym NFZ na rok 2005 kwota ta ma wynosić 947 330 tys. zł. Mimo wzrostu składki i planowanych przychodów planuje się niższe nakłady na lecnicstwo stomatologiczne i programy profilaktyczne, których dotąd nie finansował Fundusz, ale tylko w niewielkim stopniu minister zdrowia poprzez NFZ.

Co za takie pieniądze można zrealizować w systemie, który korzystając ze swojej monopolistycznej pozycji, nie prowadząc analizy kosztów świadczeń i nie prowadząc prawdziwego monitoringu, ustala ceny świadczeń na poziomie dwu- i półkrotnie niższym od rzeczywistych ich kosztów? To pytanie warto jest zainteresowania posłów w interesie ubezpieczonych!

Pozwolę sobie na jeszcze jedną refleksję wynikającą z dyskusji poselskiej.

Czyja to wina, że wśród posłów, szczególnie posłów lekarzy, widoczna jest niewiedza o stomatologii i stomatologach. Czy to nie jest nasza wina, że nie potrafimy przekonać naszych koleżanek i kolegów, często działaczy wspólnego samorządu zawodowego, do naszych racji? Dlaczego nasze koleżanki i koledzy w OIL nie potrafią, a może nie chcą rozmawiać ze swoimi przedstawicielami w Sejmie i Senacie o problemach opieki stomato-

logicznej, aby nie była odbierana tak jak w wypowiedzi jednego z posłów lekarzy?

Ja nie mam od lat wątpliwości czy mogę wydać skierowanie na badanie dodatkowe, np. TK, kiedy skierowania na takie badanie odmówi pacjentowi lekarz POZ lub lekarz specjalista. O zakresie uprawnień decyduje ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Ja wiem jak mam pokierować mojego pacjenta.

Dlaczego my, przedstawiciele samorządu zawodowego, zamiast jako merytoryczni partnerzy jesteśmy odbierani jako „chciejcy”? Nie budzi natomiast mojego zdziwienia brak merytorycznego odniesienia się w dyskusji do problemu opieki stomatologicznej przez przedstawicieli ministerstwa zdrowia. W ministerstwie nie ma bowiem osoby odpowiedzialnej za stomatologię, która byłaby odpowiedzialna za koordynację działań dotyczących stomatologii pomiędzy departamentami, wobec Sejmu i Senatu, wobec NFZ, wobec uczelni, WHO itd.

Nie ma kraju w Europie, który by nie posiadał takiej komórki organizacyjnej w strukturach ministerialnych.

Nasze ministerstwo dotąd nie zrealizowało na stałe dezyderatu nr 17 Komisji Zdrowia Sejmu RP z 1993 r., który to dezyderat zobowiązywał ministra do powołania wydziału stomatologii. Dokonał tego minister **Jacek Żochowski**, ale jego następcy dopuścili do zniszczenia budującego się załączka takiego wydziału. O taki wydział dopominamy się od dawna. Stale słyszymy: nie ma etatów. Może Komisja Zdrowia Sejmu RP obecnej kadencji ponowi taki postulat, aby mieć lepszą, pełniejszą wiedzę na temat stomatologii.

Choć dyskusja posłów i senatorów zasmuciła mnie, to nie tracę nadziei. Zaczniemy znowu. Może jakimś wyjściem jest zapowiadana przez ministra „Zielona Księga”, a potem „Biała Księga”, a może zaczniemy od nowa z nowymi. Jacy oni będą i co zechcą zaproponować?

Jak dotąd nie widać rozsądnych pomysłów. Rząd mówi, że „elegantko brniemy naprzód” (Hunter, 1995). Czy rzeczywiście naprzód? W stomatologii, jak dotąd, na pewno nie!

Andrzej Fortuna

Sąd nad komornikiem

REKLAMA

Podczas ostatniego posiedzenia Senatu RP, 12 sierpnia br., senator Mirosław Lubiński wraz z senatorami Zbigniewem Religą i Jerzym Markowskim zgłosili zdumiewająco błyskotliwą w swojej prostocie poprawkę do ustawy o komornikach sądowych i egzekucji.

W myśl tej wynagrodzenie komornika w postaci opłaty egzekucyjnej uzależnione jest od dwóch elementów: poniesionych przez niego wydatków i wkładu pracy. Poprawka powoduje, że komornik może zastosować niższą opłatę niż 15%, a w wypadkach spornych sprawę rozstrzygnie sąd.

Dotychczas, zgodnie z art. 49 obowiązującej ustawy, opłata egzekucyjna jest określona w wysokości 15% wartości zgłoszonego roszczenia niezależnie od tego, jaką kwotę wyegzekwowali i jakie nakłady pracy oraz koszty ponieśli. Warto podkreślić, że wynagrodzenie komornika nie ulega zmniejszeniu w sytuacji umorzenia egzekucji ze względu na dobrowolne spełnienie świadczenia lub zawarcie ugody z wierzycielem bez nakładu pracy komornika. Wówczas często okazuje się, że największym wierzycielem dłużnika staje się komornik, żąda bowiem owych 15% od całości zgłoszonego roszczenia.

Powoduje to, że ich zarobek jest niewspółmiernie wysoki w stosunku do poniesionych wydatków i wkładu pracy, szczególnie w przypadku długów służby zdrowia. Dość powiedzieć, że w tym roku do końca lipca tylko na Dolnym Śląsku komornicy wyegzekwowali od NFZ tytułem długów szpitali i placówek zdrowia 100 mln zł uzyskując 15 mln zł zysku, choć ich praca ograniczała się często do wysłania dwóch pism: do NFZ i do dłużnika. W zeszłym roku komornik, który egzekwował długi Szpitala im. Batorego w Wałbrzychu zarobił na tym ok. 860 tys. zł! To właśnie sprzeciw dyrektora tego szpitala Romana Szelemeja wobec horrendalnych zarobków komorników osiągniętych kosztem służby zdrowia spowodował podjęcie tego tematu na forum Senatu.

Po burzliwej dyskusji podczas obrad Senatu i posiedzeń komisji, mimo usilnych zabiegów komorników i braku poparcia odpowiednich komisji senackich, poprawka głosowana w Senacie

jako wniosek mniejszości prezentowany przez senatora Lubińskiego, z zawodu lekarza, uzyskała zdecydowane poparcie senatorów: 55 głosów za, 25 przeciw, 5 wstrzymujących się.

Rozpoczął się drugi, jeszcze trudniejszy etap na drodze do zmiany istniejącego, niesprawiedliwego prawa egzekucyjnego: przyjęcie przez Sejm zgłoszonych poprawek. Komisja Sprawiedliwości i Praw Człowieka Sejmu ma opiniować parlamentowi podjęcie decyzji co do zaakceptowania poprawek. Zyskały one w ostatnim czasie szerokie poparcie w środowiskach pracowników służby zdrowia, kierowników placówek medycznych, pracodawców, a nawet przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości. Wszyscy doskonale rozumieją absurdalność obecnie obowiązującego prawa.

Szacunkowe i bardzo ostrożne dane wskazują, że jeszcze w tym roku budżet państwa zaoszczędziłby ok. 400-500 mln zł przy wprowadzeniu tych zmian.

Inicjatorzy kształtu poprawek dr Lubiński i dr Szelemej spotkali się z wieloma posłami, przedstawicielami samorządów gospodarczych i mediów. Mimo werbalnej akceptacji wszystkich zainteresowanych ostateczny wynik debaty sejmowej nie jest, niestety, przesądzony.

Środowisko komornicze świadome skutków finansowych proponowanych zmian podjęło bezprzykładne próby sparytowania toczącego się w tak dla niego niekorzystnym kierunku procesu legislacyjnego. Tym należy m.in. tłumaczyć odwołanie posiedzenia Komisji Sprawiedliwości i skierowanie do Biura Studiów i Analiz Sejmu przedłożonych przez Senat poprawek.

Po raz kolejny cisną się pytania: Czy interesy grupy 586 komorników ważniejsze są od losów setek tysięcy pracowników placówek służby zdrowia, zakładów pracy i innych pokrzywdzonych w komorniczych procesach egzekucyjnych? Czy potrzeba wizyty lekarza w Senacie, aby uzmysłowić dramat i stan finansów placówek służby zdrowia? Czy poczucie zdrowego rozsądku dwóch lekarzy przełoży się wreszcie na rzetelną pracę organów legislacyjnych?

*Mirosław Lubiński
Roman Szelemej*

REKLAMA



Dzicy prywatyzacji

Marek Wójtowicz

Datujący się od czasów Cesarstwa Rzymskiego termin „privatus” oznacza „oddzielony od państwa”.

foto. Marek Stankiewicz

Rzymianie, po własnych bolesnych doświadczeniach, uznali, że jeżeli coś jest państwowe, to prawie na pewno jest nierentowne, zżarte korupcją, nieefektywne i marnotrawione. A zabranie tego czegoś spod państwowej kurateli czyli sprywatyzowanie nagle eksploduje efektywnością i rentownością; a i łapówek nie trzeba dawać na prawo i lewo, no bo komu je dawać: samemu sobie? Inicjatora tych starożytnych przemian Oktawiusza Augusta nazywano „wyrachowanym i dojrzałym terrorystą, bandytą i kameleonem”.

W naszych czasach najsłynniejszym prywatizatorem była Margaret Thatcher, która niewydolną, osieroconą z kolonii państwową gospodarkę sprywatyzowała czyniąc z Wielkiej Brytanii liczące się mocarstwo światowe i zyskując przez to na sowieckim Kremlu polityczny pseudonim „Żelazna Dama”.

Współcześnie przez prywatyzację rozumiemy proces zmiany własności dóbr, któremu towarzyszyć mają naukowo zdefiniowane cechy prywatyzacji: wzrost dobrobytu, samostanowienie o sobie i swojej przyszłości, decentralizacja decyzji z przejęciem odpowiedzialności za ich skutki, wzrost efektywności ekonomicznej, rozwój demokracji gospodarczej, a zaraz za nią pojawienie się demokracji politycznej.

Najczęstsze epitety, na jakie mogą w Polsce liczyć inicjatorzy prywatyzacji, to: złodziej Polski, sprzedawczyk majątku państwowego, gangster, cholerny Europejczyk, zawoszony prywatyzator, budylnik, mafioso itp. A sama prywatyzacja w Polsce jest, zdaniem krytyków, zawsze „dzika”, niezależnie od tego, kto aktualnie rządzi.

Jeżeli ktoś żyje w chatce z gliny albo w indiańskim wigwamie, a zamiast do wykafelkowanego kibelka idzie w krzaczki, to mówimy, że jest dzikusem. Nie lubimy dzikich i ogół-

nie dzikości, dlatego jak coś jest z całkiem innej niż nasza „beczki” i tego czegoś nie lubimy, to krótko mówimy, że jest dzikie, czyli nie do zaakceptowania, i po prostu jest „be”. Z tego powodu słownik języka polskiego tłumaczy, że użycie terminu „dziki” służy opisywaniu zjawisk niezorganizowanych, nieuregulowanych, nieplanowanych, nielegalnych i samowolnych. Tytułową „dziką” prywatyzację należy zatem, zdaniem polskich „używczy” tego epitetu, rozumieć jako proces zmiany form własności zasobów rynku zdrowotnego pozbawiony kontroli, nielegalny, samowolny i ogólnie bardzo zły, wołający o pomstę do nieba.

Moja mama mieszka w bloku, który przez lata był własnością znanej w całym PRL-u lubelskiej Fabryki Samochodów Ciężarowych im. Bolesława Bieruta. Fabryka padła, choć Daewoo, a potem jakiś tajemniczy FS Holding próbowały coś tam po roku 1989 produkować: a to „Lubliny”, a to „Honkery”. Cztery przyfabryczne bloki mieszkalne też zaczęły padać, bo kolejni właściciele fabryki mieli gdzieś osiedle emerytowanych pracowników upadłej fabryki. Tynki metrami opadały, okna się pacyły, a drogi osiedlowe zapadały się na pół metra. Mieszkańcy bloku mojej mamy zdecydowali o wspólnej, „dzikiej” prywatyzacji.

Utworzyli wspólnotę mieszkaniową, uzgodnili czynsz niższy niż przed prywatyzacją, wybrali zarząd i w dwa lata ocieplili budynek, wymalowali na kolorowo, wyremontowali drogi, wymienili okna, założyli telewizję kablową, a jak już nie wiedzieli co by tu jeszcze zrobić, to postawili betonowe murki wokół kwietników przyblokowych. Nawet śmietnik zamykają na kłódkę, żeby im byle darmozjad z sąsiedztwa nie podrażał kosztów wywozu śmieci.

Nie tylko żaden poseł, ale nawet pies z kulawą nogą im w tym przedsięwzię-

ciu nie pomógł. Teraz są na swoim i ich blok na tle pozostałych błyszczy kolorami w słońcu jakby był z innej planety.

Taką samą sytuację mamy na rynku zdrowotnym: budynki szpitalne zbudowane przed laty niszczeją, aparatura pamięta czasy „gierkowskie”, a słabo opłacani lekarze i pielęgniarki nie mogą zrozumieć, dlaczego właściciel czyli samorząd terytorialny ma gdzieś te problemy i nie inwestuje w zdrowotną substancję.

Ano ma je gdzieś, bo ma inne kłopoty: utrzymanie szkół, dróg publicznych i domów opieki społecznej. Samorząd nie ma po prostu środków, żeby dać je jeszcze na szpitala.

Samorządowi łatwiej jest zrzucić winę za brak finansów na złe zarządzanie szpitalem i co jakiś czas zmienić dyrektora niż dać coś z własnego budżetu. Wychodzi taniej, a pracownicy szpitala uwierzą, że nowy dyrektor spowoduje, że będzie lepiej. A jak nie zrobi lepiej, to się go znowu zmieni i po raz wtóry pracownicy szpitala uwierzą, że kolejny trzeci dyrektor zrobi lepiej. A potem czwarty i piąty, a może szósty i siódmy nowy dyrektor będzie jedynym sposobem na oddalenie problemu.

W polskich realiach jest to zachowanie O.K., bo nie się kosztownego nie robi i nie naraża się na zarzut „dzikiej” prywatyzacji.

Nic się nie inwestuje, ale nie oddaje się publicznych zasobów niepublicznemu podmiotowi, który chce zainwestować własne, a nie publiczne pieniądze. Aż dziw bierze, że przy takim nastawieniu udało się sprywatyzować apteki, stomatologię i prawie cały POZ. Ale kluczowe dla systemu szpitala takiej szansy nie dostają.

Niech zniszczeją do cna, ale nie pójdą w obce, niepubliczne ręce i basta. Dość tej demokracji i wolnego rynku, bo całkiem zniknie niektórym partiom ich elektorat.

Przepisy są dla nas korzystne, ale...

Z dr. **Zbigniewem Kosteckim**, polskim chirurgiem praktykującym od 31 lat w Niemczech rozmawia Grażyna Ciechomska

• *Bardzo pana irytują różowe okulary polskich lekarzy wybierających się do pracy w UE. Także dziennikarzy, którzy opisują życie naszych lekarzy tam. Ale wiele lat temu pan też podjął wraz z żoną decyzję wyjazdu...*

– Wyjechaliśmy w 1973 r. Wtedy realia na świecie były zupełnie inne. Nikomu nie śniło się, że komuna padnie. NIKOMU.

• *Nie żałują państwo swojego wyboru?*

– Wyboru nie żałujemy i nigdy nie żalowaliśmy. Ale to długi temat. Nie na krótki wywiad.

• *Czy w Niemczech były tylko kłody?*

– W naszych czasach kłód było mniej. Ale też były. Jednak w tamtych latach z dużą większą sympatią odnoszono się do przyjezdnych lekarzy!

• *Zapewne widział pan plusy pracy lekarskiej pozostając tam na stałe?*

– Naturalnie, że je widziałem. Szczególnie, jak porównuję czas od połowy lat siedemdziesiątych do osiemdziesiątych i później. Moi koledzy walczyli z komuną i wszystkimi innymi niedogodnościami, a ja z żoną pracowaliśmy spokojnie w szpitalu jako lekarze. Nie było to nawet wtedy takie trudne, pomimo innych zupełnie warunków. Wówczas motywy naszego wyjazdu z Polski były jasne. My nie widzieliśmy innego wyjścia.

• *W prasie polskiej pojawiają się informacje, że w Niemczech wśród kilkunastu tysięcy lekarzy z obcym paszportem najwięcej jest Rosjan i Turków. Czy Niemcy wolą ich zatrudniać niż Polaków?*

– Nie mogę tak powiedzieć. Niemcy wszystkich cudzoziemców właściwie wsadzają do jednego worka. Jesteś po prostu obcy i już! Oczywiście, lekarze cudzoziemscy są jesz-

cze traktowani jako trochę mniej gorzej niż pracownicy innych zawodów. Wynika to z wysokiego statusu lekarza w tym kraju. Możliwe, że lokalnie gdzieś było tak, iż woleli zatrudnić Rosjanina. Tureckich lekarzy jest stosunkowo mało.

• *Czy polscy lekarze zaliczani są w Niemczech do drugiej kategorii?*

– Raczej nie. Przecież mamy i ordynatorów, i profesorów wśród polskojęzycznych lekarzy. Na ich awans składa się wiele czynników. Przede wszystkim dobra znajomość języka, kultury. Dobra adaptacja. Oczywiście wiedza i bardzo ciężka praca. Ja z żoną mieliśmy wyjątkowe szczęście. Byliśmy traktowani bardzo dobrze. Mój pierwszy szef dr. Stempla wspominam prawie jak ojca. W szpitalu też nie było w latach siedemdziesiątych wyraźnej niechęci do cudzoziemców. Zaznaczam, że mieszkaliśmy nad Renem.

• *Niektórzy polscy lekarze praktykujący w Niemczech twierdzą, że są nie dopuszczani do wyższych stanowisk...*

– To nie jest reguła. Na pewno zdarzają się takie przypadki.

• *Blokuje się im karierę zawodową?*

– Raczej nie, ale muszą być wyraźnie lepsi niż Niemcy.

• *Czy obecnie warunki życia lekarza w Niemczech są lepsze?*

– Są plusy i minusy praktyki lekarskiej w Niemczech. Jak wszędzie. Znam polskie realia. Wiem, ile i jak zarabiają lekarze w Polsce. W Niemczech zarabia się inaczej. Do standardu należy 50 proc. podatku. Wysokie są opłaty ubezpieczeń. Także stałe koszty mieszka-

nia są duże. Porównując poziom życia lekarzy w moim wieku w Polsce i Niemczech nie widzę dużych różnic. Jeśli chodzi o młodych lekarzy, to ci niewątpliwie muszą szukać innych warunków niż w Polsce. Na kokosy jednak nie mogą liczyć. Fachowość (a skąd ona ma być u młodych) i dobra znajomość języka są pierwszymi umiejętnościami niezbędnymi wyjeżdżającym.

• *Obecnie niektórzy lekarze starający się o pracę w Niemczech narzekają na urzędnicze grymasy...*

– Tak. Ostatnio zgłasza się do mnie wielu kolegów, którzy zaczynają pracę w Niemczech. I rzeczywiście są poniewierani. Głównie dlatego, że niemieccy urzędnicy nie znają albo nie przestrzegają przepisów unijnych. Ciągle myślą, że Polska nie jest w UE. A przecież przepisy są dla nas korzystne. Pomimo zamknięcia rynku pracy coraz więcej ludzi tu pracuje. Są dziesiątki furtek, z których korzystają. Myślę, że nie należy fascynować się wyjazdami lekarzy. Będą wyjeżdżać i wracać. Tak, jak jest na całym świecie.



foto: Marek Stankiewicz

Gotowi do emigracji?

Grażyna Ciechomska

Przedunijne sondaże o lekarzach chętnych do wyjazdu z kraju były alarmujące.

Raport przygotowany pod kierunkiem Adama Kozierkiewicza ostrzegał przed ucieczką do 30 proc. młodych lekarzy.

Obaw emigracyjnych nie podzielało Ministerstwo Zdrowia. Ani Komisja Europejska. W sondażu przeprowadzonym

Twierdzą, że lekarze wykształceni w Polsce są źle przygotowani do pracy za granicą. Polski student medycyny jest traktowany jak uczeń szkolny. Po studiach jest nikim. Przez wiele lat chodzi za profesorem czy ordynatorem i nosi historie choroby. W Norwegii w czasie wakacji studenci medycyny po piątym roku dostają tymczasową licencję i mają „swoich” chorych. Starszy kolega może pomóc, gdy są niejasności. Ordynator zazwyczaj się nie wtrąca. W ten sposób młody lekarz-student uczy się samodzielności.

Adam Malinowski

na jej zamówienie mówiono o 1 proc. Polaków w wieku produkcyjnym rozważającym pracę w Unii.

Klara Owczarska z Ministerstwa Zdrowia uspokajała: „Łęki towarzyszyły rozszerzeniu Wspólnoty o Hisz-

Wosiemdziesiątych latach lekarze emigrowali za granicę z powodów politycznych. Ze Szczecina wyjechało bardzo dużo lekarzy i stomatologów. Ja studiowałam na roku mieszanym. Z medycyny wyjechało 30 osób ze 150. To jest 20 proc. W tej chwili wielu lekarzy rozpatruje pracę w UE z przyczyn ekonomicznych. Łatwiej urządzić się poza krajem lekarskim rodzinom. Lekarz – lekarz. Lekarz – stomatolog. Gorzej jest małżeństwom, w których tylko jedno z małżonków jest lekarzem.

Elżbieta Ey-Chmielewska

panię i Portugalie w 1986 r. Nie zauważono wówczas żadnych istotnych zmian wynikających z otwarcia granic i swobodnego przepływu osób. Nie było żadnego większego zainteresowania podejmowaniem pracy”.

Jak wygląda sytuacja u nas po czterech miesiącach od momentu zjednoczenia? Czy polscy lekarze rozpoczęli 1 maja 2004 r. masową emigrację na Zachód? Czy dentyści opuszczają swoje dotychczasowe miejsca pracy?

Największa izba lekarska w kraju skupiająca lekarzy praktykujących na Mazowszu liczy ok. 20 tys. członków. W ciągu czterech pierwszych miesięcy do 26 sierpnia 2004 r. Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie wydała 196 zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe lekarzom i 56 zaświadczeń denty stom. Najczęściej o dokumenty starali się lekarze z bogatej stolicy, a nie ci z mniejszych miast i miasteczek. Dominowali specjaliści z: chirurgii, anestezjologii i radio-diagnostyki.

W Łodzi pracuje bardzo dużo lekarzy denty stom. Znacznie powyżej krajowej. Mają trudną sytuację. Małgorzata Kaczmarska-Banasiak, wiceprzewodnicząca Łódzkiej Rady Lekarskiej, lekarz denty stomka wyjaśnia: „Łódź jest miastem biednym. Wiele osób utraciło pracę. Ludzie są ubodzy. W Łodzi jest bardzo dużo gabinetów prywatnych, a pieniędzy mało. Dużo jest też placówek publicznych, ale tam wynagrodzenia też są niskie. Nie mamy gdzie zarobić, a więc młodzi koledzy, nie mogący się tutaj specjalizować, będą wyjeżdżali”.

Ile w Łódzkiej Izbie Lekarskiej wydano zaświadczeń?

Mówi Jolanta Marcinkowska: „Zaświadczeń potwierdzających formalne kwalifikacje otrzymało do 26 sierpnia 86 lekarzy i 28 denty stom. Dziewięciu lekarzy denty stom odebrało zaświadczenia o przepracowaniu 3 lat w ciągu ostatnich pięciu”.

Czy zatem dentyści uciekną gromadnie z Łodzi?

Sytuację tak komentuje Małgorzata Kaczmarska-Banasiak: „W Łódzkiej izbie jest ponad 14 tys. członków, w tym 6 tys. denty stom. Liczba wydanych zaświadczeń nie jest zbyt wielka. Dla mnie niepokojące byłoby zgłoszenie się 200 denty stom już w pierwszym miesiącu”. Ale rozmówczyni sądzi, że liczba wyjazdów do Unii będzie rosła.

Tradycyjnie członkowie izb przygranicznymi bardziej interesowali się zatrudnieniem poza granicami kraju niż ich koledzy z centralnej Polski. Do pracy w klinikach niemieckich częściej wyjeżdżali lekarze z Dolnego Śląska niż innych regionów.

Teraz w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej liczącej 12541 członków o zaświadczenia wystąpiło 224 lekarzy. Izba wydała 192 zaświadczenia potwierdzające równoważność dyplomu. Z tego 36 otrzymali dentyści. Dokumenty zaświadczone równoważność specjalizacji wydano 113 osobom. Zaświadczenia poświadczające okres zatrudnienia pobrało 19 lekarzy i 14 denty stom.

Liczyby te nie odzwierciedlają zjawiska emigracji. Pobranie świadectwa potwierdzającego kwalifikacje nie jest równoważne z wyjazdem.

Krystyna Popiel z DIL mówi: „Lekarze otrzymujący zaświadczenia mają różne sytuacje. Niektórzy rozpoczynają poszukiwania. Inni prowadzą wstępne rozmowy z pracodawcami zagranicznymi. Są też tacy, którzy już w UE pracują, ale nie mają uporządkowanej sytuacji prawnej. Teraz chcą to uczynić”.

W jednej z izb okręgowych usłyszałam: „Nie wszyscy przychodzący po zaświadczenia starają się o pracę w UE. Niektórzy chowają dokumenty do szuflad. Chcą je mieć na wyrost. W kraju mają niepewną sytuację. Gdy pojawiają się w ich życiu większe kłopoty, zaczną szukać pracy za granicą”.

Nierzadko lekarze skarżą się na czynione przez instytucje unijne i jej urzędników trudności. Np. w Anglii urzędni-

cy nie chcą uznawać okazywanych zaświadczeń. Żądają innych. A także wielu dodatkowych. Stawiają też wysokie progi przed lekarzami. Nie każdy chce i potrafi je pokonać.

Trudno ustalić, ilu lekarzy po 1 maja 2004 r. zatrudniło się w Unii, a ilu ma na to realne szanse. Izby lekarskie zobowiązują swoich członków do przekazywania informacji o podjętej w UE pracy. Żądają też zaświadczeń o zaprzestaniu wykonywania zawodu lekarza w Polsce. Ale lekarze niechętnie wywiązują się z tego obowiązku. Ci, którzy mają kontrakty, nie chcą zrywać ostatecznych więzi z krajem. Nie są do końca zdecydowani na stały pobyt w nowym miejscu.

Niektórych spotkały niepowodzenia. Ci nie chcą przyznać się do porażki i zasłużyć na opinię pechowca czy nieudacznika. Będą zmuszeni pracować w Polsce. Do końca sierpnia 2004 r. tylko jeden lekarz polski, członek izby warszawskiej, przysłał do izby wiadomość o pracy w Niemczech.

Z obserwacji poczynionych w Lubelskiej Izbie Lekarskiej wynika, że zgłaszający się lekarze są często zdenerwowani. Nie chcą mówić o swoich planach. Niektórzy wyjeżdżają w ciemno. Nie wiedzą co ich czeka na obczyźnie. Nie wykluczają powrotu po roku. Dotychczas w Lublinie na 7124 lekarzy i 1845 dentystów wydano 63 zaświadczenia lekarzom i 8 dentystom, które potwierdzają równoważność dyplomów. 4 lekarzy otrzymało zaświadczenia o zatrudnieniu. Podobne pobrało 2 lekarzy medycyny rodzinnej i 11 dentystów. Dokumenty o równoważności specjalizacji wydano 23 lekarzom.

Pierwsze miesiące po integracji są okresem chaosu emigracyjnego. Unijni urzędnicy jeszcze nas dobrze nie poznali. I nie przyzwyczaili się do nowych przepisów. Nie przyzwyczaili się także do polskich dyplomów lekarskich. Nasi lekarze nie czują się pewnie w nowej sytuacji. Nie zawsze radzą sobie w kontaktach z nowymi pracodawcami i nowymi instytucjami. Nie są w pełni przygotowani do współpracy z obcymi. Niektórzy mają kompleksy zawodowe, kompleks gorszego przygotowania.

Weszliśmy w okres przejściowy. Lekarze nie są jeszcze gotowi do emigracji. Doświadczenia pozytywne i negatywne teraz wyjeżdżających zadecydują o tym, czy lekarze będą opuszczać Polskę.



Notatki rzecznika prasowego NRL

Migracja polskich lekarzy za zachodnią granicę

Od chwili wejścia Polski do Unii Europejskiej (1.05.br.) wzrosło zainteresowanie polskich lekarzy i lekarzy dentystów pracą w krajach członkowskich UE. W okresie 1 maja – 31 sierpnia br. – według raportów nadesłanych przez okręgowe izby lekarskie do Ośrodka Uznawania Kwalifikacji przy NRL – **wydano 1638 zaświadczeń** (lekarzom – 1334 i lekarzom dentystom – 304), potwierdzających posiadanie formalnych kwalifikacji. Wśród specjalizacji, które dominują na liście wydanych zaświadczeń znajdują się m.in.: **anestezjologia i intensywna terapia** (166), **choroby wewnętrzne** (107), **medycyna rodzinna** (74), **ginekologia i położnictwo** (48) czy **ortopedia i traumatologia narządu ruchu** (33).

Prezydium NRL na posiedzeniu 3.09.br.

• przyjęło następujące stanowiska:

– w sprawie powołania przez ministra zdrowia podzespołu ds. stomatologii, w którym stwierdza, że lista podzespołów powołanych przez ministra zdrowia na podstawie zarządzenia ministra zdrowia z 19.08.br. jest niekompletna. Brakuje na niej podzespołu stomatologicznego. (...) *Zaniedbany problem opieki stomatologicznej wymaga profesjonalnego omówienia i podjęcia decyzji usprawniających system opieki stomatologicznej w Rzeczypospolitej Polskiej.* (...) W związku z czym Prezydium wnosi w stanowisku o pilne powołanie zespołu;

– do projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie opłat za wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich lub grupowych praktyk lekarskich, w którym Prezydium NRL stwierdza, że dotychczasowe stawki opłat przewidziane w rozporządzeniu z 30.04.2002 r. powinny być utrzymane. W uzasadnieniu stanowiska czytamy m.in.: (...) *Obniżenie opłat przy utrzymaniu (...) obowiązków okręgowej rady lekarskiej w zakresie nadzoru i kontroli nad rejestrowanymi praktykami nie znajduje uzasadnienia.* (...) projektowana wysokość opłat nie pokryje kosztów czynności administracyjnych, związanych z wpisem oraz pierwszej i kolejnych, często wysokospecjalistycznych, kontroli w zakresie spełniania przez praktykę określonych prawem warunków jej wykonywania. Opłata jest jednorazowa i zabezpieczyć ma działalność samorządu przez cały okres prowadzenia praktyki. Projektowanie niskiej wysokości opłaty w istocie stanowi nieuzasadnioną próbę przerzucenia przez organy państwa kosztów czynności administracyjnych w zakresie rejestrowania i kontroli warunków wykonywania działalności gospodarczej (praktyki lekarskiej) na jednostki samorządu zawodowego lekarzy. (...);

• **wydelegował** jako przedstawiciela NRL do Rady Społecznej w Centrach i Ośrodkach Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:

– dr. Krzysztofa Hajdo w Jedlecu,
– dr Różę Karłowicz w Horyńcu-Zdroju,
– dr. Mariana Fedorowicza w Iwoniczu-Zdroju.

List w sprawie ustawy o komornikach sądowych i egzekucji

7.09.br. prezes NRL skierował do piosła Cezarego Garbarczyka – członka sejmowej Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka list dot. poprawek Senatowi do Ustawy z 12.09.br. o zmianie ustawy o komornikach sądowych i egzekucji, w którym prosi o wstawienie się za przyjęciem zmian zaproponowanych przez Senat w art. 49 nowelizowanej ustawy.

„(...) *Senat RP, biorąc pod uwagę dramatyczną sytuację finansową publicznej służby zdrowia oraz uwzględniając podstawowe zasady równego traktowania różnych podmiotów, uznał, iż dotychczasowe uprawnienia komorników sądowych do wynagrodzenia w wysokości 15% egzekwowanej kwoty niezależnie od nakładu pracy naruszają podstawowe prawa dłużników i powinny podlegać kontroli. Tę decyzję Senatowi samorząd lekarski uważa za w pełni uzasadnioną. Nie negując prawa komorników sądowych do należytego wynagrodzenia (...) należy stwierdzić, że w odniesieniu do egzekucji należności od publicznych ZOZ-ów żadne utrudnienie i niebezpieczeństwo nie występuje. (...) Nie są to czynności, które uzasadniają wynagrodzenie w wys. 15% egzekwowanej kwoty. Nie bez znaczenia jest również fakt, że w omawianych sprawach opłata za czynności komornicze pomniejsza i tak przecież nie wystarczające środki na świadczenia zdrowotne. Zgodnie z szacunkowymi wyliczeniami można mówić o kwotach rzędu 100 mln zł rocznie pomniejszonego budżetu NFZ, co w sytuacji, w jakiej znajduje się polska służba zdrowia i biorąc pod uwagę stan zdrowia polskiego społeczeństwa jest niedopuszczalne. Za równie zasadną należy uznać poprawkę, która odnosi opłatę komorniczą do kwoty wyegzekwowanej, a nie egzekwowanej, bowiem należność na rzecz komornika staje się w pewnym momencie największą należną kwotą, co uniemożliwia zawarcie ugody i podjęcie próby spłaty długu.* (...)” – czytamy w liście.

Posiedzenie CPME

W dn. 9-11.09.br. w Brukseli odbyło się posiedzenie Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich, w którym wzięli udział: prezes **Konstanty Radziwiłł** oraz przewodniczący Komisji Współpracy z Zagranicą NRL **Jan Adamus**. Podczas spotkania omawiano m.in.: problematykę czasu pracy lekarza europejskiego oraz dyrektywę o usługach.

Poszanowanie życia ludzkiego tematem obrad w Sejmie

10.09.br. odbyło się wspólne posiedzenie sejmowych Komisji: Sprawiedliwości i Praw Człowieka, Spraw Zagranicznych oraz Zdrowia. W trakcie obrad miało miejsce pierwsze czytanie projektu uchwały w sprawie stanowiska Polski w kwestii poszanowania życia ludzkiego.

Prace Komisji Etyki Lekarskiej NRL

10.09. br. obrady Komisji, w spotkaniu której uczestniczył **Krzysztof Makuch**, sekre-

tarz NRL, poświęcone były przygotowywaniu konferencji bioetycznej dotyczącej m.in.: klonowania człowieka, „nadliczbowych embrionów” oraz medycznie wspomaganą prokreacji. Konferencja odbędzie 5.11.br. w siedzibie NIL.

Nowa ustawa zdrowotna tematem kolejnej dyskusji

Projekt nowej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest niepokojącym tematem dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Tym razem dyskusję nad jego treścią podjęły członkinie Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych na spotkaniu 10.09.br. w Mętnej k/Garwolina. Zaproszony sekretarz **Krzysztof Makuch** przedstawił najważniejsze zapisy ustawy i wynikające z nich konsekwencje dla ochrony zdrowia.

Prof. Jerzy Kruszewski jubilat

30-lecie pracy zawodowej obchodził **prof. Jerzy Kruszewski** – członek Prezydium NRL i przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL. Uroczystości jubileuszowe znanego i cenionego alergologa, które odbyły się 14.09.br. w Pałacu na Wodzie w Królewskich Łazienkach w Warszawie zorganizował Oddział Mazowiecki Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Wiele ciepłych słów kolegów, wśród nich wystąpienie na uroczystości **Konstantego Radziwiłła** – prezesa NRL, **Mariana Brockiego** – przewodniczącego Wojskowej ORL są dowodem wysokiego uznania zarówno dla pracy zawodowej, jak i częstego i efektywnego zaangażowania Pana Profesora w prace samorządu lekarskiego.

Nowy marszałek województwa dolnośląskiego

Dr n.med. **Paweł Wróblewski** – skarbnik Dolnośląskiej ORL i członek NRL został marszałkiem województwa dolnośląskiego. Jak powiedział kolegom na posiedzeniu NRL (17.09.br.), będzie się starał jak najgodniej reprezentować samorząd lekarski i stać na straży jego interesów.

Międzynarodowy Kongres Kardiologów w Warszawie

W dn. 15-18.09.br. w Warszawie odbył się VIII Jubileuszowy Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w którym uczestniczyło ok. 6 tys. osób. Podczas spotkania odbyło się 136 sesji tematycznych, na które przygotowano ponad 200 wykładów. Równoczesne obchody 50-lecia Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego „były największym spotkaniem kardiologów i sympatyków kardiologii w Polsce” – powiedział podczas konferencji prasowej prof. Michał Tendera – pierwszy Polak pełniący funkcję prezesa Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W uroczystej gali otwarcia Kongresu w Teatrze Wielkim w Warszawie z ramienia NRL uczestniczył **prof. Jerzy Kruszewski**, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego.

Iwona A. Raszke-Rostkowska

tel./fax: (0-22) 851-71-48

tel. kom. 0-606-440-100

e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org

Nie dla wszystkich

Na wiosnę szefowie szpitali upodobali sobie kontrakty dyżurowe.

Tę formę zatrudnienia określają przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Również określone artykuły znowelizowanego Kodeksu pracy.

O tym, w jaki sposób zawiera się kontrakty z lekarzami i innymi pracownikami medycznymi mówi art. 35 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Wynika z niego, że dyrektor szpitala może zlecić kontrakt niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, także osobie prowadzącej indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę.

W rzeczywistości szefowie szpitali coraz chętniej umawiają się z własnymi lekarzami na pracę w ramach etatu oraz dyżury lekarskie w postaci kontraktu. Przeciwno takim kontraktom niejednokrotnie lekarze buntują się.

Sławomir Józefowicz, młody lekarz z Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej mówi: „Jednym z rozwiązań problemu dyrektywy o czasie wypoczynku jest zmuszanie lekarzy do przechodzenia na kontrakty dyżurowe. To też jest przekraczanie czasu pracy, wprawdzie pod innym szyldem, ale czy to nie kłóci się z dyrektywą? Do południa świadczy się usługi jako pracownik, a po południu dla tego samego zakładu jako osoba wynajęta”.

Pytanie precyzuje Krzysztof Makuch, sekretarz NRL: „Czy po południu stały pracownik szpitala może świadczyć usługi dla tej samej placówki nazywając je indywidualną praktyką lekarską?”.

„Kontrakt jest umową cywilnoprawną nienazwaną. Jej warunki wynikają z przepisów Kodeksu cywilnego. Zatem kontrakt powinien być skonstruowany w taki sposób, aby nie było w nim elementów umowy o pracę. Najważniejszym warunkiem tej ostatniej jest to, że pracę wykonuje się pod kierownictwem” – wyjaśnia Elżbieta Barcikowska Szydło, koordynator Zespołu Radców Prawnych Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Z wypowiedzi prawniczki wynika, że praca świadczona w określonych godzinach, osobiście i bez możliwości zastęp-

stwa, a pod nadzorem osoby określonej z nazwiska i imienia spełnia warunki umowy o pracę, a nie kontraktu, umowy zlecenia czy umowy o dzieło. Umowę o pracę definiuje art. 22 par. 1 Kodeksu pracy.

Przepisy regulujące zatrudnienie lekarzy w placówkach zdrowia są jasne i precyzyjne. Mimo to opinie prawników są różne. Zbigniew Brzezina z Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie zauważa: „Co prawnik to mówi co innego w kwestii tego, czy kontrakt jest zgodny z obowiązującym prawem czy nie”. Najczęściej szefowie szpitali zwracają się ze swoimi wątpliwościami do prawników zatrudnionych u siebie. Może dlatego niektóre opinie nie do końca są obiektywne.

Kodeks pracy nie pozostawia wątpliwości co do charakteru zawieranej umowy. W przywołanym już art. 22 stanowi, że nie tytuł umowy, tylko treść decyduje o jej charakterze.

Elżbieta Barcikowska Szydło przypomina ponadto, że Kodeks pracy w art. 281 nakłada na dyrektora określone sankcje w przypadku zawarcia nieodpowiedniej umowy. Przepis stanowi: „Kto będąc pracodawcą zawiera umowę cywilnoprawną w warunkach, w których powinna być zawarta umowa o pracę, podlega karze grzywny”.

O kontraktach na dyżury z własnymi lekarzami mówiła Ewa Kralkowska, ówczesna sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w czasie posiedzenia NRL. Oto jej wypowiedź: „W sprawie kontraktów Państwowa Inspekcja Pracy jednoznacznie orzekła, że jest to łamanie prawa w przypadku, kiedy kontrakt zostaje zawarty z lekarzem pracującym w tym samym szpitalu, wykonującym te same czynności w stosunku do tych samych pacjentów. Kontrakt może być zawarty z lekarzem, który pracuje gdzie indziej. Wtedy prawo nie jest łamane”.

Przepisy zatem nie upoważniają dyrektorów do zawierania kontraktów ze wszystkimi.

Grażyna Ciechomska

Zasady rozliczeń kosztów

Informacje dla świadczeniodawców

Świadczeniodawca udziela świadczenia zdrowotnego osobie uprawnionej z tytułu ustawodawstwa innego państwa UE i Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

NFZ podpisze ze świadczeniodawcami umowy (lub w trybie aneksowania istniejących umów) gwarantujące rozliczanie świadczeń, w tych samych okresach i po takich samych cenach, jakie obowiązują w stosunku do osób ubezpieczonych w Polsce w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Zatem świadczeniodawcy posiadający umowy z NFZ, od 1 maja 2004 r. są zobowiązani do udzielania świadczeń medycznych osobom

uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń medycznych.

Osoby te powinny legitymować się poświadczeniem lub dowodem potwierdzającym uprawnienia do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji (formularz serii E100/ Euro-

pejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego).

Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Dokumentacja medyczna powinna potwierdzać zasadność udzielonego świadczenia oraz zgodność wykonanych procedur z danymi zawartymi w rozliczeniu.

Koszty takich świadczeń zdrowotnych są rozliczane następująco:

1. Świadczenia udzielone na podstawie formularzy rozliczanych na końcowym druku E125 rozliczane są jako świadczenia poza maksymalną kwotą określoną w umowie zawartej z NFZ.
2. Świadczenia udzielone na podstawie formularzy E109 i E121 rozliczane będą w ramach maksymalnej kwoty określonej w umowie zawartej z NFZ.

Dokumenty rozliczeniowe

Podstawą rozliczeń i płatności świadczeń udzielonych ubezpieczonym z państw członkowskich UE i EOG są:

1. Zestawienie (raport statystyczny z wykonanych świadczeń medycznych) zawierające dane określone w odrębnych przepisach. Świadczeniodawca przekazuje je w formie elektronicznej w formacie wymaganym przez właściwy oddział wojewódzki NFZ, zgodnie z

obowiązującymi przepisami.

2. Karta informacyjna o świadczeniach udzielonych osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji. Świadczeniodawca przekazuje Kartę w formie pisemnej oraz w formie elektronicznej w formacie wymaganym przez właściwy oddział wojewódzki Funduszu. Jeden jej egzemplarz należy także wydać pacjentowi.
3. Kopia właściwego formularza serii E lub kopia Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.
4. Rachunek – sporządzany zgodnie z obowiązującymi przepisami. Rachunek świadczeniodawca sporządza odrębnie dla każdego uprawnionego i przekazuje w formie pisemnej i elektronicznej w formacie wymaganym przez właściwy oddział wojewódzki NFZ.

Podstawą płatności są prawidłowo sporządzone dokumenty.

Terminy płatności

1. Świadczeniodawca wysłała rozliczenie za wykonane świadczenia w cyklu rozliczeniowym określonym w umowie z NFZ (cykl miesięczny).
2. Właściwy oddział NFZ dokonuje oceny merytorycznej i rachunkowej kontroli przedstawionych doku-

mentów. W przypadku nieścisłości oddział może wstrzymać płatności. Możliwa jest ewentualna kontrola dokumentacji wykonanych świadczeń lub konieczność uzupełnienia danych oraz dokonanie korekty przedłożonych dokumentów.

3. W przypadku pozytywnej oceny dokumentów rozliczeniowych oddział NFZ dokonuje płatności w ustalonym cyklu rozliczeniowym, określonym w umowie zawartej z NFZ.
Patrz schemat.

Przedruk z Biuletynu Narodowego Funduszu Zdrowia nr 3 (6) V/VI /2004

Komentarz

Pozytywnie należy ocenić fakt przygotowania przez NFZ informacji dla świadczeniodawców dotyczącej zasad rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych na rzecz ubezpieczonych z krajów Unii Europejskiej. Szkoda, że NFZ nie próbował rozpowszechnić tej bardzo potrzebnej informacji także innymi kanałami, a nie wyłącznie poprzez Biuletyn NFZ.

Wydaje się jednak, że niektóre informacje zawarte w powyższym tekście są mało czytelne dla świadczeniodawców i wymagają wyjaśnień. Dotyczy to szczególnie sformułowań odnoszących się do zasad rozliczania świadczeń:

- „1. Świadczenia udzielane na podstawie formularzy rozliczanych na końcowym druku E 125 rozliczane są jako świadczenia poza maksymalną kwotą określoną w umowie zawartej w NFZ.”
 - „2. Świadczenia udzielane na podstawie formularzy E 109 i E 121 rozliczane będą w ramach maksymalnej kwoty określonej w umowie zawartej z NFZ.”
- Druk E 125 jest wykorzystywany do występowania do instytucji właściwych (instytucji ubezpieczenia zdrowotnego) o zwrot fak-

tycznych (rzeczywistych) kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych w innym kraju członkowskim. Jest to druk wypełniany w NFZ dla każdego obywatela UE przebywającego czasowo na terytorium Polski, który korzystał ze świadczeń zdrowotnych w Polsce. Druk ten wysyłany jest przez NFZ do instytucji ubezpieczeniowej (za pośrednictwem instytucji łącznikowej) państwa, w którym ubezpieczony jest dany obywatel, celem uzyskania zwrotu kosztów leczenia.

Przez pobyt czasowy należy rozumieć pobyt turystyczny, podróż służbową, pobyt w charakterze tzw. pracownika wysłanego. Dotyczy to także osób uczących się, studiujących lub szkolących się w innym państwie członkowskim niż to, w którym są ubezpieczone. Wszystkie ww. kategorie osób w czasie pobytu na terytorium Polski, aby uzyskać bezpłatne świadczenia (tzn. być traktowanymi identycznie jak obywatele polscy), powinny posiadać ważny formularz E 111 lub ważną Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, które powinny okazać świadczeniodawcy.

Tak więc w informacji dla świadczeniodawców bardziej czytelny byłby zapis: „Świadczenia udzielone na podstawie ważnego formularza E 111 lub Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego rozliczane są jako świadczenia poza maksymalną kwotą określoną w umowie zawartej z NFZ.”

Powołanie się na formularze E 109 i E 121 w informacji dla świadczeniodawców może być również mało zrozumiałe dla świadczeniodawców. Formularze te wydawane są dla:

- członków rodziny mieszkających w innym państwie członkowskim niż państwo, w którym pracuje (mieszka) osoba ubezpieczona (formularz E 109),
 - emerytów i rencistów zamieszkujących w innym państwie członkowskim Unii niż państwo, które wypłaca świadczenia emerytalno-rentowe (formularz E 121).
- Formularze te wystawia instytucja ubezpieczenia zdrowotnego

państwa, w którym dane osoby są ubezpieczone, celem przedstawienia w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (w Polsce NFZ), w której osoby te mieszkają. Na podstawie tych formularzy NFZ powinien wydać świadczenia uprawniające do świadczeń zdrowotnych tak jak obywatele polskich ubezpieczonych w NFZ. Formularze te służą NFZ do rozliczeń z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego państw, które je wystawiły. Rozliczenia te odbywają się w formie ryczałtowej.

Bardziej zrozumiała byłaby więc informacja: „Świadczenia udzielone osobom zamieszkałym na terytorium Polski, zarejestrowanym w NFZ w ramach przepisów o koordynacji, posiadającym prawo do świadczeń na podstawie odpowiedniego zaświadczenia NFZ, rozliczane będą w ramach maksymalnej kwoty określonej w umowie zawartej z NFZ.”

W informacjach dla świadczeniodawców brakuje jeszcze jednej informacji, a mianowicie jakiej kwoty powinien żądać od NFZ lekarz POZ w przypadku pacjentów z państw członkowskich UE.

Informację tę można znaleźć w uchwale nr 139/204 Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ustalania zasad finansowania świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna udzielanych osobom uprawnionym do świadczeń

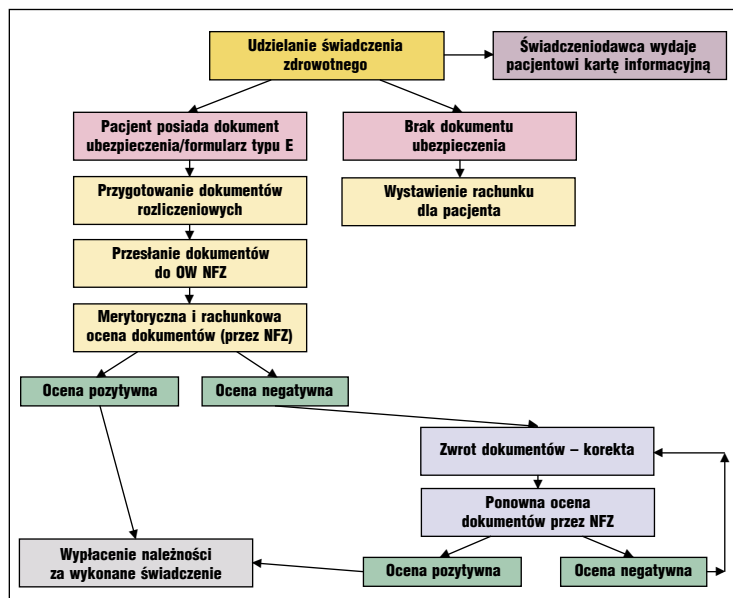
zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji oraz określenia wzoru aneksu do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

W przypadku obywateli państw Unii zamieszkających w Polsce posiadających prawo do świadczeń na podstawie formularza E 109 lub E 121 zarejestrowanych w NFZ sytuacja jest prosta, ponieważ tak jak obywatele polscy powinni zapisać się na listę lekarza POZ. W przypadku świadczeń udzielonych u innego świadczeniodawcy, spoza terytorium objętego właściwością oddziału Funduszu będącego stroną umowy, stawka ta wynosi, tak jak dla obywateli polskich ubezpieczonych w NFZ, w przypadku porady lekarza POZ 15 zł, a 4 zł w przypadku świadczenia udzielonego przez pielęgniarkę lub położną POZ.

W przypadku obywateli państw członkowskich Unii czasowo przebywających na terytorium Polski, posiadających ważny formularz E 111 lub Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, koszt świadczenia udzielonego przez lekarza POZ wynosi 38 zł, a udzielonego przez pielęgniarkę lub położną POZ wynosi 9,50 zł.

Grzegorz Jasiński
dyrektor Biura NIL

Tytuł pochodzi od redakcji



Schemat rozliczeń NFZ ze świadczeniodawcą

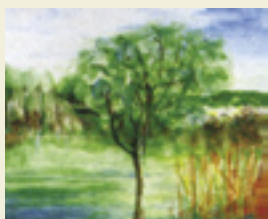
Malować każdy może

Gdy w listopadzie ubiegłego roku zaproponowano mi prowadzenie Koła Plastycznego w WIL, przyjąłem to z wielką radością.

Mam wielu przyjaciół wśród lekarzy i wiem, że oprócz swojej profesji mają rozległe zainteresowania wszelkimi dziedzinami sztuki. (...)

Lekarze stykając się codziennie z bezmiarem ludzkich cierpień, walcząc o zdrowie i życie człowieka, potrzebują chwili wytchnienia, wypoczynku, regeneracji sił.

Kontakt ze sztuką, a szczególnie jej uprawianie spełnia to zadanie.



Oparte na wrażliwości stanowi swoją terapię, broni przed stresem,

samotnością i mijaniem czasu. (...)

Malować „każdy może, trochę lepiej lub gorzej...” – słowa nieco zmienione, z przeżabawnej piosenki śpiewanej przez Jerzego Stuhra, mają i tu głęboki sens.

Maria Pelec-Gąsiorowska
art. plastyk

Biuletyn informacyjny Wlkp. II
nr 7-8/2004

Ważne dla lekarzy orzekających o czasowej niezdolności do pracy

Świadczenia pieniężne w UE w razie choroby i macierzyństwa

dr n. med. Bogdan Jakubski

Od dnia uzyskania przez Polskę członkostwa w UE obywatel polski ma prawo do równego traktowania we wszystkich krajach członkowskich Unii.

Państwa UE to: Austria, Belgia, Dania, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Luksemburg, Niemcy, Portugalia, Szwecja, Włochy, Wielka Brytania, a od 1 maja 2004 także: Cypr, Czechy, Estonia, Litwa, Łotwa, Malta, Polska, Słowacja, Słowenia, Węgry.

Tak jak państwa członkowskie UE traktowane są także państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), tj. Norwegia, Islandia i Lichtenstein.

Koordinacją systemów zabezpieczenia społecznego objęte są świadczenia pieniężne z tytułu choroby, w tym także spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową oraz z tytułu macierzyństwa, przysługujące wszystkim grupom osób ubezpieczonych w Polsce.

Świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa objęte koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego, to:

- wynagrodzenie chorobowe,
- zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- zasiłek macierzyński,
- zasiłek opiekuńczy.

Podstawowe zasady koordynacji, które mają zastosowanie w zakresie świadczeń pieniężnych z tytułu choroby i macierzyństwa, to:

- zasada równego traktowania,

- zasada jedności stosowanego ustawodawstwa,
- zasada sumowania okresów ubezpieczenia, zatrudnienia lub zamieszkania przebytych w innych państwach członkowskich,
- eksport świadczeń, gdy osoba uprawniona mieszka lub przebywa w innym państwie niż państwo właściwe do wypłaty świadczeń.

Przepisy wspólnotowe przewidują określony tryb składania zaświadczeń lekarskich w przypadku zachorowania podczas zamieszkania lub pobytu w innym państwie członkowskim niż państwo, w którym osoba podlega ubezpieczeniom. Jeżeli świadczenia przysługują zgodnie z ustawodawstwem jednego państwa, a uprawniony mieszka lub przebywa w innym państwie członkow-

REKLAMA

REKLAMA

skim, aby uzyskać świadczenia pieniężne, jest zobowiązany w terminie trzech dni od daty powstania niezdolności do pracy powiadomić o tym instytucję ubezpieczeniową miejsca zamieszkania (pobytu) i przedłożyć jej zaświadczenie wydane przez lekarza leczącego. Zaświadczenie to zostanie przekazane właściwej instytucji ubezpieczeniowej zobowiązanej do wypłaty świadczenia.

Instytucja ubezpieczeniowa miejsca zamieszkania (pobytu) traktuje chorego tak jak własnego ubezpieczonego, może więc poddać go kontrolnym badaniom lekarskim. Jeżeli w wyniku kontroli uzna, że jest on zdolny do pracy, poinformuje o tym instytucję ubezpieczeniową wypłacającą świadczenia. Na tej podstawie wypłata świadczeń może zostać wstrzymana.

Przeprowadzenie kontroli może zlecić także instytucja ubezpieczeniowa wypłacająca świadczenie.

Instytucje miejsca pobytu i właściwa w celu przekazywania zaświadczeń lekarskich i wymiany informacji związanych z niezdolnością do pracy stosują formularze E 115, E 116, E 117 i E 118.

Tryb postępowania, gdy o świadczenie pieniężne w państwie zamieszkania (pobytu) stara się osoba podlegająca polskiemu ustawodawstwu:

- W terminie trzech dni od powstania niezdolności do pracy zainteresowany powiadamia o tym instytucję miejsca pobytu, tj. zagraniczną instytucję ubezpieczeniową i składa zaświadczenie wydane przez lekarza leczącego.
- Instytucja ta niezwłocznie przekazuje zaświadczenie o niezdolności do pracy oddziałowi ZUS, który ustala płatnika zobowiązanego do wypłaty świadczenia.
- Oddział ZUS może zlecić zagranicznej instytucji ubezpieczeniowej kontrolę ubezpieczonego.

- Jeśli chory nie podporządkuje się formalnościom określonym w przepisach prawnych państwa pobytu, musi liczyć się z odmową wypłaty świadczeń pieniężnych. Decyzję o tym podejmuje oddział ZUS.

Tryb postępowania, gdy o świadczenia pieniężne w Polsce ubiega się osoba podlegająca ustawodawstwu innego państwa członkowskiego:

- Osoba, która mieszka lub przebywa w Polsce, a jest ubezpieczona w innym państwie członkowskim, jeżeli stanie się niezdolna do pracy z powodu choroby w Polsce, w ciągu trzech dni składa zaświadczenie o niezdolności do pracy wydane przez lekarza leczącego **na druku ZUS ZLA w oddziale ZUS właściwym ze względu na miejsce zamieszkania (pobytu).**
- Oddział ZUS przesyła to zaświadczenie instytucji właściwej, w której ta osoba podlega ubezpieczeniom.
- Instytucja ta ustala prawo do świadczenia, oblicza jego wysokość oraz realizuje wypłatę.
- Osoba ubiegająca się o świadczenie podlega kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy według tych samych zasad, które dotyczą polskich ubezpieczonych. Kontrolę przeprowadzają lekarze orzecznicy oddziału ZUS właściwego ze względu na miejsce zamieszkania (pobytu) uprawnionego w Polsce.
- Informacje o wynikach kontroli oddział ZUS przekazuje instytucji, która wypłaca świadczenia pieniężne uprawnionemu. To ona podejmuje decyzję o prawie do tych świadczeń.
- Zagraniczna instytucja ubezpieczeniowa może zwrócić się do oddziału ZUS o przeprowadzenie kontroli.

Autor jest głównym lekarzem orzecznikiem Oddziału ZUS w Zielonej Górze

REKLAMA

REKLAMA

• **Ile powinien w Polsce zarabiać lekarz?** – wyliczył OZZL w liście przesłanym do ministra zdrowia Marka Balickiego. Ten wynik to 3 x średnia krajowa, co daje 6,9 tys. zł brutto/mies. (ok. 4,4 tys. zł netto/mies.), a w całym budżecie ochrony zdrowia: 12,5 mld zł rocznie. • **Pożyczka na ratunek.** W projekcie budżetu państwa na 2005 r. zapewniono 2,2 mld zł na pożyczki dla ZOZ-ów – potwierdził minister zdrowia Marek Balicki. • **Każdy pracujący Polak utrzymuje jeszcze 2 osoby.** Dla 12 mln Polaków głównym źródłem utrzymania jest praca, pozostali korzystają z różnego rodzaju świadczeń lub są na utrzymaniu tych pierwszych – donosi „Gazeta Prawna”. • **Sternicy Funduszu.** Rada NFZ nie zdażyła uchwalić planu finansowego na 2005 r., dlatego plan Funduszu przygotowują w całości minister zdrowia w porozumieniu z ministrem finansów. • **Zielone światło dla służby zdrowia?** Zespół ekspertów powołanych przez ministra zdrowia opracuje do 15 października Zieloną Księgę na temat finansowania ochrony zdrowia w Polsce. • **Troszkę więcej na zdrowie.** W 2005 r. wojewódzkie oddziały NFZ otrzymają 5 proc. więcej środków niż obecnie na finansowanie świadczeń zdrowotnych – poinformował minister zdrowia. • **Z powrotem do budowlanki?** „Z całym szacunkiem, budowlaniec w NFZ to nie jest to!” – protestowali przeciwko prezesowi NFZ przedstawiciele podlaskiej służby zdrowia i... doczekali się. Premier odwołał Lesława Abramowicza ze stanowiska prezesa NFZ. • **Opieka na jesieni życia.** Resort pracy chce wprowadzić kolejny podatek – tzw. ubezpieczenie pielęgnacyjne, z którego pieniądze byłyby przeznaczone na leczenie ludzi starych i przewlekle chorych. • **Będziemy walczyć!** Będziemy walczyć o wyższe stawki na ratownictwo medyczne na 2005 r. – zapowiada Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego. • **Kijem czy marchewką?** „Ministerstwo Zdrowia będzie przeciwdziałać zmniejszaniu się liczby pielęgniarzek” – deklaruje minister zdrowia Marek Balicki. • **Serca pod kontrolą.** Warszawski Szpital Bielański ma nowy pododdział intensywnej opieki kardiologicznej. „Przyszły rok może być pierwszym rokiem stabilizacji w służbie zdrowia” – powiedział podczas otwarcia oddziału minister zdrowia Marek Balicki. • **„Teraz możemy kupić szpitale za bezcen”** – mówi Dariusz Dudarewicz, dyrektor medyczny polskiego oddziału duńskiej firmy Falck, która zamierza wykupić jak najwięcej szpitali zwłaszcza w najbiedniejszych rejonach Polski.

ciąg dalszy na str. 32

Ścinać, czy nie ścinać?

Piotr Müldner-Nieckowski

Redakcja „Gazety Lekarskiej” co prawda dawno zakończyła wymianę listów w sprawie artykułu prof. Andrzeja Gregosiewicza „Bioenergogłupota w natarciu” („GL” nr 4/2002), potępiającego znachorstwo, jednak myślę, że warto o tym zagadnieniu mówić i pisać częściej niż w minionych latach.

Nie jest to problem okazjonalny, ale wręcz doktrynalny. Jak łatwo zauważyć, ludzie spierają się o istotę medycyny i znachorstwa zbyt chętnie przyjmują postawę wiernych wyimaginowanego Kościoła, a sprawę, której bronią, traktują jak religię. Taki stosunek do wszelkich dyskusji trzeba a priori odrzucać, a dyskutantów tego rodzaju traktować jak pieśniaczy.

Sytuację komplikuje fakt, że zbyt często są oni osobiście zainteresowani w obronie doktryny i nie umieją się wyzwolić z okowów interesu własnego. Dotyczy to zarówno lekarzy, jak i nielekarzy, zwolenników medycyny naukowej i propagatorów medycyny alternatywnej, a także tych, którzy łączą w sobie kilka sposobów myślenia o tym samym i nie umieją ich uporządkować.

Dopóki czynniki nieobiektywne będą wpływać na rodzaj argumentacji i na dobór argumentów, nie ma mowy o spokojnym poszukiwaniu prawdy, bo emocje będą brały górę nad rozumem.

Trzy słabości medycyny

Jest oczywiste, że medycyna nigdy nie miała i nie będzie miała funkcji boskich. Nie będzie w stanie przedłużać życia w nieskończoność ani idealnie leczyć chorób. Można przypuszczać, że sam Pan Bóg tego nie chce, inaczej pewnie by pozwolił na zablokowanie cierpienia i śmierci. To pierwsza słabość medycyny.

Medycyna nie jest też w takim stopniu nauką, jak się jej przypisuje. W przeci-

wieństwie do nauk ścisłych, posługuje się metodami, których jako w pełni naukowe nigdy nie zaakceptują filozofowie, logicy, matematycy, chemicy, fizycy. Podstawowym kryterium prawdy w medycynie naukowej jest bowiem statystyka, a ta – jak wiadomo – nie jest uprawniona do jednoznacznego opisywania świata.

Gdybyśmy na przykład chcieli naprawdę rzetelnie ocenić działanie jakiegoś leku, to musielibyśmy porównać jego działanie z innym lekiem u tego samego chorego w tym samym czasie. Tylko jak to zrobić? Statystyka nas zawodzi.

Codziennie czytamy w prasie lekarskiej krańcowo nowe rewelacje w tych samych sprawach. W działaniu takie dane naukowe muszą być wspierane przez doświadczenie lekarskie (nazwijmy je prywatną statystyką określonego lekarza) i intuicję, a więc nieuświadomiony sposób uśredniania i dopasowywania faktów zapamiętanych i faktów obecnych. Skutek jest taki, że z konieczności do określania medycyny praktycznej stosujemy mgliste pojęcie sztuki. Doprawdy nie wiemy, co to jest – rodzaj estetyki, sposób zgadywania, twórczość taka jak u kompozytora czy odtwórczość taka jak u pianisty? To druga słabość medycyny.

Trzecią słabością medycyny są ludzie, czyli lekarze, którzy różnią się wiedzą, talentem, obowiązkowością; którzy jednego dnia są sprawniejsi, innego mniej sprawni. Ich niedociągnięcia czy błędy są zawsze tak widoczne, że sami nieraz bezradnie rozkładają ręce.

Prawdy i nieprawdy

Te trzy słabości łatwo atakować, i to z wielu pozycji, jak wszystko, co dotyczy działalności ludzkiej. Niedoskonałość medycyny naukowej wywołuje niepokój tych, którzy niewiele z niej korzystają, nieuleczalnie chorych albo zagrożonych chorobą, z którą medycyna nie potrafi sobie poradzić. Niepokój każe doszukiwać się w medycynie również takich wad, których w rzeczywistości nie ma.

Na przykład powoduje wprowadzanie poglądu, że tak zwana chemia zabija człowieka, a nie leczy. Pogląd nie do końca uprawniony, bo w medycynie jest mniej chemii, niż się powszechnie sądzi. Zielarze, których nie należy mylić z homeopatami, nie zauważają albo nie chcą zauważać, że medycyna wciąż posługuje się ogromną liczbą leków pochodzenia roślinnego.

Inny pogląd mówi, że każde działanie lekarskie jest nienaturalne, bo agresywnie ingeruje w ciało i jego czynności, nie pozwalając organizmowi leczyć się samoistnie, tak jak tego chciał Hipokrates, kiedy formułował zasadę *primum non nocere* (po pierwsze nie przeszkadzać – organizmowi w samoleczeniu).

A przecież na przykład podanie antybiotyku nie leczy bezpośrednio, tylko właśnie stwarza układowi immunologicznemu korzystne warunki do zwalczania infekcji.

Jeszcze inny zarzut powiada, że medycyna odrzuca wszystko, co niewyjaśnione w laboratorium. To także nieprawda, bo jak się wyżej rzekło, większość działań medycyny jest oparta na obserwacjach właśnie niewyjaśnionych albo co najwyżej potwierdzonych przez ułomną statystykę.

Słowem, zarzuca się medycynie naukowej to, co jest oczywiste; garbatemu mówi się, że jest garbaty; a z drugiej strony dopisuje się jej niedomagania, na które wcale nie cierpi; garbatemu mówi się, że z powodu garbu jest głupi.

Nie odrzucajmy

Ponieważ niedoskonałość medycyny jest faktem, staje się zrozumiałe, że człowiek z konieczności poszukuje wszystkiego, co mogłoby tę niedoskonałość zredukować. Lekarze naukowcy działają w obrębie zasad, które uważają za słuszne i nazywa-

ją je nauką, inni działają intuicyjnie, że nie powiem na ślepo, biorąc pod uwagę wszystko, co im się pod rękę nawinie. Nikt nie zaprzeczy, że spektrum tych poszukiwań jest niezwykle szerokie.

Nic w tym dziwnego, można nawet powiedzieć, że dobrze, iż się tak dzieje. Ludwik Pasteur, który nie był przecież lekarzem, był zwalczany jako twórca bakteryjnej teorii chorób zakaźnych właśnie przez lekarzy, i to najwybitniejszych, Helmholtza, Virchowa. Wyobraźnia tego badacza wydawała się w XIX w. sięgać w rejony naprawdę bliskie zjawiskom nadprzyrodzonym.

Dzisiejsi poszukiwacze nowych teorii patogenyzy i terapii chcą wierzyć, że obracają się właśnie w takich rejonach: oto wiemy, że istnieją nieznane siły, chcemy je odkryć i nazwać, ale zanim to nastąpi, chcielibyśmy je już teraz wykorzystać. Dlaczego nie, skoro nadarza się okazja?

Skoro są ludzie wyposażeni w moc uzdrowicielską, skoro tyle się mówi o zbawiennym wpływie homeopatii? Czy to, że nie umiemy nazwać tych sił

dokończenie na str. 32

ciąg dalszy ze str. 30

• **Szczepionki tylko dla publicznych.** Darmowe szczepionki przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia otrzymują w Warszawie jedynie publiczne przychodnie. • **Zakłady opiekuńcze zamiast szpitali.** Likwidację ponad tysiąca szpitalnych łóżek oraz przekształcanie niektórych placówek w ośrodki rehabilitacyjne i zakłady opiekuńcze zakłada plan restrukturyzacji służby zdrowia na Lubelszczyźnie. • **Pacjent ze stali.** 13 operacji guza mózgu w ciągu jednego dnia u tego samego pacjenta – tyle m.in. wykazał wrocławski Szpital im. Marciniaka w sprawozdaniu dla NFZ. • **Bronchoskopia tylko w szpitalu** – tak zdecydował w tym roku NFZ. Pracownicy Kliniki Ftyzjopneumonologii AM w Poznaniu, którzy od kilku lat wykonywali to badanie w ambulatorium, są zdziwieni i zaskoczeni. • **Jak VIP-owie.** Posiadacze złotej karty pacjenta w warszawskim szpitalu przy ul. Wołoskiej mają prawo do specjalnej opieki medycznej. Koszt karty to 650 zł miesięcznie. • **Błyskawiczna specjalizacja ze... zdrowia publicznego.** Krajowy konsultant zdrowia publicznego pomagał posłom z sejmowej komisji zdrowia błyskawicznie zdobywać specjalizację – donosi „Gazeta Wyborcza”. • **Falszywy medyk.** Ślasy policjanci złapali fałszywego lekarza, który wyludzał pieniądze na rzekome pilne leczenie poszkodowanej w wypadku bliskiej osoby. Oszukał w ten sposób ponad 200 osób. • **Prywatne w publicznym.** LPR złożyła wniosek do NIK o skontrolowanie placówek medycznych, które przekazały aportem bądź wydzierżawiły teren pod działanie NZOZ-ów. • **Oszukiwał w „zbożnym” celu?** Ordynator jednego z oddziałów szpitala w Szprotawie chcąc ratować szpital fałszował karty leczenia pacjentów. Teraz zamierza dobrowolnie poddać się karze. • **Przyjechali po pacjenta, zajęli się lekarzem.** Policjanci, którzy przyjechali do szpitala w Więcborku do pijanego pacjenta, wykryli, że lekarz dyżurny ma... prawie 2 promile alkoholu we krwi. • **287 dni w kolejce do kardiologa** – tyle dni na wizytę u kardiologa musi czekać w łódzkiej poradni przy Szpitalu im. Biegańskiego 56-letni rencista po zawale serca. • **Kombatanci leczenia na... bezpłodność.** Dwoje chirurgów z Częstochowy wypisało bezpłatne recepty dla kombatantów na leki warte 138 tys. zł. • **Bo ja się boję... porodu.** „Ja w ogóle nie biorę wódki do ust, ale teraz napiłam się ze strachu” – powiedziała ordynatorowi oddziału po-

Ścinać, czy nie ścinać?

dokończenie ze str. 31

ani udowodnić statystycznie ich skuteczności, ma być powodem odrzucenia ich w całości? Oczywiście nie. Żaden zdrowo myślący człowiek nie powinien tego robić.

Kłopot zaczyna się w chwili, kiedy w centrum dyskusji emocje podsuwają nieuczciwe argumenty. Padają z obu stron.

Nieuczciwe argumenty

Jedni, powiedzmy lekarze, odrzucają istnienie sił, których nikt nie poznał. Na przykład mówią, że kanały akupunkturalne nie istnieją.

Owszem, prawdopodobnie nie istnieją, ale można bez większego błędu w rozumowaniu przyjąć, że to, co nazywamy kanałami, punktami itd., jest wyobraźniowym odpowiednikiem nieznanego. Jest faktem, że akupunktura w pewnym zakresie działa, a w pewnych stanach chorobowych jest o wiele skuteczniejsza niż placebo.

Znacznie gorzej broni się homeopatia czy bioenergoterapia, ale także za nimi stoją jakieś argumenty, których lekceważyć się nie da, choćby często podnoszony aspekt wsparcia psychicznego, które samo w sobie ma moc uzdrawiającą.

Dla lekarza jest to kwestia wyboru: stosuję metodę albo jej nie stosuję. Ale jeśli mam zastosować, to chciałbym mieć to uzasadnić.

Nielekarz, zwolennik metod zwanych niekonwencjonalnymi wyboru nie ma. Nie może stosować metod opracowanych przez medycynę zwaną naukową. To duży problem, bo do stosowania metod nielekarskich nie wystarczy konieczna jest wiedza i technika biomedyczna, potrzebne są uprawnienia. Stosuje więc swoje sposoby po swojemu, z natury rzeczy wąsko i po omacku. Nie dysponuje narzędziami, które pozwoliłyby wesprzeć działające teorię.

Lekarze chętnie wyzyskują ten konflikt, podkreślając z pychą, że tylko oni umieją rozpoznawać choroby i tylko oni wiedzą, jak sobie dawać radę w ekstre-

malnych sytuacjach zdrowotnych.

Pycha nie jest tu za wielkim słowem, bo trzeba pamiętać, w jak wielu przypadkach umiejętności lekarskie zawadzą i jak często trzeba z pokorą przyjmować porażki.

Drudzy, powiedzmy zwolennicy metod niekonwencjonalnych, czują się zwalczani, nierozumiani i ośmieszani, mimo że mają najczystsze intencje. Mówi im się, że dobrymi chęciami jest piekło wybrukowane. Przyjmują więc postawę agresywną. Atakują, ale w gruncie rzeczy się bronią, i to rozpaczliwie. Chwilami sprawiają wrażenie zaślepionych, dlatego pewnie popełniają mnóstwo podstawowych błędów, dla każdego myślącego niewybaczalnych. Działają na szkodę idei, którą głoszą.

Przed wszystkim wysuwają łatwe do obalenia argumenty. Przedstawiają przypadki wyleczeń z chorób, których nie było, albo które były najpierw skutecznie leczone przez lekarzy, a następnie „dokończone” przez bioterapeutów. Nie prowadzą dokumentacji zjawisk. Nie opisują ich i nie ogłaszają. Kiedy pojawia się komisja naukowa, walczą z nią.

Demonstrują praktyki jako żywo magiczne albo iluzjonistyczne (np. bezkrwawe operacje na Filipinach), nadają temu wymiar sensacyjności, a to źle działa na racjonalne umysły współczesnych odbiorców. Stosują pojęcia i nazwy tak abstrakcyjne, ale sugestywne, że nie można się do nich odnieść rozumowo, zwłaszcza wszelkiego rodzaju uproszczenia i uogólnienia (np. „jest pan chory na nerki”) albo określenia o zabarwieniu negatywnym („medycyna konwencjonalna”, „chemia”). Chętnie wiążą zbyt odległe fakty w związki przyczynowo-skutkowe.

Unikają argumentacji medycznej i pomijają milczeniem fakt, że postępowanie w większości technik niekonwencjonalnych jest oparte na podstawach opracowanych przez naukę (od anatomii człowieka poczynając).

Chcą przy tym upiec dwie pieczenie na jednym ogniu. Po pierwsze, w ten sposób sugerują, że medycyna naukowa jest z gruntu zła. Po drugie, odcinają się od niej, żeby się nie splamić takimi koneksjami. Wreszcie zajmują się tyłoma rzeczami naraz, że dziś już trudno się rozeznąć w liczbie metod niekonwencjonalnych.

Nie ma tu żadnej klasyfikacji ani hierarchii, wszystko wydaje się od Sasa

do lasa, od telepatii przez pokaz telewizyjny czarowania wody mineralnej po świecowanie uszu. Jest tylko jedno lepsze tej beładnej zbieraniny dziecin: tajemniczość.

Szukają – nie znajdują

Ale co najważniejsze, ludzie ci metody niekonwencjonalne przeciwstawiają medycynie naukowej, nazywając je naturalnymi, tak jakby medycyna naukowa była w czymś nienaturalna. Są gotowi znaleźć tysiące dowodów na jej nienaturalność. Niestety nie znajdują, i to jest dostrzegalne.

Nie próbują łączyć medycyny alternatywnej z medycyną naukową, a jeśli już to robią, to zwykle dla świętego spokoju („niech się lekarz wypowie, a dalej ja pokieruję jak należy”; „przecież ja zawsze odsyłam do lekarza na konsultację”). Nie sposób nie zauważyć, że to tym bardziej skłania sceptyków do wzruszania ramionami.

Czynnikiem, który wyraźnie osłabia powagę sprawy, jest źle pojęta bezkompromisowość. Ileż to razy rzeczowa krytyka jakiejś doktryny niekonwencjonalnej wywoływała masowe natarcie jej zwolenników, bicie na ośle, a nawet towarzyski ostracyzm! Sam tego doświadczyłem. W takich wypadkach osoby postronne zawsze zapytają: dlaczego? Co się za tym kryje? Dlaczego te reakcje są tak głośne i bezpardonowe? A może nie jest to tylko walka o ideę, o teraźniejszość i przyszłość ludzkości, ale o coś znacznie bardziej przyziemnego, a mianowicie o pieniądze?

Jeśli ktoś uczynił z medycyny niekonwencjonalnej swój zawód albo wspiera nią swoją działalność lekarską, to wobec niejasności zagadnienia na pewno będzie w tych dyskusjach podejrzewany o interes własny. Każdy spór o pryncypia przemieniony w awanturę przysparza zwolennikom medycyny niekonwencjonalnej nowych wrogów zarówno wśród lekarzy, jak i naukowców z innych dziedzin, a nawet szerokiej publiczności. Nie dziw, że potworzyły się obozy niczym twierdze, a podziały stają się coraz głębsze. To już nie te czasy, kiedy działał śp. Nardelli, a nielicznym bioterapeutom medycy przypatrywali się z zaciekawieniem. Zjawiskiem szczególnie niekorzystnym dla obrazu ludzi medycyny niekonwencjonalnej jest to, że bez owijania w bawełnę odrzucają przemawianie nowych metod przez medycynę. Sprawiają wrażenie niesłuchanie za-

zdrośnych o swoje sekrety i, jak można sądzić, oparte na nich osiągnięcia.

Nie znajdujemy panaceum

W najgorszej sytuacji znajdują się lekarze, którzy śledząc badania naukowe nad metodami niekonwencjonalnymi odrzucają to, co sensu nie ma, ale jednak przyjmują wszystko, co wartościowe i skuteczne, choćby były to tylko techniki psychoterapii i sugestii. To dzięki takim ludziom do medycyny naukowej przedarła się ongiś higiena, fizykoterapia, akupunktura, metodologia postępowania pooperacyjnego, rehabilitacja, ale także nawet wspomniana już bakteriologia.

Są to głównie lekarze starszego pokolenia, których stać na owocne uogólnienia. Oni wiedzą najlepiej, jak wiele i niewiele może medycyna, i jak wiele i niewiele można czerpać z okolomedycyny. Wiedzą przede wszystkim, że jak życie lekarskie długie, nie udało im się znaleźć jednej koncepcji lekarskiej odpowiedniej do wszystkiego.

Nie ma ani panaceum, ani uniwersalnej doktryny. Korzystają więc ze wszystkiego, co tylko może pomóc choremu, czerpią z różnych źródeł wiedzy (podkreślam: wiedzy) i praktyki. Ponieważ są to czasem sposoby ogólnie zaliczane do znachorskich, narażają się na krytykę. Krytykę tym boleśniejszą, że niesprawiedliwą.

Doskonala swoją wiedzę naukową, ale dodają do niej doświadczenie i potwierdzalną obserwację. Znajdują się między Scyllą i Charybdą. Mimo że ich pozycja nie jest wygodna, nie ustępują, bo mają na względzie głównie skuteczność działania. Im właśnie trzeba się uważnie przyglądać i rozważać racje bez emocji.

Niech spory o nowe w medycynie nie przypominają problemu kołtuna: ścinać, czy nie ścinać. Naginanie prawdy do własnych interesów i ambicji zawsze kończy się katastrofą. Bo prawda nie leży ani na krańcach, ani całkiem pośrodku, a każdy problem lekarski przedstawia się inaczej.

Piotr Müldner-Nieckowski

Autor, dr n. med., jest specjalistą chorób wewnętrznych. Od ukończenia w 1970 r. AM w Warszawie czynnie uprawia zawód lekarza. Jest również pracownikiem naukowym Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego (polonistyka). Napisał 40 prac językoznawczych. Prowadzi Poradnik Językowy w Internecie.

@sculap.pl

Goniec Medyczny

łożniczo-ginekologicznego szpitala w Toruniu jedna z ciężarnych pacjentek.

• **Dobiła go ustawa „203”?** Sąd Rejonowy w Bydgoszczy ogłosił upadłość spółki prowadzącej szpital w Więcborku (woj. kujawsko-pomorskie). • **A mówiły jaskółki, że niedobre są spółki.** Zadłużony na 24 mln zł szpital miejski w Zamościu zostanie przekształcony w spółkę. • **Wybudują blok operacyjny i kupią nowy sprzęt.** Szpital w Ostródzie (woj. warmińsko-mazurskie) kupiła... międzynarodowa firma, prowadząca w Europie i USA sieć własnych klinik. • **Supercieżka waga w ciąży.** W Klinice Medycyny Matczy-no-Płodowej i Ginekologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi rodzą ciężarne z wagą powyżej 150 kg. • **Wrzuc moneta, wrzuc moneta...** Pracownicy łódzkiego Szpitala im. Mikołaja Kopernika pobierają od chorych 3 zł za... telefoniczne poinformowanie o terminie przyjęcia na leczenie - donoszą oburzeni dziennikarze jednego z ogólnopolskich dzienników. • **Kto z kim i kiedy?** Rząd przedłożył projekt ustawy o włączeniu AM w Bydgoszcz do Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu. • **Pozwala do sądu...** Sejm. Lubelski ZOZ pozwał... Sejm RP o odszkodowanie za straty poniesione w wyniku tzw. ustawy „203”. • **12 tys. jednostek na różnych nośnikach.** W Olsztynie otwarto nowoczesną bibliotekę multimedialną ze stanowiskami internetowymi. Placówka powstała dzięki wsparciu Fundacji Bertelsmanna. • **Czy wiesz co jesz?** W Białymstoku otwarto drugie w Polsce laboratorium badania żywności genetycznie modyfikowanej. • **Inwestują w zdrowie.** Gmina Kobierzycy (woj. dolnośląskie) buduje nowy ośrodek zdrowia. • **Chorzy z pracy.** Coraz mniej osób zapada na choroby zawodowe w Polsce - wynika z danych Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. • **„Otwórzcie drzwi” chorym na schizofrenię.** W Polsce potrzebna jest zmiana podejścia do chorych na schizofrenię. W naszym kraju na „chorobę pięknych umysłów” cierpi 400 tys. osób. • **Wystarczy chwila nieuwagi.** O licznych kradzieżach w polskich szpitalach i bezradności policji pisze „Gazeta Pomorska”. • **Mamo, nie zostawiaj mnie!** W Lublinie uruchomiony został Ośrodek Ratowania Dziecka Odrzuconego. • **Zacząć życie na nowo.** Każdego roku 45 tys. osób w Polsce podejmuje próby samobójcze. Niestety, osoby, które próbę taką przeżyły, zazwyczaj pozostawiane są same sobie. • **„Marku! Nie zapomnimy!”.** Minęła druga rocznica śmierci Marka Kotańskiego,

dokończenie na str. 35

Trudności lekarzy

Wanda Terlecka

Lekarz zawodowo spotyka się z rodziną chorego w związku z chorobą jednego z członków tej konkretnej rodziny.

Chory człowiek jest tą osobą z racji której lekarz i rodzina, dotąd obcy sobie i nieznanymi ludźmi, spotykają się ze sobą, rozmawiają, wzajemnie od siebie czegoś oczekują. Pierwszorzędnym celem spotkań lekarza z rodziną chorego winno być dobro tegoż chorego i możliwie najlepsza pomoc dla niego.

Z funkcji lekarza wynika, że to właśnie on jest odpowiedzialny za wszystkie działania podejmowane wobec chorego. W zespole leczącym to lekarz pełni funkcję kierowniczą, ale w gronie osób skupionych wokół chorego każdy ma do spełnienia specyficzne dla siebie, niezastąpione zadanie.

Również rola pacjenta nie jest rolą bierną, nie jest samym oczekiwaniem, proszeniem i przyjmowaniem. Zgodnie z personalistycznym pojmowaniem zadań poszczególnych osób zaangażowanych w postępowanie lecznicze, chory człowiek ma być świadomym uczestnikiem tego postępowania.

Chory człowiek jest osobą, a więc przysługują mu wszystkie prawa człowieka. Ma prawo przede wszystkim wiedzieć, co dzieje się z jego zdrowiem; ma prawo rozumieć, na miarę swoich możliwości, w czym tkwi zasadniczy problem leczniczy i jakie jest rokowanie w chorobie; ma prawo świadomie wyrażać zgodę na proponowane działania, jak również ewentualnie świadomie nie godzić się na określone leczenie.

Ponieważ prawa człowieka są sprzężone zwrotnie z obowiązkami, człowiek chory znając i rozumiejąc własną sytuację zdrowotną, winien świadomie przyjąć przypadającą na niego część obowiązków. Pierwszym z nich jest współpraca w leczeniu i stosowanie się do wskazań lekarskich.

Człowiek chory z reguły ma jakąś rodzinę. Nie mają jej ci, którzy byli jedynakami, a ich krewni już nie żyją, są nimi ci, którzy są porzuconymi dziećmi czy rodzicami, wreszcie ci, którzy sami zerwali, albo zniszczyli więzi rodzinne.

Wszystko, co dotyczy człowieka chorego, zwłaszcza jego zdrowia i życia, dotyka w jakiś sposób i jego rodzinę, wspólnotę, której jest członkiem. Chory przecież jako człowiek pełni określone funkcje rodzinno-społeczne. Jest rodzicem, dzieckiem, krewnym, powinowatym. Przywrócenie mu zdrowia jest rękomią przywrócenia stanu życia rodzinnego sprzed choroby. Śmierć chorego całkowicie rewolucjonizuje dotychczasowe życie rodzinne. Pozostałe kalectwo bądź choroba przewlekła wymusza całkowite przeorganizowanie dotychczasowego życia wszystkich członków rodziny.

Wszystko, co zostało powyżej powiedziane, wskazuje na to, że obok chorego, który jest pierwszorzędnym podmiotem troski i działań lekarza, również jego rodzina mieści się w obszarze działań lekarskich, na co studia medyczne nie zwraca-

ją uwagi. Prawdę tę pokazuje lekarzowi życie i ono zmusza go do praktycznych kontaktów z rodziną chorego.

Sposób kontaktowania się lekarzy z członkami rodziny chorego bywa bardzo różny i zawsze zależy od zasadniczej postawy lekarza wobec chorego jako osoby. Postawy te bywają niezwykle różnorodne.

Najogólniej rzecz ujmując można mówić, że część lekarzy podejmuje trud dialogu z rodziną chorego, część traktuje kontakty z rodziną zupełnie marginalnie, a cała reszta z różnym skutkiem boryka się z trudnościami, jakie niewątpliwie rodzą się na styku lekarz – rodzina chorego, co zresztą stwarza analogiczne trudności członkom tych rodzin.

Próby dialogu

Lekarze, którzy otrzymali właściwe wychowanie rodzinne, których nauczyciele zawodu byli humanistami i którzy starają się być uczciwi wobec siebie i innych, widzą potrzebę nawiązania i utrzymania dialogu z rodziną chorego.

Już samo przyjęcie do wiadomości i zaakceptowanie trudnej prawdy związanej ze stanem zdrowia bądź złym rokowaniem jest dla chorego znacznie łatwiejsze, jeśli wspiera go w tym kochająca i współodpowiedzialna rodzina.

Decyzje o zgodzie na proponowane trudne leczenie, wybór bądź poszuki-

REKLAMA

REKLAMA

wanie placówki medycznej, w której można liczyć na właściwą pomoc, choroby z reguły podejmuje dopiero po narażeniu z rodziną.

Najtrudniejszą prawdę – o nieuchronności kalectwa bądź rychłej śmierci – człowiek chory zwykle chce dzielić z najbliższymi sobie ludźmi. Lekarz więc, który pierwszy poznaje całą prawdę o zdrowiu chorego, winien sam podjąć próbę kontaktu i dialogu z rodziną, aby przekazać jej tę prawdę oraz zmobilizować do czynnej pomocy choremu.

Odzew rodziny na zainicjonowaną przez lekarza próbę dialogu bywa różny. Z reguły rodzina jest zaskoczona samą chorobą, a tym bardziej złym rokowaniem, niezależnie od wieku chorego i wcześniejszego stanu zdrowia. Ponadto troskliwa rodzina zwykle oczekuje, choćby podświadomie, cudu uzdrowienia swego chorego.

Przekazywanie więc członkom rodziny rzeczowej informacji o trudach i nieubłaganych faktach, jest obiektywnie bardzo trudne. Wymaga od lekarza głębokiej kultury, taktu, oględności i pełnej wierności prawdzie. Niepoważne jest, gdy lekarz informując o złym rokowaniu „daje” choremu określony czas przeżycia. Lekarz nie jest prorokiem znającym przyszłość, może więc mówić jedynie o prawdopodobieństwie, o danych statystycznych, ale nigdy o faktycznym czasie przeżycia konkretnego chorego.

Jeszcze trudniejsze jest przekazanie rodzinie chorego prawdy, że w sytuacji ciężkiej choroby, a jeszcze bardziej w sytuacji umierania chorego, na członkach rodziny spoczywają określone powinności wobec chorego czy umierającego. Rodzina powinna podtrzymywać nadzieję swego członka, współpracować w procesie leczenia, współdziałać w niesieniu mu ulgi, przygotować siebie i chorego bądź na ostateczne przejście, bądź też do życia w kalectwie lub stanie przewlekłej choroby.

Tymczasem ogromna część rodzin uważa, że oddając chorego do szpitala spełniła zasadniczy obowiązek wobec niego. Członkowie rodziny względnie często rozszerzają sobie ten obowiązek jeszcze o odwiedzenie chorego i donoszenie mu jedzenia. Całą resztę spodziewają się uzyskać od lekarza i od placówki służby zdrowia; najchętniej wyzdrowienie, ale i pozytywne załatwienie możliwych do uzyskania świadczeń, a w razie nieuleczalności bądź bliskiego stanu terminalnego dożgonną opiekę.

Część rodzin, choć z trudem, godzi się z niespodziewaną rzeczywistością i po-

dejmuje wysiłki, by sprostać nowym zadaniom. Część zajmuje *a priori* postawę roszczeniową domagając się wszystkiego, co jest teoretycznie możliwe w medycynie i w życiu społecznym, a ponadto grożąc ministrem, prasą, telewizją, prokuratorem. Coraz częściej taką postawę demonstrują ludzie zamożni, młodzi, kreatywni. Dialog z nimi nie ma szans powodzenia. W efekcie końcowym cierpi chory, a i lekarz doznaje poważnego urazu psychicznego.

Zepchnięcie rodziny chorego na margines

Część lekarzy kontakty z rodziną traktuje marginalnie. Mogą być oni nawet kompetentnymi fachowcami, posiadać stopnie naukowe aż do profesorskich, lecz w swoim zawodzie nie przewidują czasu dla rodziny chorego.

Żle świadczy o placówce, jeśli jej kierownik nie zorganizował zwyczajnej możliwości kontaktowania się z nim rodzin w określonym czasie i miejscu. Duża ilość obowiązków wystarczająco usprawiedliwi udzielanie informacji nie codziennie, lecz w określone dni tygodnia. Nie ma natomiast usprawiedliwienia dla informacji rzucanych tonem łaskawcy na korytarzu, na schodach czy w windzie, a tym bardziej dla odmowy informacji. Takie traktowanie rodzin, poza wyrządzoną im krzywdą, uwłacza godności lekarza.

Nieumiejętność kontaktów z rodzinami chorych

Chyba większość lekarzy wie, że trzeba rozmawiać z rodzinami chorych i robi to, ale w sposób daleki od doskonałości i bez wyciągania wniosków dla siebie po przeprowadzonych rozmowach.

Znaczna ilość skarg na lekarzy, jakie wpływają do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, ma swoje źródło w niewłaściwym stosunku lekarzy do członków rodziny chorego.

Nie będę szerzej rozwijać bolesnego tematu, że dla niektórych lekarzy spotkanie z rodziną jest sposobnością do wyegzekwowania nienależnych świadczeń finansowych.

Niektórzy lekarze podejmują z rodziną rozmowę o chorym bez przygotowania się do niej (nie znają wyników badań, myślą chorych).

Znaczna część lekarzy nie zadaje sobie trudu, by objaśnić problem medycznym językiem przystępnym i zrozumia-

dokończenie ze str. 36

dokończenie ze str. 33

założyciela Monaru i współtwórcy ośrodków Markotu dla ludzi uzależnionych od narkotyków i nosicieli HIV. • **„Ratujcie nasze dzieci!”**. Do świ-noujskiej policji nadszedł dramatyczny list od rodziców, których dzieci zażywają i sprzedają narkotyki. • **Bezpłatny tylko kalendarzyk**. Po wejściu nowej ustawy zdrowotnej środki antykoncepcyjne z 30 proc. odpłatnością przestaną być refundowane. • **Domy dziecka dla... bandytów**. Z powodu braku miejsc w zakładach dla młodych przestępców nieletni bandyci są kierowani do domów dziecka - donosi „Życie Warszawy”. • **Pytania o Polskę**. Ponad milion dzieci żyje w Polsce poniżej minimum egzystencji. • **Zdrowie ukryte w jagodach**. Czarne jagody obniżają poziom cholesterolu - poinformowano podczas konferencji American Chemical Society. • **By-passy na bezpiecznie**. Aprotynina zmniejsza ryzyko udaru mózgu podczas wszczepiania by-passów - informuje „Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery”. • **Ryby pomogą hemofiliakom**. Zmodyfikowane ryby wyprodukują ludzki czynnik krzepnięcia - donosi „New Scientist”. • **Złapano winowajcę**. Poznano jedną z przyczyn reumatoidalnego zapalenia stawów. Jest nim białko IGF-1R - donosi najnowszy numer „Journal of Immunology”. • **Zamiast pomóc mogą zaszkodzić**. Nadmiar limfocytów T regulacyjnych może sprzyjać rozwojowi nowotworów - informują amerykańscy naukowcy na łamach „Nature Medicine”.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 60 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl. Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW

Serdecznie zapraszamy.

lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny portalu Esculap.pl
Grupa Medical Data Management
www.esculap.pl
e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Trudności lekarzy

dokończenie ze str. 35

łym dla rozmówców, a tym bardziej, by wysłuchać wątpliwości i niepokojów interlokutorów.

Oczywiście i rodziny traktują bardzo różnie rozmowę z lekarzem i udzielane informacje. Niektóre przychodzą po to, by podyktować lekarzowi, co ma robić, bo ich znajomy w podobnej sytuacji miał robione to i to; bo w telewizji usłyszeli, że w takiej chorobie można dziś podjąć określone działanie; bo mają krewnego lekarza w innym mieście, który pewnie zadzwoni itp. Uzyskanie porozumienia z takimi rodzinami jest możliwe, choć wymaga wiele cierpliwości i wyrozumiałości.

Niektórzy członkowie rodziny przypisują sobie wiedzę medyczną, której nie posiadają i czują się upoważnieni do podważania zasadności stosowanego leczenia, o które pytali. Pamiętam pewnego siostrzeńca, który podawał się za farmaceutę (był ślusarzem) i kwestionował stosowane u wuja sterydy w leczeniu tocznia układowego, bo „sterydy nie są obojętne dla zdrowia”. Taki człowiek podrywa zaufanie swego chorego do lekarza, ale z propozycji zmiany placówki nie skorzysta. Ten typ postaw rodzin jest efektem naiwnej i nieodpowiedzialnej akcji „szkoleń” zdrowotnych prowadzonych w środkach masowego przekazu.

Analizując problem kontaktów lekarza z rodziną chorego i jawiące się trudności trzeba zauważyć dwa fakty.

Po pierwsze, lekarz w spotkaniach z członkami rodzin często ma do czynienia z patologicznymi postawami ludzkimi. Jest to odbiciem bardzo bolesnej prawdy o współczesnej rodzinie; w wielu z nich istnieją wielorakie patologie i zaburzenia więzi rodzinnych, co łatwo ujawnia się w kryzysowej sytuacji choroby czy umierania.

Z drugiej strony statystyczny lekarz jest obrazem społeczeństwa, z którego wyszedł i w którym żyje. Dlatego niedostatki zachowań i postaw lekarzy pokrywają się z licznymi niedostatkami moralnymi całego współczesnego społeczeństwa. Braki lekarskich postaw są bardziej rażące i bolesne dla rodziny i chorego, gdyż w sytuacji choroby każdy chciałby mieć za lekarza przyjaciela.

Zauważenie i naszkicowanie głównych typów trudności, jakie występują w kontaktach lekarza z rodziną chorego (z winy obu stron), nie było głównym celem powyższych rozważań. Celem zasadniczym jest wskazanie, że zdając sobie sprawę z obiektywnych trudności w kontaktach, ze zróżnicowanych postaw ludzkich, lekarz traktujący poważnie swój zawód winien świadomie uczyć się trudnej, lecz pasjonującej sztuki porozumiewania się między ludźmi.

Wanda Terlecka

Autorka jest członkiem Komisji Etyki Naczelnej Rady Lekarskiej (Częstochowa).

Good Clinical Practice

Dlaczego badania kliniczne są zbiurokratyzowane?

Każdy, kto prowadził choć raz badanie kliniczne, zdaje sobie sprawę z ogromu rozmaitych dokumentów, które należy przygotować lub uzyskać od rozmaitych organów i władz.

Każda czynność w badaniu również wymaga rzetelnego udokumentowania. Dobrym przykładem ilustrującym potrzebę posiadania pełnej dokumentacji „krok po kroku” jest podejście inspektorów władz rejestracyjnych (zwłaszcza z FDA – Amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków) do badań podlegających inspekcji: „Nie udokumentowane = nie wykonane”.

Skąd takie podejście się wzięło? Niestety, badania kliniczne mają swoją ciemną kartę w historii, kiedy to wielokrotnie nadużywano zaufania pacjentów lub ograniczania ich prawa.

Problem nieetycznych badań pojawił się na początku XX w. wraz z profesjonalizacją i uprzemysłowieniem zarówno medycyny, jak i badań klinicznych, które para-

doksalnie zaczęły sprzyjać prowadzeniu badań przez osoby niekompetentne lub niezainteresowane dobrem indywidualnych pacjentów. Olbrzymi wpływ miały także wojny światowe i wprowadzenie nowych metod walki oraz masowej zagłady. Przyjrzyjmy się zatem przykładom.

W latach dwudziestych XX w. w jednym z nowojorskich sierocińców przeprowadzono badanie dotyczące szkorbutu, wyłączając z diety dzieci sok z owoców cytrusowych. W tym samym czasie pensjonariuszy zakładu dla opóźnionych umysłowo w trakcie badań nad szczepionką zarażono gripą.

W roku 1930 rozpoczęło się badanie Tuskegee nad naturalnym przebiegiem kiły u czarnoskórych pacjentów z kiłą wtórną. Badanie prowa-

dziła Amerykańska Publiczna Służba Zdrowia, a zakończono je dopiero w 1972 r. po ujawnieniu skandalu przez „Washington Star Magazine”. W czasie badania żadnemu z pacjentów nie podano penicyliny, ani nie poinformowano w ogóle o takiej możliwości.

W czasie drugiej wojny światowej niemieccy lekarzy pracujący dla hitlerowskich Niemiec dokonywali nieludzkich eksperymentów na więźniach (także kobietach i dzieciach) obozów koncentracyjnych, traktując ich jako doskonały materiał ludzki, lecz odmawiając im ludzkich praw. Ale i po stronie aliantów domino wało przekonanie, że w czasie wojny obowiązują szczególnie prawa.

Gdy Japonia nałożyła embargo na wywóz chininy, Stany Zjednoczone rozpoczęły testy z nowym lekiem przeciwmalarycznym. Lek testowano na osobach psychicznie chorych przebywających w zakładach i na więźniach, uprzednio zarażwszy ich malarią za pomocą transfuzji.

W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX w. ujawniono jeszcze kilkanaście takich przypadków: w jednym wstrzyknięto komórki nowotworowe 22 starszym osobom, by zbadać ich odpowiedź immunologiczną; w innym, w nowojorskim Willowbrook Hospital, zakładzie psychiatrycznym dla dzieci, małym pacjentom podczas badań nad szczepionką wstrzykiwano żywe wirusy zapalenia wątroby. Przez 14 lat trwania badania zainfekowano w ten sposób ponad 700 dzieci. Podobne przypadki odnotowano także w Wielkiej Brytanii. Okres zimnej wojny również wpłynął na pojawienie się nieetycznych badań, np. wpływ promieniowania rentgenowskiego na wydolność jąder testowano na więźniach, nie informując ich ani o badaniu, ani o moż-

liwości późniejszego wystąpienia nowotworu jąder. Pacjentów terminalnych w Cincinnati General Hospital poddawano naświetlaniom całego ciała i obserwowano skutki. Badanie finansował amerykański Departament Obrony. Amerykańska CIA właściwie rutynowo testowała na ludziach środki psychotropowe i tortury psychiczne, chcąc usprawnić techniki przesłuchiwania i „prania mózgu”... Co robiono w innych krajach, mniej skłonnych do upubliczniania swoich problemów, możemy się tylko domyślać...

Aby zapobiec tego typu praktykom w przyszłości, w 1964 r. Światowe Stowarzyszenie Medyczne (World Medical Association) uzgodniło i wydało Deklarację Helsińską (kilkakrotnie nowelizowaną, ostatnio w październiku 2000 r.), mającą zabezpieczyć prawa pacjenta, w tym prawo do samostanowienia o sobie w badaniach klinicznych. Na tym dokumencie opierają się wszelkie dalsze regulacje prawne dotyczące badań klinicznych, wprowadzone w większości krajów.

Deklaracja Helsińska leży u podstaw Dobrej Praktyki Klinicznej (ICH GCP Guidelines), a także Dyrektywy Europejskiej 2001/20/EC, która weszła w życie 1 maja 2004 r., również w naszym kraju.

Wszelkie dokumenty wymagane wskutek tych wszystkich regulacji mają m.in. wykazać, że prowadzone badanie jest etyczne i zgodne z prawem, a do badania włączeni zostali właściwi pacjenci i – odpowiednio poinformowani – wyrazili dobrowolną zgodę na udział w badaniu.

Beata Rygiel-Żbikowska

W oparciu o artykuł „The age of consent?” Patricii Bujebaum opublikowany w „GCP Journal” z grudnia 2003 r.

Upomnijmy się o siedzibę

Jerzy Wunderlich

Czy Warszawie, warszawiakom i gościom Warszawy potrzebne jest Muzeum Historii Medycyny? Tak, bez wątpienia.

fol. Marek Stankiewicz

Czy jest w Warszawie miejsce bardziej nadające się na siedzibę takiego obiektu, jak istniejący od blisko 200 lat, ocalały z pożogi wojennej, pawilon chirurgii byłego Szpitala Ujazdowskiego? Szpita-

la, którego mury są już obiektem historycznym, opisanym w książkach, uwiecznionym w filmach.

Nie, nie ma takiego obiektu, który by temu celowi mógł służyć lepiej.

Dlaczego więc, mimo 30-letnich starań Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i jego prezesa prof. Jerzego Woya-Wojciechowskiego takie muzeum nie powstało w historycznym budynku szpitalnym, w którym na jakiś czas umieszczono dyrekcję Muzeum Ruchu Rewolucyjnego i inne nie związane z medycyną i jej historią instytucje?

Kiedy się czyta i przegląda niezliczone pisma kierowane w tej sprawie do wielu instytucji i osób, a szczególnie odpowiedzi na nie, mamy jaskrawy przykład polskiej niemożności, biurokratycznej mitręgi, psychologii, przetrwania się dokumentami. Przez tyle lat adresaci tych pism nie chcą lub nie potrafią podjąć decyzji w tej kwestii. To zdumiewające, tym bardziej że wiele zaangażowanych w sprawę osób było za! Dwie bardzo ważne osoby w Kancelarii Prezydenta, pani wicemarszałek Sejmu – były za! Pan wojewoda mazowiecki – był za! Pan starosta – był za! Byli, przypomnijmy, za tym, by upamiętnić tysiące tych lekarzy, którzy zginęli zamordowani i zamęczeni w czasie wojen, wypełniając często do końca swoje obowiązki. Byli za tym, by zgromadzić tu niszczone po piwnicach dokumenty historii polskiej medycyny, której przedstawiciele, lekarze społecznicy w najtrudniejszych czasach spieszyli z pomocą chorym, cierpiącym, często biednym i bezradnym. Byli za tym, by przedstawić tu historię polskiej nauki i jej najwybitniejszych przedstawicieli – lekarzy, zwłaszcza z XIX i XX wieku, obfitujących w wydarzenia i dokonane przez nich odkrycia warte zachowania w zbiorowej pamięci Polaków.

Tu też swoją siedzibę powinno znaleźć Polskie Towarzystwo Lekarskie zagrożone przez byłych właścicieli eksmisją z zajmowanego lokalu.



Od 1807 roku...

Szpital Ujazdowski istniał od 1807 r. do lat powojennych. W okresie międzywojennym działała przy nim wyższa szkoła lekarzy wojskowych (podchorążych sanitarnych). O historii Szpitala Ujazdowskiego powstały książki (Halina Odrowąż-Szukiewicz „Rzeczpospolita Ujazdowska”, Warszawa 2001) i filmy (Bogdan Kezik „Szpital Ujazdowski”, Warszawa 2001).

Historyczne pawilony byłego Szpitala Ujazdowskiego przy Alejach Ujazdowskich 6 zajmują fragment działki będącej we władaniu Dyrekcji Centrum Sztuki Współczesnej mającego swą siedzibę w Zamku Księżąt Mazowieckich (Ujazdowskim) i stanowiącej własność Skarbu Państwa. Polskie Towarzystwo Lekarskie stara się o były pawilon chirurgiczny Szpitala Ujazdowskiego od początku lat siedemdziesiątych. W przeszłości pawilon chirurgiczny był zajmowany przez różne instytucje, m.in. przez ekologów, czasowo przez biura Muzeum Ruchu Rewolucyjnego, a ostatnio przez Ośrodek Dokumentacji Zabytków.

Władze Warszawy od blisko 30 lat wielokrotnie przyrękały Polskiemu Towarzystwu Lekarskiemu „powrót za symboliczną złotówkę” do historycznie związanego z medycyną pawilonu, ale – jak dotąd – bez efektu.

A także tak zasłużony dla lekarzy i pacjentów warszawski Klub Lekarza – miejsce kulturalnej, naukowej, społecznej działalności lekarzy.

Krążące od 30 lat pisma i listy w tej sprawie i wiele odpowiedzi na nie są pełne zwrotów napawających nadzieją na pomyślne zakończenie. I tak np. dyrektor gabinetu szefa Kancelarii Prezydenta „uprzejmie prosi Pana Starostę o zainteresowanie się sprawą oraz przyspieszenie podjęcia stosownej decyzji”. Z tegoż gabinetu wychodzi po jakimś czasie pismo, w którym czytamy: „Uzyskanie przez ww. Towarzystwo stałej siedziby będzie najpiękniejszym ukoronowaniem 50-letniej działalności Polskiego Towarzystwa Lekarskiego jako ogólnopolskiego medycznego towarzystwa naukowo-społecznego”. Starosta powiatu warszawskiego „wystąpił z wnioskiem o wyrażenie zgody na oddanie gruntu w użytkowanie wieczyste na rzecz Towarzystwa Lekarskiego.” I tak dalej, i tym podobnie. I co? I nie!

Skoroszyty pęczniewą od pism w tej sprawie, pożółkłych już niekiedy, bo wysłanych wiele lat temu. Ale nie wszystkie odpowiedzi oficjeli mających wpływ na podjęcie decyzji są tak przyjazne tej inicjatywie. W grę wchodzi bowiem także interesy innych instytucji mających odmienne pomysły na zagospodarowanie pawilonu chirurgii dawnego Szpitala Ujazdowskiego. Słyszysz się np. o pomysł ulokowania tam placówki związanej z... teatrem. To pomysł równie zaskakujący jak nazywanie imieniem Jana Józefa Lipskiego



Powstańcze losy szpitala

Po południu, wokół szpitala słychać było zewsząd strzały. Zorientowaliśmy się, że rozpoczęło się Powstanie. Szpital otoczono żandarmerią i wojskiem niemieckim, zostaliśmy odcięci od reszty miasta. Zaczęła płonąć ulica Wiejska i Aleje Ujazdowskie. Wieczorem ogromne luny otaczały teren szpitala. (...)

6 sierpnia sytuacja zmieniła się radykalnie, szpital zajął oddział żandarmerii, podpalamo jeden z pawilonów szpitalnych, brutalnie wyganiając rannych, chorych i personel na dziedziniec. Tylko odważna, zdecydowana postawa płk. Kucharskiego, doc. Krostoskiego i Kazimierzy Strehlowej zapobiegła masakrze. Udało im się dotrzeć do najwyższego rangą oficera na tym terenie i uzyskać zgodę na ewakuację szpitala wraz z rannymi, personelem i sprzętem. Wszystko to działo się w olbrzymim pośpiechu, przy nieustającym poganianiu przez groźących bronią żandarmów. Pod zarzutem opóźniania akcji zastrzelono zasłużoną pielęgniarkę oddziałową Różę Mach. W ciągu trzech godzin udało się uformować kolumnę liczącą przeszło 1000 osób. Wszystkich ubrano w białe szpitalne fartuchy. Na noszach dźwigano około 300 rannych i chorych. Na czele kolumny i po jej bokach niesiono flagi z Czerwonym Krzyżem. Na szpitalnych wozach wieziono instrumenty medyczne, opatrunki, leki i żywność. (...)

Przygodni esesmani zaczęli plądrować w tłumie, podpalili jeden z wozów, zastrzelili kilku chorych na noszach i pielęgniarkę Stefanię Kaczorowską...

Maria Wiśniewska i Małgorzata Sikorska, „Szpitale powstańczej Warszawy”



ulicy, a zwłaszcza umieszczenie stosownej tablicy informującej o tym wybitnym działaczu na kamienicy, w której mieszkał... Paweł Jasienica. Nie ujmując zasług pierwszemu, tego drugiego, również zasługującego na naszą pamięć, czegoś ważnego pozbawiono po śmierci.

Wkład polskich lekarzy nie tylko w rozwój nauk medycznych ale i w działalność społeczną, która kiedyś była czymś zwykłym, jakby przypisanym do zawodu lekarza, zasługuje na upamiętnienie. Dlatego upomnijmy się o siedzibę dla Muzeum Historii Medycyny w historycznym pawilonie chirurgii dawnego Szpitala Ujazdowskiego.

Brydżowy powrót do Bogaczewa

Tradycyjnie w pierwszy weekend września lekarze brydżyści, już po raz dziesiąty, rywalizowali o tytuły mistrzowskie w Bogaczewie nad jeziorem Narie.

W turniejach na zapis średni i na zapis maksymalny oraz turnieju teamów wzięło udział 27 par, w tym 13 par lekarskich oraz pary lekarsko-rodzinne i farmaceutyczne. W turnieju na zapis średni (Cavendish) złoto zdobyli **Jacek Szwed**, zawodnik III-ligowej Pogoni Oleśnica z **Piotrem Ratajskim**, chirurgiem stomatologicznym zawodnikiem AZS Politechnika Wrocław III (II liga), obaj z Oleśnicy. Srebro przy-

Kaźmierczak, ordynator oddziału opieki paliatywnej w Bełchatowie, były zawodnik I-ligowego klubu GKS Bełchatów oraz **Igor Łobodziński**, stomatolog z Piotrkowa Trybunalskiego, grający w II-ligowym zespole Olimpia Łódź. Sre-



Medaliści X MPL w Brydżu Sportowym



Mistrzowie Danuta Hocheker (z lewej) w parze z Romanem Kierznowskim

padło drugoligowcom **Jackowi Wędrychowiczowi**, ginekologowi z Poznania i **Markowi Zaborowskiemu** ze Szczecina, a brąz zeszłorocznemu złotemu medalistcie **Aleksandrovi Skopowi**, ginekologowi z Torunia oraz **Tomaszowi Latosowi**, radiologowi z akademickiego szpitala w Bydgoszczy. Tomasz Latos jest przewodniczącym Komisji Polityki Zdrowotnej Rady Miasta Bydgoszczy.

W turnieju na maxy z doskonałym wynikiem 64,64% wygrali **Andrzej**

stwach polskich lekarzy. Sympatycznego Rika wspomagali **Cezary Kmiecik**, lekarz rodzinny z Trzcianki, **Robert Pogorzelski**, stomatolog z Piły oraz **Piotr Solecki**. Medal brązowy zdobyli chirurdzy z Łomży **Ireneusz Karlikowski** i **Stanisław**

Gawryszczak oraz **Krzysztof Dach** i **Adam Chmielewski**.

5 września w Morągu odbył się II Memoriałowy Okręgowy Turniej Par Imienia dr. Henryka Krupy, inicjatora mistrzostw lekarzy i środowiska medycznego w brydżu sportowym. Przed turniejem delegacje OZBS z Olsztyna i izby lekarskiej złożyły wiązankę na grobie dr. Krupy, a uroczy-

ste wręczenie medali i nagród miało miejsce w czasie otwarcia memoriału. Oprócz medali najlepsi w klasyfikacji łącznej **Andrzej Kaźmierczak** i **Igor Łobodziński**, najstarszy 84-letni dr **Ludwik Anders** z Warszawy, najlepszy Europejczyk **Rik van Hauwe** oraz **Maria Boczar** z Warszawy otrzymali upominki od Okręgowej Izby Lekarskiej w Olsztynie.

W memoriałowym turnieju na 51 par, w którym uczestniczyli arcymistrzowie międzynarodowi: **Bogusław Gierulski**, **Roman Kierznowski**, były mistrz Europy, **Danuta Hocheker**, była mistrzy-



Gdzie mistrzowie, tam kibice



Maria i Jerzy Boczarowie w rywalizacji z Jackiem Szwedem i Piotrem Ratajskim

ni świata w mixtach, trzecie miejsce zajęli szczecinianie **Bolesław Karpowicz** z **Markiem Zaborowskim** wyprzedzając **Marię** i **Jurka Boczarów**.

Wysoki poziom lekarskiego brydża, profesjonalne sędziowanie zawodów, przychylność **Janusza Rogowskiego**, prezesa OZBS w Olsztynie powinny być zachętą do częstszych spotkań przy brydżowym stoliku.

tekst i zdjęcia
Krzysztof Makuch



II Igrzyska Lekarskie



Zakopane 2004



Fotoreportaż
Marka
Stankiewicza

Zakład **Aerologii i Sensoryki Medycznej** ŚIAM w Katowicach oraz Ośrodek **Aerologii i Sensoryki Medycznej** KSS im. Jana Pawła II w Krakowie. Szkolenia w **2004 r.**:

- **Spirometria w praktyce** – dla wykonujących i oceniających badania spirometryczne (5 pkt. edukacyjnych), cena 300 zł
- **Aerologia** cz. I – dla wykonujących porady lekarskie z – *próbą rozkurczową i testem prowokacyjnym* (3 pkt. edukacyjnych), cena 300 zł
- **Aerologia** cz. II – dla wykonujących porady lekarskie z – *nebulizacją w napadzie duszności, inhalacjami leczniczymi z fizykoterapią oraz indywidualnym dostosowaniem metody leczenia aerozolami* (5 pkt. edukacyjnych), cena 350 zł
- **Aerologia** – z indywidualnie ustalonym programem
- Szkolenia specjalistyczne dla lekarzy z ośrodków aerologii i sensoryki, **nadzorujących pracę inhalatorów** oraz wykonujących badania kliniczne z **zastosowaniem aerozoli**.

Szkolenia przeznaczone są dla lekarzy i osób wykonujących badania diagnostyczne i zabiegi lecznicze. Informacje i zapisy: Ośrodek Informacji Medycznej abcMED, 30-133 Kraków, ul. J. Lea 114, tel. (0-12) 637-31-82, faks (0-12) 636-78-44, e-mail: abcmed@medinet.com.pl

Esdent Dental Equipment.

Szkolenia w **2004 r.**:

- **2.10. Pierwsza pomoc w gabinecie stomatologicznym – nagłe przypadki w stomatologii. Walka z bólem i lękiem pacjenta – nowoczesne metody znieczulania. Sedacja wziewna – zasady wykonywania zabiegu.** Koszt uczestnictwa 200 zł
- **16-17.10. Ogólnopolskie Forum: Ergonomia w stomatologii.** Koszt uczestnictwa: dla lekarza 400 zł, dla zespołu (lekarz – asysta) 700 zł. Wpłaty na konto ING Bank Śląski 27 10501575 1000 0022 54542323
- **30.10. Co nowego w kariologii? Rewolucja w leczeniu próchnicy zębów. Czy każdy ubytek jest wskazaniem do jego opracowania i założenia wypełnienia? Czy można pozostawić zębinę próchnicową w ubytku? Czym różni się próchnica wtórna od zalegającej? Jak właściwie diagnozować próchnicę wtórną? Czy istnieją materiały zapobiegające próchnicy wtórnej? Jak przedłużyć trwałość wypełnienia? Jak postępować z pacjentami wysokiego ryzyka próchnicy? DIAGNodent i HealOzone w stomatologii.** Koszt uczestnictwa 200 zł

Informacje i zgłoszenia: Esdent Dental Equipment, ul. Pomarańczowa 8, 54-058 Wrocław, tel. (0-71) 353-83-51, 354-02-17, e-mail: esdent@stomatologiczny.com, www.ede.pl

Związek Lekarzy Polskich w Chicago już od sześciu lat oferuje **stypendia dla lekarzy medycyny i stomatologii z Polski**. Fundusz stypendialny jest administrowany przez Fundację Kościuszkowską. Informacje i składanie podań: kontakt z fundacją – www.kosciuszkofoundation.org, e-mail: THEKF@AOL.COM, tel. (48) (22) 621-7067. Termin składania podań upływa 15 października.

Posiedzenia kliniczne w Instytucie „Pomnik **Centrum Zdrowia Dziecka**” w **2004 r.**:

- **5.10. Klinika Pediatrii IPCZD. Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej po zabiegach neurochirurgicznych**
- **19.10. Klinika Urologii Dziecięcej IPCZD. Wodonercze u dzieci**
- **9.11. Klinika Kardiologii IPCZD. Eliminacja niekorzystnych następstw krążenia zewnątrzustrojowego w kardiologii wrodzonych wad serca. Stan obecny i perspektywy**
- **16.11. Klinika Nefrologii i Transplantacji Nerek IPCZD. Wrodzone choroby nerek.**

Posiedzenia odbywają się w pierwszy i trzeci wtorek miesiąca o godz. 13.30 w sali wykładowej nr 119, blok F, I piętro w głównym budynku Instytutu. Dojazd autobusami nr 125, 525, 147, 359. Informacje: Dział Organizacji Nauki i Szkoleń IPCZD, pokój 106, tel. 815-11-32

- **15-16.10., 12-13.11., 10-11.12. 2004 r.** Sopot. TERAPIA 2004. Kursy doskonalące dla dermatologów, alergologów, lekarzy rodzinnych i pediatrów. Uczestnicy otrzymają 15 pkt edukacyjnych. Koszt: 500 zł (bez zakwaterowania), dla członków Sekcji Dermatologicznej PTA 400 zł. Nr konta BGK: 81 1130 1121 8500 0000 0000 1585. Rez. noclegów: www.pensjonat-irena.gda.pl, tel. (0-58) 551-20-73, 551-34-90. Informacje i zgłoszenia: tel. (0-58) 551-21-99 (od 15.00), 0603-746-728, www.terapia2004.csc.pl, e-mail: vitamedicine@wp.pl

- **16.10., 23.10., 6.11. 2004 r.** (terminy do wyboru), miejsce: Warszawa, ul. Mińska 25. Bezpłatne szkolenia z zakresu *oceny obrazów kolposkopowych oraz badań cytologicznych*. Organizator: Polskie Zakłady Optyczne Sp. z o.o., Warszawa, ul. Grochowska 316/320. Prosimy o telefoniczne potwierdzenie terminu prezentacji najpóźniej na 5 dni przed jego rozpoczęciem: Dorota Florczyk, tel. (0-22) 677-14-30, Agnieszka Zagalska, tel. (0-22) 810-38-96.

- **21-22.10.2004 r.** Łódź. Seminarium naukowo-szkoleniowe. Sesja I: *Współczesne możliwości ograniczenia niepełnosprawności po uszkodzeniach stawu kolanowego*. Sesja II: *Nowe metody diagnostyki i terapii w zapobieganiu niepełnosprawności*. Informacje i zgłoszenia: Fundacja Promocji Gospodarczej, ul. Piotrkowska 249/251, 90-456 Łódź, tel. (0-42) 673-61-32, 634-68-57, e-mail: fpglodz@wp.pl, www.interservis.pl

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

- **21-24.10. Ultrasonografia jamy brzusznej**
- **4-7.11. Ultrasonografia narządu ruchu**
- **19-21.11. Ultrasonografia dopplerowska tętnic szyjnych, kręgowych i TCD – doskonalący**
- **25-28.11. Echokardiografia**
- **9-12.12. Ultrasonografia gruczołu piersiowego**

- **16-19.12. Ultrasonografie dopplerowska.** Szkolenia dają prawo do punktów edukacyjnych TIP. Szkolenia dopplerowskie są obowiązkowe do specjalizacji z chirurgii naczyniowej. Zajęcia i zakwaterowanie w ośrodku szkoleniowym na terenie Parku Narodowego w Puszczykowie k. Poznania. Konto: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, ul. Świerkowa 23, 62-050 Mosina, tel./fax (0-61) 819-25-00, tel. 0603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

Abacus Biuro **Promocji Medycznej** Sp. z o.o. Szkolenia w **2004 r.**:

- **3-5.11.** Warszawa. IX Ogólnopolskie Sympozjum **Kierowniczej Kadry Medycznej: Profilaktyka i zwalczanie zakażeń szpitalnych**
 - **18-19.11.** I Ogólnopolskie Sympozjum: **Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Pooperacyjny – organizacja i funkcjonowanie**
 - **2-3.12.** Warszawa. VII Ogólnopolskie Forum **Prawniczo-Medyczne**
- Informacje: Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o., tel. (0-22) 877-28-60, 836-04-16, fax (0-22) 862-10-50, e-mail: abacus@abacus.edu.pl, www.abacus.edu.pl

- **11-14.11.2004 r.** Dom Pracy Twórczej PAN – Wierzbica. Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii: Endokrynologia praktyczna dla ginekologów** cz. I. Prosimy o wpłacenie zaliczki (w minimalnej kwocie 200 PLN) do 15.10.br. W przypadku braku wpłaty do tego terminu traktujemy zgłoszenie jako nieaktualne. Nr konta znajduje się na naszej stronie internetowej. Zgłoszenia: pani M. Boroń, tel./fax (0-87) 423-36-57, 0504-075-804 (w dni powszednie w godz. 9.00-16.00), e-mail: usg@usg.pisz.pl

- **13.11.2004 r.** Warszawa. Sala Konferencyjna Novotelu, ul. 1 Sierpnia 1, od godz. 10.00. Oddział Warszawsko-Otwoccki Polskiego Towarzystwa **Ftyzjopneumonologicznego** organizuje IX Sesję Szkoły Pneumonologii: **Pneumonologia dziecięca i rzadkie choroby płuc**. Wstęp bezpłatny, uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne. Informacje: Tadeusz M. Zielonka, tel. 0-501-143-324, e-mail: zielonka@amwaw.edu.pl, Sekretariat Oddziału PTFP: ul. Pasteura 10, 02-093 Warszawa, tel. 823-39-19, fax 822-12-24.

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy w **2004 i 2005 r.**:

- **14-20.11. USG w ginekologii i położnictwie** – kurs doskonalący
- **14-20.11. Diagnostyka USG narządów położonych powierzchownie:** – diagnostyka obrazowa sutka – diagnostyka USG tarczycy, węzłów chłonnych i innych narządów szyi
- **21-27.11. Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych szyi, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych**
- **28.11.-4.12. Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej**

Kolarze w Przybędzy

VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim
w Przybędzy koło Żywca

Zawody zgromadziły na stracie 8 kobiet, 74 mężczyzn, 30 dzieci i 80 uczestników rajdu rodzinnego. Zawodnicy mieli do przejechania cztery okrążenia po bardzo malowniczej pętli, liczącej 4,4 km ze szczytem 609 m nad poziomem morza. Trochę asfaltu, szutery, trawa, mocne podjazdy i zjazdy. Zawodnicy błysnęli fantastyczną kondycją. Szpica wyścigu pokonała okrążenie w czasie poniżej 13 min.

Wśród kobiet **Hanna Sulczyńska** z Poznania, przed **Elżbietą Błach** z Katowic i **Mirosławą Przyluską** ze Szczecina. Wśród panów najszybciej trasę pokonał **Daniel Mazór** z Bochni, przed **Robertem Nanowskim** z Opola, **Tomaszem Mikulskim** z Warszawy, **Martkiem Paściakiem** z Bytomia i **Tomaszem Szopińskim** z Warszawy.

(ms)

fot. Tomasz Mężyk



Z głębokim żalem i szczerym smutkiem żegnamy

lekarza dentystę
BOLESŁAWA JULIANA SIMONA

wiceprzewodniczącego Dolnośląskiej Rady Lekarskiej,
przewodniczącego Komisji Stomatologicznej DRL,
członka Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej.

przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL
oraz prezes i członkowie NRL

Wydział Lekarski i Oddział Stomatologiczny AM w KRAKOWIE lata 1953-1958

Zainteresowani pierwszym wspólnym spotkaniem koleżeńskim proszeni są o zgłoszenie swojego udziału na adres: **Jerzy Michalewski, ul. Komandosów 7/94, 33-334 Kraków, tel./fax (0-12) 266-43-22, tel. kom. 0-601-359-186.**

Wydział Lekarski ŚIAM – absolwenci 1974

W dn. 5-7 listopada 2004 r., z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów, spotkanie w **Hotelu Wilga, ul. Zdrojowa 7, 43-450 Ustroń**. Wpłata 400 zł za osobę, z adnotacją „Zjazd”, na konto: PKO BP O/Pszczyna 65 10202528 0000 0702 01157890. Informacje: e-mail: **ekarpel@slam.katowice.pl**, tel. **0-503-633-598** i na stronie: **www.absolventus.pl**

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie w Internecie **www.absolventus.pl**

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

- 3-5.12. Pałac Sieniawa. Spotkania z ultrasonografią. I kwartalne sympozjum: *Pościepy w diagnostyce USG przewodu pokarmowego*
- 5-11.12. *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- 12-18.12. *Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy, narządów miednicy mniejszej – ultrasonografia w gabinecie lekarza rodzinnego*
- 9-15.01.2005 r. *Echokardiografia w kardiologii*
- 30.01.-5.02.2005 r. *Diagnostyka USG narządu ruchu*

Informacje i zapisy: tel. (0-84) 638-55-12, 638-80-90, www.usg.com.pl,

- 19.11.2004 r. Częstochowa. Aula Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, ul. AK 19. IV Ogólnopolska Konferencja Naukowa Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego: *Choroby układu krążenia i nowotwory płac naszych czasów i wyzwaniem dla lekarzy*. Informacje: Beata Zawadowicz, wiceprezes, sekretarz naukowy TLC, pełnomocnik ZG PTL ds. kształcenia ustawicznego, tel. 0601-291-022, e-mail: beata.zawadowicz@pharmanet.com.pl.

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii.
Wrocławskie Centrum Promocji.
Szkolenia w 2004 i 2005 r.:

- 23-26.11., 11-14.01.05. *Diagnostyka USG jamy brzusznej*
- 12-15.10., 14-17.12. *Diagnostyka USG narządów małych powierzchniowo leżących (ślinianki, gruczoł piersiowy, tarczyca)*
- 20-22.10. *Podstawy echokardiografii w pediatrii*
- 22-23.11. *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- 18-19.10., 9-10.12., 24-25.02.05. *Diagnostyka USG gruczołu piersiowego*
- 17-18.01.05. *Diagnostyka USG w pediatrii*
- 24-28.01.05. *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs podstawowy
- 14-16.02.05. *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs doskonalący

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 0606-350-328 lub (0-71) 348-39-66, e-mail: r.baran@neostrada.pl, <http://www.usg.neostrada.pl/>

- www.astrazeneca.pl – interaktywne szkolenia dotyczące astmy i raka piersi. Kursy AstraZeneca przeznaczone dla pacjentów, ich rodzin i opiekunów oraz wszystkich zainteresowanych. Dodatkowe informacje: Jacek Ławrecki, AstraZeneca Pharma Poland Sp. z o.o., tel. (0-22) 874-35-00, fax (0-22) 874-35-10, e-mail: jacek.lawrecki@astrazeneca.com; Artur Cichmiński Agencja DEVA, tel. (0-22) 848-20-46, 646-21-60, e-mail: artur@agencjadewa.pl

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Przypomnij sobie i podaj autorów pięciu podanych niżej fragmentów zaczerpniętych z literatury polskiej. Nazwiska autorów, podane w kolejności alfabetycznej, należy przypisać do niżej wydrukowanych fragmentów.

1. WIKTOR GOMULICKI
2. EDMUND NIZIURSKI
3. KORNEL MAKUSZYŃSKI
4. BOLESŁAW PRUS
5. STEFAN ŻEROMSKI

Rozwiązanie na kartce pocztowej prosimy przesłać na adres redakcji do 10 października br.

LITERACKI KONKURS RODZINNY

AAAAA

Był tam zwyczaj w gimnazjach, że zawsze w listopadzie urządzano „wieczory mickiewiczowskie”. Takie wieczory były pierwszym teatrem, z którym się zapoznawała gromada miłych bałwanów i matolów z rozwichrzoną czupryną. Urządzała ten okropny teatr klasa najwyższa, ósma, wielkie hrabie, pyszałki nadęte ojoj! z czterema złotymi paskami na kołnierzu. Za ich to zbrodnie cierpiał co roku chronicznie nieszczęsny Mickiewicz.

Taki wieczór spod najciemniejszej gwiazdy był świętem gimnazjalnym. Spędzano nas do auli, wciskano szlachetnych sztubaków w jakiś kąt, bo pierwsze miejsca zajmowało „ciało” nauczycielskie i rodzice papinków ośmioklasistów (hańba!) i najpierw długo kazano czekać, wiadomo bowiem, że amatorskie przedstawienia odbywają się zawsze o trzy godziny później, niż zapowiedziano. A to płachta kurtyny źle funkcjonuje, a to aktorowie jeszcze nie gotowi, a to, a owo.

Nareszcie jednak się zaczyna.

Profesor literatury wylazi na skrzypiącą estradę i coś bardzo długo gada. Sztubaki akompaniują pociąganiem czegoś tam w nosie, kaszleniem i dziwnymi odgłosami. Wszystko się jednak kończy na tym świecie, gorsze jednak jest to, że się zaraz zaczyna drugie. Za czym wychodzi na estradę drugi dryblas z ósmej klasy i gra na skrzypcach Legendę Wieniawskiego. Wieniawski w grobie zrywa się na równe nogi i w krzyk.

A ten gra...

Wieniawski mdleje, a ten wciąż gra!

Jak gdybyś kiszki wyciągał z kota i jeździł po nich smyczkiem, a kot przeraźliwie miauczał. Jak gdybyś słyszał, jak diabli łuszczą skórę z biednego grzesznika, a ten się drze biedaczysko. Nie! to za mało powiedziane; to zbyt łagodnie maluje tę rzecz okropną. Ale to wszystko na cześć Mickiewicza, więc te jęki i wrzaski, i rozpaczywe rżężenia, te piski i miauczenia, to zgrzytanie zębów, piły albo kości nieboszczyka – „powtarzają dęby dębom, bukom buki”.

Brawo! brawo! brawo!

Przyjemnie być prymusem.

Prymus jest w klasie pierwszą osobą po profesorze. On to przynosi i odnosi wielki dziennik klasowy; on dwa razy na dzień wchodzi do kancelarii, gdzie ma dostęp do samego inspektora; on melduje, że atrament w kałamarzu na katedrze „wysechł”, kreda przy tablicy „wypisała się”, gąbkę „ktoś świsnął”...

Do prymusa profesor zwraca się w sprawach „delikatnej natury”, na przykład: kto rzucił na środek skórkę od pomarańczy? albo: dlaczego Baranowski przy odczytywaniu listy był obecny, a gdy został wezwany do lekcji, oświadczone, że go nie ma? Albo: skąd się wziął w klasie zapach dymu tytoniowego?...

Nazwisko prymusa znajduje się na wszystkich ustach w szkole i na wielu ustach poza szkołą. Każdego ucznia pytają w domu rodzice i znajomi:

– Kto u was jest prymusem?

Prymus stanowi łącznik pomiędzy kolegami a zwierzchnością szkolną i gdy jest zręczny, może służyć obu stronom, żadnej nie krzywdząc. On, wstępując na katedrę dla podania profesorowi pióra lub ołówka, ma sposobność zerknąć na dziennik lub katalożek i podchwyciwszy drogocenną tajemnicę stopni, udzielać jej zaufanym kolegom. Są tacy, co znając wpływy i wysokie stosunki prymusa, starają się go przekupić – ale on niedostępny pokusom jak Kato. Jednak nie pogardza ofiarowanym w porę „pataczem”, do fundowanych sobie „babek śmietankowych” wstrętu szczególnego nie żywi, nie widziano też nigdy, żeby wyrzucał za okno jabłko lub gruszkę, których smak niezwykle zachwalał mu kolega...

CCCCCCCCC

Przeważna większość uczniów kształciła się tylko w matematyce, i ta nauka była czynnikiem istotnie rozwijającym umysł. Od klasy szóstej interesowano się również fizyką, aczkolwiek wykład jej prowadzony był niedołężnie. Resztę umiejętności, a więc języki starożytne, rosyjski, historję itd. uważano powszechnie za zło konieczne i cierpliwie tolerowano zjawisko, które można było wyrazić za pomocą sentencji: *non vitae sed scholae discimus*. Rozszerzone kursa gramatyki łacińskiej, greckiej i niezmiernie, nieustrudzone tłumaczenie *Iliady*, *Odysei*, *Eneidy*, tragedji *Sofoklesa*, utworów *Horacego*, mow starego adwokata *Cycerona*, „*Wspomnień*” *Platonowych*, *dIALOGÓW Lukana*, *przemówień Demostenesa* itd. – zajmowały ogrom czasu. Tłumaczono po zucheleczku i takim trybem, że myśl, treść, całość i forma cudnych pism klasycznych wcale nie przedostawały się do móżgów młodzieńcych, badających je w oryginalne. Ani jeden z uczniów nie był w stanie wyłuszczyć treści *Iliady*, ani objaśnić, jakie miały wywołanie przygody wykuwa na pamięć po grecku *całemi rozdziałami*. Nikt go zresztą o to nie pytał. Czytanie *Iliady* w oryginale oznaczało na gruncie kleryckim przyswojenie sobie wielkiego mnóstwa słów greckich i form gramatycznych, a zarazem łupanie całych stron na pamięć.

W parę dni potem Antek poszedł pierwszy raz do szkoły. Wydała mu się taka prawie porządna jak ta izba w karczmie, co w niej szynkwias stoi, a ławki były w niej jedna za drugą jak w kościele. Tylko że piec pękł i drzwi się nie domykały, więc trochę ziębiło. Dzieci miały czerwone twarze i ręce trzymały w rękawach – nauczyciel chodził w kozuchu na sobie i w baraniej czapce na głowie. A po kątach szkoły siedział biały mróz i wytrzeszczał na wszystko iskrzące ślepie.

Usadzono Antka między tymi, co nie znali jeszcze liter, i zaczęła się lekcja.

Antek, upomniany przez matkę, ślubował sobie, że musi się odznaczyć.

Nauczyciel wziął kredę w skostniałe palce i na zdezelowanej tablicy napisał jakiś znak.

– Patrzcie, dzieci – mówił. – Tę literę spamiętać łatwo, bo wygląda tak, jakby kto kozaka tańczył, i czyta się A. Cicho tam, osły!... Potwórzcie: a... a... a...

– Al... al... al... – zawołali chórem uczniowie pierwszego oddziału.

Nad ich piskiem górował głos Antka. Ale nauczyciel nie zauważył go jeszcze.

Chłopca trochę to ubodło; ambicja jego została podrażniona.

Nauczyciel wyrysował drugi znak.

– Tę literę – mówił – zapamiętać jeszcze łatwiej, bo wygląda jak preceł. Widzieliście preceł?

– Wojtek widział, ale my to chyba nie... – odezwał się jeden.

– No; to pamiętajcie sobie, że preceł jest podobny do tej litery, która nazywa się B. Wołajcie: be! be!

Chór zawołał: be! be! – ale Antek tym razem rzeczywiście się odznaczył. Zwinął obie ręce w trąbkę i beknął jak roczne cielę.

Śmiech wybuchnął w szkole, a nauczyciel aż zatrzęsł się ze złości.

– He! – krzyknął do Antka. – Toś ty taki zuch? Ze szkoły robisz cielętnik? Dajcie go tu na rozgrzewkę.

EEEEEEEEEE

Odkryłem w szkole neandertalczyków. Czy nie zechciałby dyrektor posłuchać ich bełkotu? To rzadka okazja. Mogę panu przyprowadzić przedstawicieli.

Po czym odbył z dyrektorem dramatyczną naradę, w wyniku której nasza czwórka znalazła się w gabinecie dyrektora.

Tu, jak już wiadomo, w obecności Ciała dyrektor wygłosił do nas zasadnicze exposé. Było to niewątpliwie jedno z najlepszych przemówień Dyra. Towarzyszyła mu bogata, dramatyczna gestykulacja, a zwłaszcza wspaniały ruch palca wskazującego, który wędrował od portretów sławnych wychowanków szkoły do naszych nędznych postaci.

Z tej oratorskiej pasji wyrwała go dopiero owa osa, która znudziwszy się jałowym lotem podlampowym, poczęła krążyć niebezpiecznie nad łysinami gogów. Dyrektor przerwał na chwilę.

– Proszę wypędzić osę – powiedział.

Pan Żwaczek rzucił się za owadem, jednakże na próżno. Odegnana od łysin osa poczęła krążyć niebezpiecznie koło naszych nosów.

– Czy macie coś do powiedzenia? – usłyszeliśmy głos Dyra.

Zrobiliśmy miny skrzywdzonych niewinności.

– Nam bardzo przykro, panie dyrektorze – rzekł Zasepa – ale słowo daję, że co do nie cudactwa, to my nie rozumiemy, o co chodzi.

– Nie rozumieją! – zagrzmiał dyrektor i spojrzał bezradnie na Żwaczka. – Widzę, że zdzieralem tu gardło na próżno. Może pan zademonstruje to, co pan miał zamiar zademonstrować.

– Proszę bardzo – odparł Żwaczek. – Czy możesz mi powiedzieć, Zasepa, jakie mamy strony?...

– Lewą i prawą – odparł bez zająknięcia Zasepa. – Jeżeli zaś chodzi o strony świata...

– Chodzi o strony gramatyczne.

– Orzekające...

– Dosyć! – krzyknął Żwaczek. – Pędzelkiewicz! Tryby!

Pędzelkiewicz bezradnie potoczył rybem wzrokiem dookoła.

– Przeważnie zębate... – wyjąkał.

– Doskonale – powiedział Żwaczek. – Słabiński, kto napisał „Latarnika”?

– Żeromski... On siedział w latarni na Rozewiu, ja tam byłem.

– Znakomicie. A może wiesz kto napisał „Chama”?

Słaby zamyślił się.

– „Chama”?

– No... „Chama”, „Nad Niemnem”.

– „Chama na Niemnem”?

Profesorowie spojrzeli po sobie ze zgrozą. Tylko jeden gimnastyk, pan Nierucha, który zawsze darzył nas sympatią, usiłował ratować sytuację.

Usłyszeliśmy jego niewyraźny szept:

– ...rzeszko...

– Więc kto? – zapytał surowo pan Żwaczek.

– Czeszko – wypalił Zasepa.

Agencja Wydawnicza Medsport Press.

03-721 Warszawa, ul. Jagiellońska 3/20, tel./fax (0-22) 834-67-72,
834-04-31 w. 404, e-mail: nauka@medsport.pl, www.medsport.pl

**MEDYCYNĄ SPORTOWĄ**

pod red. prof. dr. hab. n. med. **Marka Mędrasias**
Warszawa 2004, s. 564

Obszerna publikacja adresowana do studentów i absolwentów akademii wychowania fizycznego, akademii medycznych i innych uczelni, w których programach znajdują się zagadnienia związane z medycyną sportową.

**TRENING ZDROWOTNY OSÓB DOROSŁYCH**

Poradnik lekarza trenera

Henryk Kuński

Warszawa 2003, s. 198

Autor poradników i podręczników medycznych prezentuje nowatorską publikację pomocną w działalności prewencyjnej i rehabilitacyjnej niemal we wszystkich chorobach wewnętrznych, także w geriatrici, zwalczaniu osteoporozy i radzeniu sobie ze stresem psychicznym.

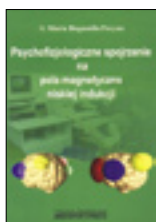
**ODŻYWKI I PREPARATY WSPOMAGAJĄCE W SPORCIE**

Poradnik dla amatora i profesjonalisty

Praca zbiorowa

Warszawa 2001, s. 156

Publikacja opracowana w oparciu o najnowsze doświadczenia naukowe. Zawiera podstawową wiedzę o dozwolonym wspomaganiu treningu sportowego. Przeznaczona dla lekarzy, zawodników, trenerów i działaczy sportowych.

**PSYCHOFIZJOLOGICZNE SPOJRZENIE NA POLA MAGNETYCZNE NISKIEJ INDUKCJI**

s. Maria Bogumiła Pecyna

Warszawa 2004, s. 250

Piąta kolejna publikacja autorki z tej dziedziny. Omawia oddziaływanie pól magnetycznych niskiej indukcji w różnych grupach klinicznych. Ukazuje nowe perspektywy ich wykorzystania w programach rehabilitacyjnych, a zwłaszcza w odniesieniu do osób, które wymagają kontrolowanego oddziaływania różnych metod relaksacji, koncentracji uwagi oraz sukcesywnego rozwoju pojemności pamięciowej.

Ponadto nadesłano:**USTAWA O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO. Komentarz.**

Stan prawny na dzień 1 czerwca 2004 r.

Krystyna Gromek

Dom Wydawniczy ABC, Oddział Polskich Wydawnictw

Profesjonalnych, 01-231 Warszawa, ul. Płocka 56,

tel. (0-22) 535-80-00, fax 535-80-01, infolinia: 0800-120-188,

Księgarnia internetowa Prawo Biznes Finance

<http://www.abc.com.pl/ksiegarnia>, e-mail: handel@abc.com.pl,

tel. (0-22) 535-80-72, Warszawa 2004, s. 438

Publikacja przeznaczona dla lekarzy, personelu średniego i pomocniczego służby zdrowia zatrudnionych w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej oraz pogotowiu ratunkowym; sędziów, prokuratorów, adwokatów, studentów medycyny i pacjentów szpitali psychiatrycznych i ich rodzin. Autorka stara się rozstrzygnąć wszelkie pytania i wątpliwości, które nadal nasuwają się, po 10 latach stosowania ustawy.

**TERAPIA INTERNISTYCZNA**

H. P. Wolff, T. R. Weihrauch

pod red. **Franciszka Kokota**

Wrocław 2003, wyd. II polskie, s. 1238.

Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner,

50-950 Wrocław, ul. M. Skłodowskiej-Curie 55/61,

tel. (0-71) 328-30-68, fax 328-43-91, <http://www.urbanpartner.pl>,

e-mail: info@urbanpartner.pl, zam. w księgarni internetowej

z 10% rabatem. Zryczałtowany koszt przesyłki – 10 zł.

Publikacja uaktualniana co dwa lata. Omawia praktyczne i teoretyczne aspekty leczenia chorób wewnętrznych. Ma na celu ułatwienie lekarzowi stykającemu się z określonym przypadkiem klinicznym wybór najwłaściwszego dla niego sposobu leczenia. Także krótkie omówienie techniki ważniejszych zabiegów diagnostycznych i leczniczych pomaga mniej doświadczonemu lekarzowi w nagłych sytuacjach.

GŁOWY Z WAWELSKIEJ

Andrzej Kułakowski

Warszawa 2004, **Agencja ATM**, Warszawa,

Al. Niepodległości 186, tel. (0-22) 825-33-66, s. 96

Chirurg-onkolog po pięćdziesięciu latach pracy dzieli się swoimi doświadczeniami i osiągnięciami we wprowadzaniu zabiegów rekonstrukcyjnych do chirurgii nowotworów głowy i szyi. Bogaty zbiór zdjęć. Do nabycia w sekr. Towarzystwa Marii Skłodowskiej-Curie w Hołdzie, 00-973 Warszawa, ul. Wawelska 15, tel. (0-22) 608-71-40, fax 659-87-74. Dochód z książki przeznaczony jest na cele Towarzystwa.

**WSZYSTKO O BÓLU**

Praktyczny przewodnik wiedzy o bólu i nowoczesnych sposobach jego leczenia

Jan Niżnikiewicz

Tower Press Gdańsk 2004, s. 144

Autor – specjalista neurolog w sposób komunikatywny zapoznaje pacjentów z istotą schorzenia.

**PORADNIK NA CZAS PRZEŁOMU**

O stresie, wypaleniu oraz drogach powrotu do życia w równowadze

Aleksander Perski

Warszawa 2004. **Wydawnictwo Jacek Santorski 7 Co**,

03-972 Warszawa, ul. Alzacka 15a, www.jsantorski.pl,

e-mail: wydawnictwo@santorski.pl, dział sprzedaży

tel. (0-22) 616-29-36, fax 616-12-72, s. 176

Autor – docent psychologii klinicznej w Instytucie Karolińskim przedstawia najnowsze osiągnięcia, metody i terapie w dziedzinie walki ze stresem – w oparciu o doświadczenia pracy z 500 pacjentami.

**NA OKRĄGŁO ZDROWYM BYĆ**

Wellness po polsku

Grażyna Dobroń

Warszawa 2004. **Wydawnictwo Jacek Santorski & Co**,

s. 371

Autorka – dziennikarka popularyzująca zdrowy styl życia. W publikacji, w rytmie 12 miesięcy roku, w setkach krótkich wskazówek wypowiadają się fachowcy od zdrowego stylu życia – żywieniowcy, lekarze, psychologowie, biolodzy, kosmetyczki itp.

**NEURODEGENERACJE**

P. Liberski, M. Mossakowski

t. II, s. 136, wym. 19,5 x 28,5 cm, opr. miękka,

Wydawnictwo PAN, 2003, c.: 60 zł

dyskrybucja: **Składnica Medyczna LSM**

Drugi tom „Neurodegeneracji” zawiera prace, które z jednej strony, nie zmieściły się w tomie pierwszym, a z drugiej dają się łatwo objąć leitmotiwem „nukleacji”. Zagadnienia poruszane w tym tomie to: – eksocytozytość; – stwardnienie zanikowe boczne; – wieloukładowy zanik mózgowia; – choroby sekwencji DNA; – heredoataksje; – choroby peroksymalne; – choroba Wilsona; – leukodystrofie; – dystonie.

**OPIEKA ZDROWOTNA PO WEJŚCIU POLSKI DO UNII EUROPEJSKIEJ**

A. Krowicka, E. Pitera-Czyżowska

s. 198, wym. 16,5 x 23,5 cm, opr. miękka,

Wydawnictwo CeDeWu, 2004, c.: 72 zł

dyskrybucja: **Składnica Medyczna LSM**

Jest to praktyczny przewodnik po przepisach regulujących udzielanie świadczeń zdrowotnych w państwach Unii Europejskiej. Opisane są w niej zasady udzielania świadczeń ubezpieczonym obywatelom UE (Polakom przebywającym w innych krajach UE i obywatelom innych państw członkowskich UE przebywającym w Polsce). W książce przedstawiono rozliczanie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych obywatelom innych państw członkowskich.



opr. md