

11 2004

**Gazeta**  
**Lekarska**  
ISSN 0897-2146  
Pismo Izby Lekarskiej

A romantic scene in a park during autumn. A man and a woman are sitting on a dark metal bench, embracing. They are positioned under the large, spreading canopy of a tree with vibrant yellow leaves. The ground is covered with fallen yellow leaves. The background shows more trees and a hint of a body of water.

**Łapówkarze  
kontrolowani?**







## Ślimak, pokaż rogi!

Zanim min. Marek Balicki dowiedział się, że na Miodowej zostanie co najmniej do końca maja, musiał wycierpieć katusze, jakich mógłby nie przeżyć nawet niejeden psychiatra. Opozycja huknęła na niego, że nie robi nic, by oddłużyć służbę zdrowia, chce za to sprywatyzować szpitale, wyprzedać ich majątek, zmieniając je w spółki prawa handlowego. Listę zarzutów uzupełniły: sianie propagandy sukcesu, sprzyjanie zagranicznym importerom leków, kumoterstwo w powierzaniu stanowisk, nieroztropność i podejmowanie decyzji pod wpływem emocji. Wg Anny Sobeckiej (LPR) minister zdrowia „toleruje proceder wyniszczania narodu polskiego i jego uśmiercania wykazując niewzruszoną obojętność”. Bacznie obserwuję od lat publiczne debaty o zdrowiu i coraz częściej zachodzę w głowę, kiedy wytaczanie takich armat skończy się po prostu mordobiciem. Ale jak na razie zasób obelg, inwektyw i aktów niewerbalnych pełniących rolę słów jest nielimitowany. A dowody? Mniejsza o nie.

Temat korupcji wśród lekarzy jest już wszechobecny na salonach towarzyskich i powoli staje się żelaznym kanonem nowego bon tonu. Bardzo często rozmawia się o tym, kto co komu dał: rzadziej już kto od kogo i ile wziął, jeszcze rzadziej co tak naprawdę jest źródłem tych nagannych i obrzydliwych zachowań. „Żaden nieuczciwy lekarz nie może czuć się bezpieczny. Każdego dnia może odwiedzić go nasz agent” – ostrzega Kazimierz Olejnik, z-ca prokuratora generalnego RP, uczestnik konferencji zorganizowanej pod auspicjami prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Kiedy te dyskusje przekroczą progi salonów i kiedy zapanuje moda na dezaprobatę i ostracyzm wobec lekarzy, którzy uzależniają leczenie chorych od dodatkowych opłat? Jak problem łapownictwa widzą lekarze? Czy wszyscy tak samo? O wręczaniu kontrolowanym i wyzwaniach, jakie stoją przed nowym pokoleniem lekarzy, zanim się ono zmanieruje albo zubożenie i porożenie się po świecie, pisze na naszych łamach Grażyna Ciechomska.

Wiele nadziei na powrót do normalności wiąże się z ucywilizowaniem kolejek oczekiwania na zabiegi. Na wszczepienie implantu ślimakowego czeka się w Polsce 8 lat. Tym razem to nie przysłowiowy ślimak, a system ochrony zdrowia pokazuje pacjentom rogi. Ciekawe, kogo najpierw oswoi kolejka – pacjenta czy system?

No i jeszcze dobra wiadomość. Sejm ma zapłacić ponad 7,7 mln zł na rzecz szpitala w Biłgoraju (woj. lubelskie) – orzekł Sąd Okręgowy w Zamościu. Ma być to zwrot kosztów podwyżek wypłaconych pracownikom z tytułu tzw. ustawy 203, w której Sejm zagwarantował je, ale nie określił źródła finansowania. Wyrok nie jest prawomocny, ale gdyby się utrzymał, to nie posłowie będą płacić, ale Skarb Państwa, czyli w końcu podatnicy. Sejm – to tylko wskazanie instytucji państwowej (tzw. statio fisci), która dług ten będzie niejako technicznie spłacać. Miejmy nadzieję, że ten wyrok podziała jak przestroga na tych, którzy uchwalają prawo i uświadomi im, że nie są bezkarni, że za to odpowiadają, że także ustawodawca może przegrać proces.

Marek Stankiewicz  
naczelnny@gazetalekarska.pl

## W NUMERZE

między innymi

|                                                               |       |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| Lekarze, do pióra!                                            | 4     |
| Okiem Prezesa                                                 | 5     |
| Nowe zasady odbywania specjalizacji                           | 5     |
| Łapówkarze kontrolowani?                                      | 6-9   |
| Irytują mnie łapówki                                          | 10    |
| Czy my jesteśmy bez winy?                                     | 14    |
| Międzynarodowe seminarium w Warszawie                         | 17    |
| W gąszczu przepisów                                           | 18-19 |
| Ogólnopolski Konkurs „Lekarzu, rzuć palenie razem z nami!”    | 21    |
| Finansowanie świadczeń stomatologicznych w Europie i w Polsce | 22-26 |
| Moralność i etyka                                             | 28-30 |
| Którędy po fundusze pomocowe?                                 | 31    |
| Standardy postępowania lekarskiego<br>Nadciśnienie tętnicze   | 32-33 |
| Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy                          | 35    |
| Lekarski sport                                                | 36-38 |
| Książki nadesłane                                             | 39    |
| Konkursy, ogłoszenia różne                                    | 40-55 |

Biuletyn NRL

„Gazeta Lekarska” w Internecie  
**www.gazetalekarska.pl**

# Lekarze, do pióra!

## Sprawa wielkiej wagi

**Z** ciekawością przeczytałam artykuł „Upomnijmy się o siedzibę” pióra red. Jerzego Wunderlicha, zamieszczony w „GL” nr 10/2004 r.

Pozyskanie owego pawilonu na Muzeum Medycyny Polskiej, tak bardzo związanego z historycznymi wydarzeniami w Warszawie, a szczególnie z warszawską służbą zdrowia, wydaje się być sprawą wielkiej wagi nie tylko dla Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Shuszenie więc zabiega o przekazanie go we władanie PTL nie-

strudzony prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, który znany jest nie tylko jako wieloletni prezes PTL, ale jako naukowiec oraz „spirytus movens” wszelkich imprez kulturalnych środowiska lekarskiego. Wyrażam nadzieję, że sprawę tę ostatecznie zakończy prezydent Warszawy, prof. Lech Kaczyński, gdyż bliskie są mu powstanie dzieje miasta, co niedawno mieliśmy okazję oglądać i podziwiać.

W imieniu kolegów z dyplomowego rocznika 1967 naszej Akademii Medycznej, także popierających inicjatywę prof. Woya-Wojciechowskiego

**Ewa Miszczak-Matuszewska**  
Warszawa

## Schowaj dumę do kieszeni

**W**śród powodów publikacji i ogłoszeń o pracy w krajach Unii kusilo mnie wielokrotnie, żeby wtrącić swoje trzy grosze. Ostatecznie skłonił mnie do tego artykuł w „Hospital Doctor” – brytyjskiej gazecie dla lekarzy szpitalnych – o polskich lekarzach zatrudnionych na zastępstwach w Szkocji.

Opisano tam przypadek pewnego specjalisty, którego kompetencje po dwóch miesiącach poddano w wątpliwość i uznano za niezadawalające do samodzielnej pracy na stanowisku konsultanta (to odpowiednik naszego specjalisty). Sam kiedyś tam pracowałem i zachowałem jak najlepsze wspomnienia.

Ale do rzeczy. Niech żadnemu naszemu specjaliście bez doświadczenia w pracy w Wielkiej Brytanii nie wydaje się, że może bez żadnego przygotowania, ot tak sobie załatwić pracę – zastępstwo, przyjechać i z marszu ją rozpocząć. Po pierwsze, niezbędna jest płynna znajomość angielskiego w mowie i w piśmie, zwłaszcza medycznego, pogłębionego o kolokwializmy ułatwiające porozumienie się z pacjentami, kolegami, personelem i prowadzenie dokumentacji. Niech każdy sam siebie zapyta, czy dogada się po angielsku i potrafi napisać służbowe listy, prowadzić dokumentację, wypisy, karty zgonu etc.

Poza tym, równie ważne jest poznanie tutejszego systemu opieki, zwyczajów, technik i algorytmów postępowania, które – przykro powiedzieć – stoją na wyższym, czasem niebotycznie wysokim poziomie. Wg mnie nie każdy nasz specjalista sprosta z marszu tutejszym wymaganiom.

Co innego młodzi. Tych zatrudniać na niższych stanowiskach, gdzie nie jest wstyd czegoś jeszcze nie wiedzieć lub nie umieć. Brytyjczycy mają wspaniały system szkolenia i generalnie wszyscy są życzliwie nastawieni, aby pomagać młodym.

Co więc pozostaje starym? Chcesz przekonać się, czy sobie dasz radę jako konsultant? Jedź na clinical attachment, czyli bezpłatne szkolenie/wizytę w wybranym szpitalu u wybranego konsultanta, za jego zgodą i na swój koszt oczywiście. Myślę, że dwa tygodnie powinny wystarczyć. Albo schowaj dumę do kieszeni i zatrudnij się na niższym stanowisku, np. Staff Grade, SHO, Registrar, gdzie będziesz miał sposobność i czas dotrzeć się. Tak czy owak trzeba mieć otwartą głowę, chęć do nauki i przyjęcia zasad innych niż te znane dotąd oraz zachować pokorę, milczenie i nauczyć się słuchać.

Powodzenia.

**Krzysztof Wiewiórowski**  
anestezjolog

## Jesteśmy wolnymi ludźmi

**U**czono nas etosu w czasach komunizmu. I nauczono skutecznie. Na świecie medycyna jest zawodem dobrze płatnym i prestiżowym (pod warunkiem, oczywiście, że coś się umie lub potrafi zrobić). Lekarz to rzemieślnik. To, czego się nauczył, powinien po prostu móc sprzedać.

W 1999 r. miałam II st., płacę 730 PLN netto. Przed Wigilią poszłam po zakupy i... wyszłam z małą siateczką, bo na więcej nie było mnie stać. Powołania ani tytułu specjalisty w kasie nie przyjmowali. Wtedy zadałam sobie pytanie: Co ja robiłam przez te wszystkie lata – studiów, pracy, że doszłam do takiego stanu w wieku 38 lat?

Jeżeli nikt mi nie płaci – to znaczy, że nie umiem niczego, co można sprzedać. A jeżeli tak jest, to tylko mój problem. Co w takim razie będzie za 5 lat? A co za 15? Spotkałam po tygodniu starszą ode mnie o kilka lat panią doktor, mojego byłego asystenta, niezwykle mądrą osobę, która właśnie sprzedawała samochód, bo już nie mogła go utrzymać... Amerykanie mawiają: Tyle jesteś wart, ile chęć ci zapłacić. W przypadku wspomnianej pani doktor chyba nie jest to jednak prawda, chociaż ona też posłusznie czekała, aż coś się zmieni...

Minęło 5 lat. Niby po co mamy biadolić lub wszczynać alarmy? Jesteśmy wolnymi ludźmi mieszkającymi w UE i mamy prawo wybrać sobie warunki pracy najlepiej nam odpowiadające, zwłaszcza że mamy poszukiwani i dobrze płatni (nie w Polsce oczywiście) zawod.

Pozdrowienia ze Skandynawii

Anka

Nazwisko i adres znane redakcji

## Kłaniam się nisko...

**R**zeczpospolita to kuźnia kadr. ONI dobrze wiedzą, że Zachód to nie jest worek bez dna i że wszystkim nie uda się stąd wyjechać. A zarobków nam nie zwiększą kierując się tylko naszymi narzekaniami, o czym wiadomo już od czasów Gomułki. Sami musimy dbać o siebie i albo stworzyć jednolite lobby lekarskie, albo dać sobie spokój z zawodem w RP.

Żeby pokazać jak bardzo strategicznie ważną dla społeczeństwa jesteśmy grupą wystarczyć, aby każdy z nas pewnego pięknego dnia wystawił swojemu koledze zwolnienie na tydzień i niech sobie profesoro- wie z ordynatorami dadzą przez ten czas radę bez nas, czyli wyrobników.

A jak zechcą wyjechać? Przecież to proste. Należy zabrać lekarzom i pielęgniarcom paszporty!

Kłaniam się nisko... już z alpejskiej wioski na pograniczu Austrii i Szwajcarii.

**Ryszard C.**, ginekolog  
Nazwisko i adres znane redakcji

### Już wkrótce



## Pamiętniki lekarzy w wydaniu książkowym

**Z** przyjemnością informujemy, że wybór pamiętników lekarzy nadesłanych na konkurs ogłoszony na łamach „Gazety Lekarskiej” zostanie wydany w zbiorze przygotowywanym obecnie do druku. Będzie to możliwe dzięki życzliwemu zaangażowaniu się w to ambitne przedsięwzięcie polskiej firmy farmaceutycznej „Polpharma”, która ponieśli niemałe koszty związane z wydaniem książki. Kończy się obecnie redakcyjne opracowywanie zbioru około 50 prac zakwalifikowanych do druku w wydaniu książkowym, gromadzi się pamiątkowe zdjęcia, projektuje szatę graficzną.

Już dziś można powiedzieć, że będzie to nie tylko ważny dokument czasu utrwalonego w pamiętnikach, opis losów lekarzy polskich w minionym półwieczu, ale także zajmująca książka do czytania, od której chwilami trudno się będzie ode- rwać. Planujemy, że książka opuści drukarnię w grudniu br.

**Jerzy Wunderlich**



# Nowe zasady odbywania specjalizacji

Minister zdrowia wydał rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.

Dostosowuje ono zasady kwalifikacji do odbywania specjalizacji do terminów i trybu składania

Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (L-DEP).

Przypomnijmy, że Lekarski Egzamin Państwowy po raz pierwszy odbędzie się 12 listopada 2004 r.

Lekarze posiadający już prawo wykonywania zawodu, którzy mają zamiar przystąpić do najbliższego postępowania kwalifikacyjnego do specjalizacji powinni byli do 12 października złożyć w Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego wniosek o przystąpienie do Lekarskiego Egzaminu Państwowego. Jednym z elementów postępowania kwalifikacyjnego będzie wynik LEP-u.

Lekarz ubiegający się o rozpoczęcie specjalizacji zobowiązany jest, przed przystąpieniem do najbliższego postępowania kwalifikacyjnego do specjalizacji, złożyć do 31 grudnia br. w Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego wniosek o rozpoczęcie specjalizacji. Postępowanie kwalifikacyjne dla lekarzy odbędzie się w terminie od 1 stycznia do 15 lutego 2005 r.

W odniesieniu do lekarzy obejmie ono ocenę formalną wniosku o rozpoczęcie specjalizacji oraz postępowanie konkursowe.

Postępowanie konkursowe obejmie:

1. W przypadku lekarza ubiegającego się o rozpoczęcie specjalizacji w podstawowej dziedzinie medycyny:
  - a) jeżeli nie posiada specjalizacji I lub II stopnia bądź tytułu specjalisty albo jeżeli ubiega się o przyznanie rezydentury – rozmowę kwalifikacyjną oraz wynik LEP-u,
  - b) jeżeli posiada I lub II stopień specjalizacji albo tytuł specjalisty, a ubiega się o rozpoczęcie specjalizacji w trybie innym niż rezydentura – rozmowę kwalifikacyjną oraz wynik egzaminu w zakresie posiadanej specjalizacji I lub II stopnia albo państwowego egzaminu specjalizacyjnego.
2. W przypadku lekarza występującego o rozpoczęcie specjalizacji w szczególnej dziedzinie medycyny – rozmowę kwalifikacyjną oraz udokumentowanie osiągnięć zawodowych.

Postępowanie kwalifikacyjne dla lekarzy dentystów przeprowadzone będzie zgodnie z dotychczasowymi zasadami (w terminie od 1 grudnia 2004 r. do 31 stycznia 2005 r.).

**Ewa Gwiazdowicz**  
rzecznik prasowy ministra zdrowia

foto: Marek Stankiewicz

## Okiem Prezesa

Początek października upłynął w gorąckiej atmosferze towarzyszącej wejściu w życie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Nowy prezes NFZ Jerzy Miller rozpoczął pracę od rozesłania projektów dokumentów opisujących warunki kontraktowania świadczeń zdrowotnych w 2005 r.

Samorząd lekarski w ciągu kilku dni nadesłał kilkaset stron opinii dotyczących tych materiałów. Potem nastąpił maraton negocjacji poszczególnych obszarów kontraktowania. Trzeba przyznać, że w bezpośrednich wielogodzinnych spotkaniach J. Miller wykazał dużo elastyczności. Wszystko wskazuje na to, że relacje NFZ – świadczeniodawcy w przyszłym roku powinny być odrobinę bardziej przyjazne. Gdyby nie to, że nic nie zapowiada, aby finansowanie świadczeń miało być znacząco lepsze, można by z większym optymizmem patrzeć w przyszłość. Niestety, mimo zapewnień min. Balickiego o znacznym wzroście środków do dyspozycji NFZ, należy obawiać się, że nowe wydatki NFZ (procedury wysokospecjalistyczne, leczenie Polaków w UE, leczenie nieubezpieczonych, przegrane procesy) „zjedzą” większość tego wzrostu.

Na razie polskie szpitale stoją wobec zupełnie innego problemu. W wielu po prostu skończyły się pieniądze, a długi powiększają się z przyjęciem niemal każdego chorego. Coraz większa liczba oddziałów idzie „do remontu”, czyli przestaje przyjmować pacjentów. Mrożące krew w żyłach doniesienia z Kutna, po których poleciało kilka głów. Czy aby nie był to tylko pretekst do już od dawna planowanych dymisji? Minister zdrowia zwrócił się do mnie z troską o wyjaśnienie, czy nie nastąpiło tam naruszenie zasad wykonywania zawodu lekarza. Te wydarzenia bardzo szybko okazały się być objawem powszechnej katastrofy finansowej szpitali i konieczności podejmowania przez dyrektorów i lekarzy decyzji „frontowych” o przeznaczaniu resztek środków medycznych jednym chorym i zostawianiu samych sobie innych.

Niestety, nic nie wskazuje na to, aby w najbliższym czasie miała nadejść jakaś pomoc. Mimo zgodnych głosów środowisk medycznych o absurdalności i niebezpieczeństwie propozycji łączenia ewentualnej pomocy publicznej z obowiązkiem przekształcania SP ZOZ-ów w spółki prawa handlowego takie właśnie rozwiązanie będzie prawdopodobnie treścią autopopravki rządu do projektu ustawy o pomocy publicznej, restrukturyzacji SP ZOZ-ów i zmianie innych ustaw, która od roku tkwi w Sejmie. W tej sytuacji coraz bardziej aktualne staje się stanowisko NRL z końca ubiegłego roku, w którym domaga się ona nielączenia w ogóle kwestii niezbędnej pomocy publicznej dla SP ZOZ-ów z możliwymi przekształceniami własnościowymi w ochronie zdrowia. Przy obecnym zasilaniu finansowym placówek opieki zdrowotnej większość przekształconych w spółki szpitali od początku stałaby przed widmem bankructwa i likwidacji lub musiałaby podejmować dramatyczne decyzje odchodzenia od misji leczenia chorych (zwłaszcza tych „nieopłacalnych”).

Tej ponurej sytuacji nie wytrzymuje wielu naszych kolegów. Już prawie 2% wszystkich aktywnych lekarzy i lekarzy dentystów podjęło po 1 maja starania do wyjazdu „za chlebem”. Gdy spojrzeć na specjalizację, sytuacja wydaje się być groźna już dziś: na wyjazd zdecydowało się np. aż 7% anesteziologów! Trzeba głośno krzyczeć: jeśli Polska nie podniesie w znaczący sposób zarobków w służbie zdrowia, jeśli wyraźnie nie usprawni możliwości rozwoju zawodowego młodej kadry medycznej (przede wszystkim przez objęcie systemem rezydentkim wszystkich kończących staż podyplomowy oraz wprowadzenie możliwości odpisywania kosztów obowiązkowego doskonalenia zawodowego od przychodu lekarzy i lekarzy dentystów), bezpieczeństwo zdrowotne Polaków może być zagrożone bezpośrednio: nie będzie komu ich leczyć!

Kilka tygodni temu brałem udział wraz z Jurkiem Kurkowskim w konferencji „Jak uleczyć szpital?” Jurek, wspaniały człowiek, działacz samorządu lekarskiego, reformator-praktyk, nowoczesny menedżer pokazywał, jak analizując zalety, wady i wzajemne zależności rządzące wielkim przedsiębiorstwem, jakim jest szpital kliniczny, można nawet w tak trudnych warunkach wychodzić na prostą. Lecząc szpital nie zdołał uratować siebie. Nie ma go już z nami. Żegnaj, Jurku...



Konstanty Radziwiłł

„Żaden nieuczciwy lekarz nie może czuć się bezpieczny. Każdego dnia może odwiedzić go nasz agent” – ostrzega Kazimierz Olejnik, z-ca prokuratora generalnego RP.

# Łapówkarze kontrolowani?

Grażyna Ciechomska

O korupcji publicznie rozmawia się bardzo trudno.

Sztuki tej podjęła się Naczelna Rada Lekarska. Z inicjatywy jej prezesa Konstantego Radziwiłła 24 września br. została zorganizowana konferencja „Zjawisko korupcji w środowisku lekarskim – debata publiczna”.

**W**wielogodzinnym spotkaniu uczestniczyli szefowie naczelnych organów samorządu lekarskiego, członkowie okręgowych izb lekarskich oraz przedstawiciele instytucji zajmujących się zjawiskami korupcyjnymi.

O łapówkach w ochronie zdrowia rozpisują się gazety. Telewizja pokazuje nagrania z ukrytej kamery. Szokujące wiadomości o kopertach dawanych i branych podaje radio. Dla samych lekarzy jest to temat wstydlivy. Nie wszyscy chcą się z nim zmierzyć. W swoim środowisku nie chcą o nim mówić. Milczenie to zostaje przerwane. Lekarze mają potrzebę oczyszczenia się z czarnych owiec. Chcą też położyć kres niesłusznym oskarżeniom.

## Tajemnica dawania

W świadomości społecznej problem łapownictwa w ochronie zdrowia jest potężny. Badania opinii społecznej w tym zakresie przynoszą druzgoczące wyniki. W raporcie doc. Anny Kubiak „Pacjenci i lekarze o korupcji w publicznej ochronie zdrowia” aż 47 proc. ankietowanych uważa lekarzy za osoby skorumpowane i stawia na drugim miejscu po politykach, działaczach partyjnych, posłach, senatorach i radnych.

Inaczej przedstawiają się dane opisujące zjawisko autentycznej korup-

cji wśród lekarzy. W pracy „Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków” w rozdziale opracowanym przez dr Katarzynę Tymowską i poświęconym ochronie zdrowia wyniki są inne. Użytkano je po zbadaniu 4 tys. gospodarstw



**Antonina Ostrowska:** W akcie korupcji strony dążą do maksymalizowania korzyści.

domowych. Pytania zadano wszystkim członkom rodziny. Odpowiedzi udzieliło 10 tys. Polaków.

„Wśród gospodarstw domowych, których członkowie korzystali ze szpitali zaledwie 6,6 proc. respondentów wносиło nieformalne opłaty dla pozyskania lepszej opieki” – dane te zaprezentował Paweł Sobieski, przewodniczący Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku. Jednocześnie lekarz przytacza wyniki sondażu CBOS z czerwca 2004 r. o wyobrażeniach o wielkości zjawiska. I tak 69 proc. posłów jest przekonanych o korupcji wśród lekarzy. W tej samej ankiecie 37 proc. osób sądzi, że lekarze biorą łapówki od pacjentów.

Dysproporcje pomiędzy świadomością ludzi a rzeczywistym zjawiskiem są olbrzymie. Dlaczego? Nie ma prostych wyjaśnień. Tak skrajne wyniki stara się wytłumaczyć prof. Antonina Ostrowska z Zakładu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk: „Łapownictwo podlega ocenie moralnej. W akcie korupcji strony dążą do maksymalizowania korzyści i minimalizowania ryzyka. Zawarta transakcja jest ukrywana przed in-

nymi. Zbadanie autentycznego zakresu zjawisk korupcyjnych jest niemożliwe. Nasza wiedza jest orientacyjna.”

Profesor dodaje, że jest zaniepokojona wzrastającym społecznym przyzwoleniem na korupcję, bo „Jest ona niejednokrotnie przedmiotem oburzenia i narzekania, a jednocześnie coraz częściej jest akceptowana jako zwyczajny przejaw realiów naszego codziennego życia.”

## Wyście z trudnych sytuacji

W ostatnich latach rynek usług medycznych powiększył się znacznie. Jednak dostępność do najnowocześniejszych metod leczniczych i diagnostycznych nie jest powszechna. Dlatego wzmożyły się nieformalne naciski pacjentów w indywidualnych sytuacjach. W dążeniu do uratowania życia najbliższych czy wyleczenia ich z ciężkich chorób ludzie uciekają się do drastycznych zachowań. Kierują się emocjami. I egoizmem.



**Andrzej Rzepliński:** Lekarz może być użytecznym instrumentem.

Słusznie zauważa prof. Andrzej Rzepliński z Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, że ludzie zorientowali się, iż: „Lekarz może być użytecznym instrumentem do tego, aby załatwić coś w zamian za unikanie trudnych sytuacji”. Stają się zatem przebiegli. Łamią zasady w imię dobra własnego i swojej rodziny. W skomercjalizowanym świecie ludzie manipulują nawzajem i wymu-



**Paweł Sobieski:** Zjawisko jest o niewielkim zasięgu. **Krzysztof Makuch:** Podane fakty łapownictwa nie są wirtualne.

szają niegodne zachowania.

Obroną przed chaosem i nieporządkiem są prawa człowieka. „Są one bardzo skomplikowanym i drogim postępowaniem władzy publicznej – twierdzi profesor. – Nieprzestrzeganie praw jest o wiele tańsze dla władzy publicznej. I przysparza mniej trudności.”

Jak problem łapownictwa widzą lekarze?

### **Skargi niemożliwe**

Prof. Zbigniew Czernicki, naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej NRL powołuje się na Kodeks Etyki Lekarskiej, który w art. 68 reguluje kwestię korzyści materialnych. Za niedopuszczalne przez zatrudnionego lekarza uznaje warunkowanie pomocy medycznej od dodatkowych opłat.



**Zbigniew Czernicki:** *Warunkowanie pomocy medycznej od korzyści materialnych jest najbardziej potępiane przez całe nasze środowisko.*

„Naruszanie tej zasady jest najbardziej potępiane przez całe nasze środowisko” – deklaruje rzecznik. Ale czy jest ona przestrzegana przez wszystkich lekarzy?

Statystycznie sytuacja wygląda źle. „Od początku 2002 r. do połowy 2004 r. wpłynęło do mnie ponad 5 tys. wszystkich skarg na lekarzy, w tym 62 dotyczą korupcji” – informuje prof. Czernicki. Liczba ta jest zaskakująco niska. Dlaczego? „W przeciwieństwie do powszechnego wymiaru sprawiedliwości my nie dysponujemy policją ani możliwościami prowadzenia działań operacyjnych. Dlatego, gdy takie konieczności zaistnieją, zostawiamy pierwszeństwo prokuraturze” – wyjaśnia rzecznik.

Pacjenci niechętnie skarżą się na lekarzy do ich korporacyjnych instytucji. Skargi nie są w modzie. Chorzy są przedokończenie na str. 8



# Łapówkarze kontrolowani?

dokończenie ze str. 7

konani o dużym solidaryzmie środowiska i niechęci do ujawniania spraw kłopotliwych.

## Parszywa owca

Poglądy podobne wyznają tylko niektórzy lekarze. Grzegorz Luboiński od wielu lat zaangażowany jest w walkę z korupcją. Działa w grupie lekarskiej



**Grzegorz Luboiński:** Jestem postrzegany jako parszywa owca.

przeciwko korupcji Fundacji im. Stefana Batorego. Nie zraża się niechęcią kolegów do swoich działań.

„Przez wiele lat byłem i nadal jestem postrzegany jako parszywa owca, która rzuca cień na nasze kryształowe środowisko i psuje obraz tego środowiska. Ale nie mogę obojętnie przyglądać się sytuacji moich koleżanek emerytek, które skarżą się na swoich młodszych kolegów żądających od nich określonych kwot za przyjęcie do szpitala. Sumy te są wyższe od ich miesięcznych emerytur” – opowiada lekarz.

Luboiński nie potrafi określić skali zjawiska. „Korporacja nie ma uprawnień ani możliwości zorganizowania prowokacji – tłumaczy. – A dopóki nie będzie prowokacji policyjnej i prokuratorskiej, dopóty nie będziemy w stanie zdiagnozować łapownictwa.”



**Jerzy Friediger:** Dlaczego pan nie wnosi spraw przeciwko lekarzom do prokuratury?

Z poglądami Luboińskiego polemizuje Jerzy Friediger, przewodniczący ORL w Krakowie. „Dlaczego pan nie wnosi spraw, o których mówi do prokuratury przeciwko lekarzom, którzy żądali łapówek?” – pyta. Polemista stoi na stanowisku, że skala korupcji jest zawsze proporcjonalna do sytuacji, w której znajdują się potencjalni korumpowani.

„Padło tu pytanie – mówi – ile zarabia lekarz. Odpowiem: 7,47-14,23 zł brutto za godzinę. Ja chcąc zarobić operowałem o drugiej w nocy w prywatnej firmie. Dawno nie słyszałem rzeczowej dyskusji na temat sytuacji lekarza. Jak ma wyżyć? Jak uczyć się? Jak utrzymać rodzinę za otrzymywane wynagrodzenie?”

Wypowiedź ta nacechowana jest gorczyzą. Może pretensją do społeczeństwa, które lekarzom nie zapewnia właściwych warunków pracy i rzetelnej zapłaty za pracę. Na pewno nie jest przyzwoleniem na łapówki. Friediger ostrzega: „Dla jednych postaw nie może być rozgrzeszenia. Dla niegodziwców, którzy potrafią powiedzieć choremu: daj pieniądze, jeśli chcesz być leczony.”

## Statystyki korzystne

Dla niektórych łapownictwo jest tematem drażliwym i wyzwała reakcje obronne. Prof. Antonina Ostrowska prowadząc badania wśród lekarzy spotkała się z odmową udzielenia odpowiedzi na kłopotliwe pytania. Budujące jest jednak to, że 97 proc. lekarzy ankietowanych przez Ostrowską uważa, iż wystawianie za pieniądze zwolnień z pracy jest niedopuszczalne. Z potępieniem moralnym spotykają się też sytuacje przyspieszania reglamentowanych zabiegów. Przeciwko takim sytuacjom występuje 79 proc. badanych.

Postawy lekarzy wobec problemu łapówek nie są jednoznaczne. Jedni widzą łapówki wszędzie. Inni nie dostrzegają ich wcale. Zapewne skala zjawiska nie jest tak duża, jak wyobrażenia ludzi o niej. Pięciu potężnych łapowników wśród 100 lekarzy zapracuje na opinie grupy. W świadomości społecznej cały zespół będzie skorumpowany.

Środowiska lekarskie nie potrafią określić skali zjawiska. Czy potrafi uczynić to instytucja do tego powołana?

Prokuratura dokładnie przygląda się zjawiskom korupcji i je bada. Ze statystyk wynika, że łapownictwo w Polsce nie jest dramatyczne. Rocznie odnotowuje się 1,6 mln różnych postępowań karnych. Postępowania dotyczące korupcji stanowią ułamek procentów. Np. w 1998

r. było ich 1492. Rok później 1357. W pierwszej połowie 2004 r. – 1923.

Jeszcze lepiej wygląda sytuacja w służbie zdrowia. W latach 2003-2004 prokuratura odnotowała w tym obszarze 172 śledztwa. Dotyczyły korzyści materialnych uzyskanych przez przedstawicieli służby zdrowia. Z tego do sądu skierowano 66 aktów oskarżenia, a 50 spraw jest w toku.

## Kontakty ze światem przestępczym

„Ale to są tylko liczby, które nie odzwierciedlają wielkości zjawisk ani ich częstotliwości – twierdzi zastępca prokuratora generalnego Kazimierz Olejnik. W ostatnim czasie przypadki łapownictwa stają się coraz bardziej drastyczne. Szczególnie te dotyczące wielkiej korupcji instytucjonalnej. W ich wyniku państwo traci miliony, a nawet miliardy zł.” Prokurator podaje przykłady.



**Kazimierz Olejnik:** Każdego dnia może odwiedzić lekarza nasz agent.

Warszawska Prokuratura Apelacyjna zajmuje się sprawą doradcy politycznego ministra zdrowia, który od firmy zagranicznej zażądał 1,5 mln dolarów za wpisanie leku na listę refundowaną.

„Kilka milionów złotych straciło państwo na imporcie leków. Proceder był następujący. Firmy podawały zawyżoną wartość sprowadzanych leków. Następnie otrzymywały upusty w granicach 5-75 proc. Ale skarb państwa refundował firmom kwotę podstawową” – opowiada prokurator. Swoją wypowiedź konkluduje dramatycznie: „To woła o pomstę do nieba.”

Kazimierz Olejnik przyznaje, że prokuratura nie zna skali zjawiska. Ale twierdzi, że „Korupcja jest plagą egipską dzisiejszych czasów. Bije w sys-



tem i struktury państwa. Uderza w porządek świata.”

Niebezpieczne dla porządku państwowego i społecznego stają się związki lekarzy ze światem przestępczym. Ich skala nasila się. O bulwersujących sytuacjach, w które wpłątani są lekarze, opowiadają świadkowie koronni.

### Wręczenie kontrolowane

Coraz bardziej powszechne stają się również łapownictwo indywidualne. Dość dużo problemów sprawiają lekarze zajmujący się orzecznictwem. „Prowadzimy dużo postępowań związanych z osobistą etyką lekarza. Prokuratury w Gdańsku, także w Rybniku zajmują się sprawami dotyczącymi zwolnień poborowych ze służby wojskowej. Toczą się śledztwa przeciwko lekarzom orzecznikom, pracującym w ZUS-ie” – informuje prokurator.

Śledztwa prowadzone są także przeciwko lekarzom zatrudnionym w szpitalach. M.in. we Włocławku, Rzeszowie i na Dolnym Śląsku. Na gorącym uczynku zostały tam zatrzymane osoby, które żądały pieniędzy za podjęcie leczenia. Np. za przeprowadzenie operacji albo przyjęcie do szpitala.

Łapownictwo staje się na tyle dotkliwe dla państwa, że prokurator zapowiada bezwzględną walkę z nim. Mówi tak: „Aparat państwowy posiada dzisiaj bardzo skuteczne narzędzia i środki do zweryfikowania obszarów i miejsc, w których źle się dzieje. Mam na myśli wręczenie kontrolowane. Będziemy wysyłać agentów, którzy udając różne sytuacje będą sprawdzali sygnały otrzymywane od pacjentów. Agenci będą składali lekarzom propozycje. Zwłaszcza tym, którzy zajmują kierownicze stanowiska. Będą nagrywali rozmowy na kasety. Przylapani i nagrani łapówkarze nie będą mogli usprawiedliwiać się niezrozumieniem ich intencji przez dającego pieniądze.”

Prokurator Olejnik ostrzega: „Żaden nieuczciwy lekarz nie może czuć się bezpieczny. Każdego dnia może odwiedzić go nasz agent. Takie działania prowadzimy już w tym roku”.

Zapowiedź prowokacji prokuratorskiej brzmi groźnie. Ale samym lekarzom powinno zależeć na tym, aby eliminować ze swojego grona osoby pozbawione godności osobistej i zawodowej.

### Zadanie dla generacji

O braniu pieniędzy przez lekarzy, ale przede wszystkim dawaniu ich przez

pacjentów mówi Konstanty Radziwiłł. Prezes NRL rozpatruje problem w szerszym kontekście: „Korupcja zżera Polskę. Zadziwia niezwykle gotowość rodaków do załatwiania spraw w sposób nieformalny. Polacy nie płacą mandatów za szybką jazdę, bo wolą dać łapówkę. Nie oczekują od lekarza, że będzie usiłował leczyć ich najlepiej jak potrafi bez dodatkowych gratyfikacji. Próbuje wręczyć dodatkowe pieniądze, bo chcą być traktowani troskliwiej niż inni chorzy.”

Szef samorządu lekarskiego stara się szukać przyczyn nieetycznych zachowań. Podkreśla fakt, że „Rynek usług medycznych jest w Polsce mocno regulowany. Następuje zderzenie ogromnego popytu na świadczenia zdrowotne z bardzo ograniczonymi możliwościami ich podaży”. Ale to są problemy organizatorów służby zdrowia, a nie lekarzy.

Konstanty Radziwiłł wie, że podczas jednej czy kilku debat nie znajdzie się recepty na zlikwidowanie łapownictwa. Dlatego nawołuje do rozpoczęcia wielkiej środowiskowej dyskusji. Do rozmów w izbach okręgowych, szpitalach, przychodniach, na łamach prasy samorządowej. Przekonuje do wytworzenia w środowisku lekarskim nastroju dezaprobaty i ostracyzmu dla lekarzy, którzy uzależniają leczenie chorych od dodatkowych opłat.



Konstanty Radziwiłł: Korupcja zżera Polskę.

„Nieprzyzwoite zachowania nie powinny uchodzić w naszym środowisku – mówi szef samorządu lekarskiego. – Rozwiązań szybkich i łatwych nie ma. Być może uporamy się z korupcją w ciągu generacji, ale nie roku, dwóch czy dziesięciu. Teraz możemy zjawisko zidentyfikować i opisać”.

Prezes twierdzi, że pomocą w zwalczaniu zjawiska będzie zorganizowanie racjonalnego i zorientowanego na pacjenta systemu ochrony zdrowia i zmiany w jego finansowaniu.

### Niebezpieczna zgoda

Temat łapówek wyzwała w ludziach niekontrolowane emocje. Wzbudza agresywne zachowania, ale też niebezpieczną akceptację. Przestrzega przed nią Jacek Wojciechowicz z Banku Światowego mówiąc, że argument niskich płac nie



Jacek Wojciechowicz: Przestrzegam przed argumentem niskich płac.

może być usprawiedliwieniem dla korupcji, bo wtedy „Można użyć argumentu niskich płac dla usprawiedliwienia człowieka, który na przystanku autobusowym uderzy kogoś w głowę. On mało zarabia... Dlatego musi ukraść drugiemu portfel.”

Łapownictwo na pewno występuje wśród lekarzy. I zwiększa się jego skala. Potwierdza tę tezę prof. Ostrowska mówiąc, że z badań dawnego Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia wynika, iż szacunkowa suma przepływających z rąk pacjentów do kieszeni lekarzy pieniędzy zwiększyła się z 1,6 mln zł w 1992 r. do 5,2 mln zł w 1997 r.

Prokuratura zapowiada zdecydowaną walkę z korupcją i zero tolerancji dla niej. Ale rację ma prezes Radziwiłł, który mówi o kryzysie moralnym społeczeństwa, a nie jego pojedynczych przedstawicieli: „U podstaw niemoralnych zachowań leży kryzys rodziny, szkoły, wychowania.”

Można prowadzić walkę z korupcją wśród pracowników ochrony zdrowia, ale najpierw trzeba wyeliminować łapówki z codziennego życia wszystkich Polaków. Uzdrowić należy całe społeczeństwo, a nie jego poszczególne grupy czy jednostki. Napietnowanie i karanie łapówkarzy dużych i małych powinno stać się powszechne.

Grażyna Ciechomska  
fot. Marek Stankiewicz

## Minister o garażach

• *Opór środowiska lekarskiego w reformowaniu służby zdrowia wynika z tego, że tam są interesy. Pan doskonale o tych interesach wie. Pamiętam taką akcję „Pokaż lekarzu, co trzymasz w garażu?” Czy warto wrócić do takiej akcji?*



– Marek Balicki: To nie jest zadanie ministra zdrowia „przeglądać garaże”. Zadaniem ministra zdrowia jest wprowadzać takie mechanizmy, które będą korzystne dla pacjenta niezależnie jak to zmienia funkcjonowanie. Każda zmiana w funkcjonowaniu wymaga pokonywania pewnych oporów, przyzwyczajęń. Są u nas powszechne przyzwyczajenia nie tylko ze strony pracowników służby zdrowia. Jest to element naszej kultury. Ja też dostaję telefony z prośbą o załatwienie takiej czy innej sprawy od osób, które pełnią różne funkcje publiczne, nie zawsze są to politycy, również osoby znane z innych dziedzin. To jest sprawa, która będzie wymagała przełamывania nawyków.

• *Łapówki? Co innego telefony, a co innego konkretne korzyści finansowe...*

– Muszę powiedzieć, że nie widzę istotnej różnicy między wykorzystywaniem pewnych układów, znajomości osobistych czy pozycji społecznej. Od łapówki czy opłaty nieformalnej zawsze jest to wykorzystywanie tego, co nie powinno być w dostępie do świadczeń zdrowotnych sposobem na szybsze leczenie.

Z min. Markiem Balickim na antenie Radia Tok FM rozmawiała Dorota Gawryluk (6.10.2004 r.).

REKLAMA

REKLAMA

## Irytują mnie łapówki

Z Andrzejem Ciołko, urologiem, przewodniczącym ORL w Lublinie rozmawia Beata Kozian

• *Panie doktorze, jak często pacjenci proponują panu łapówkę?*

– Zdarza się. Na przykład wtedy, gdy chcą sobie kupić lekarza do osiągnięcia własnych korzyści. Gdy chcą kosztem innych pacjentów przeskoczyć kolejkę na zabieg albo załatwić sobie jakieś zaświadczenie, potrzebują z jakichś powodów zostać przyjęci do szpitala, a wskazań medycznych do hospitalizacji brak.

• *I jak pan reaguje na takie propozycje?*

– Irytują mnie, bo wiem, że intencje tego pacjenta nie są czyste, że chce mnie po prostu wynająć za pieniądze, bym spełniał jego żądania. Takie sytuacje nie są pod względem psychologicznym komfortowe, jak przypuszczam, dla większości ludzi.

• *A jak na propozycje łapówek reagują pana koledzy, lekarze?*

– Trudno mi odpowiedzieć na to pytanie. Wie pani, lekarze w szpitalu nie rozmawiają ze sobą o łapówkach, kopertach. I nawet gdyby komuś po koleżeńsku w pokoju zadać takie pytanie, myślę, że zostałoby zignorowane. O łapówkach mówią natomiast pacjenci. I to z pasją. To ulubiony temat na salach chorych: ile komu trzeba dać, za co, że słyszało się, że teraz to daje się tyle. Najwięcej mówią ci, którzy sami nie dawali łapówek, a tylko nasłuchali się o tym od znajomych.



foto: Marek Stankiewicz

• *Nie chce pan powiedzieć, że koperty wręczane lekarzom są tylko wytworem bujnej wyobraźni pacjentów?*

– Nie. Ale uważam, że problem jest demonizowany i gdy zachodzi potrzeba, stanowi temat zastępczy wobec wielu prawdziwych problemów.

• *A prawdziwe problemy to jakie?*

– Takie, że w ochronie zdrowia od lat panuje wielki bałagan, że kolejne reformy nic nie naprawiają, tylko pogarszają, że lekarze i pielęgniarki gubią się już w tym marazmie. Prawdziwym problemem jest to, że lekarze pracujący w szpitalach od lat nie dostali podwyżek. Nie pamiętam, kiedy w moim szpitalu lekarze dostali podwyżkę. To kompromituje władzę, ale nikt tym się nie przejmuje, bo przez pięćdziesiąt lat mówiło się w Polsce, że lekarz sobie dorobi i będzie jakoś żył...

Fragmety rozmowy publikujemy dzięki uprzejmości „Kurieria Lubelskiego”.



dokończenie na str. 13







# Czy my jesteśmy bez winy?

Z **Pawłem Wróblewskim**, marszałkiem województwa dolnośląskiego rozmawia Grażyna Ciechomska

**• Mówi pan: nie stójmy w cieniu. Od mądrzejszych wymaga się więcej. Jakie wyzwania stoją przed panem?**

– Uzyskałem wpływ na decyzje dotyczące szeroko pojętej służby zdrowia. Ponadto chciałbym przyczynić się do zaktywizowania środowiska lekarskiego w działaniu dla budowy społeczeństwa obywatelskiego. Edmund Burke napisał, że „Jedyną rzeczą konieczną dla rozwoju zła jest bezczynność ludzi dobrych.” Ja dodałbym jeszcze: „i mądrych”.

Nie wykorzystujemy, jako środowisko, naszego potencjału intelektualnego. Jesteśmy nieskuteczni w działaniu i bierni. Biadolimy i buntujemy się ślepo, zamiast precyzyjnie planować, a następnie podejmować odważne, przemyślane i słuszne decyzje. Ulegamy partykularnym interesom i ideom. Porzucamy myślenie systemowe na rzecz realizacji krótkowzrocznych celów doraźnych, czym narażamy się na bezustanną krytykę i opór ze strony innych środowisk, w tym decydenckich. Ten stan rzeczy trzeba zdiagnozować, opisać i zastosować skuteczną terapię.

**• Na Dolnym Śląsku nie dzieje się dobrze w służbie zdrowia. Teraz będzie miał pan okazję dać kolegom lekarzom i pacjentom nadzieję i szansę. Czy pan ich nie zawiedzie? Czy nie okaże się kolejnym przegrany, po poprzednich kolegach lekarzach na wysokich urządach w administracji państwowej?**

– To bardzo wygodne zrzucać całą odpowiedzialność za istniejący stan rzeczy na innych. Na polityków i decydentów. Oczywiście zasłużyli sobie na to w dużym stopniu, ale czy my jesteśmy zupełnie bez winy?

W obliczu zagrożenia zmianą najłatwiej schować głowę w piasek albo sygnalizować go po cichu w tryby rozpędzającej

się maszyny. I udawać jednocześnie, że chce się współpracować.

Efektom podejmowania takich działań przez nasze środowisko była stosowana przez kolejne zarządy województwa polityka uderzania znienacka. Przez zaskoczenie.

Nie konsultowano z nami „na poważnie” żadnych planów. Uważano bowiem, że i tak wszystko skrytykujemy. I będziemy chcieli, żeby zachować *status quo* i nie dopuścić do żadnej zmiany.

Ja mam zamiar mówić prawdę otwarcie i podawać rozwiązania. Ich wybór pozostawię zainteresowanym.

**• Praca, której podejmuje się marszałek województwa dolnośląskiego, jest ogromna. Pan deklaruje ponadto aktywne uczestnictwo w samorządzie lekarskim, m.in. pozostając skarbnikiem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Niewiele udawało się takie łączenie działalności na wielu polach. Nie zawali pan wszystkiego?**

– Funkcja skarbnika DIL jest dla mnie bardzo wygodna, bo ze swej natury jest apolityczna. Zasady podziału środków, którymi dysponuje nasz samorząd są jasne i czytelnie uregulowane stosownymi uchwałami. Wystarczy jedynie nie bać się cyfr, co jest, niestety, częste w naszym środowisku.

Ja mam doświadczenie w tej materii zdobyte w okresie kierowania jednym z większych szpitali na Dolnym Śląsku. Nie miałem zresztą żadnego kontrkandydata w czasie konstituowania się Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej na początku obecnej kadencji. Jeśli okaże się, że nie da się pogodzić tych dwóch funkcji, po prostu zrezygnuję. Przyznam, że obecność w Dolnośląskiej i Naczelnej Radzie Lekarskiej chciałbym utrzymać.

Funkcję marszałka województwa dolnośląskiego traktuję nad wyraz poważnie. Jednak w gruncie rzeczy jest ona efektem swoistego wypadku przy pracy na rzecz środowiska medycznego. W przyszłości chciałbym się skupić głównie na tej właśnie działalności.

**• Jest pan szefem Prawa i Sprawiedliwości na Dolnym Śląsku. Taki partyjny balast niekiedy przeszkadza w działaniach dla dobra wszystkich mieszkańców województwa. Zapewne**

**zdarzą się sytuacje, w których interesy partyjne nie będą współgrały z celami, przed którymi stoi województwo. Jak będzie pan sobie radził?**

– Polityka to sztuka wywierania wpływu na innych celem realizacji określonych celów. Czy tego chcemy, czy nie, każdy z nas uprawia ją w swojej codziennej działalności.

Uważam, że na szczeblu samorządowym polityka powinna mieć bardziej „ludzką twarz”. W gminie, powiecie czy województwie spotykamy się z codziennymi problemami, które wymagają skutecznych rozwiązań. Na szczeblu krajowym mamy raczej do czynienia z zarządzaniem procesami niż z konkretną działalnością. Ale oczywiście szefowanie partii w regionie to olbrzymie zadanie. Dlatego poszedłem za przykładem lidera PiS-u Lecha Kaczyńskiego. I tak jak on po wyborze na prezydenta Warszawy zrezygnował z przewodzenia partii na szczeblu krajowym, ja zdałem prezesurę w regionie.

**• W jaki sposób będzie chciał pan wykorzystać ogromny potencjał intelektualny swojego środowiska lekarskiego dla usprawnienia działania służby zdrowia w swoim województwie i wyeliminowania niedogodności?**

– Od dawna na łamach naszego miesięcznika „MEDIUM” staram się prowadzić swoistą działalność edukacyjną. Komentuję aktualne wydarzenia w ochronie zdrowia na szczeblu krajowym i regionalnym. Zachęcam jednocześnie do samodzielnego myślenia i aktywności. Nie ukrywam, że wciągnąłem znaczącą liczbę kolegów w działalność partyjną.

Liczę, że w ten sposób, prędzej czy później, ich zdanie i doświadczenie znacząco wpłyną na decyzje strategiczne dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ale obecnie największą możliwość upatruję w ścisłej współpracy marszałka województwa dolnośląskiego z przedstawicielami medycznych samorządów zawodowych, towarzystw naukowych i wszelkich środowisk związanych z szeroko pojętą ochroną zdrowia. Wierzę, że nadchodzi dobry czas dla działań jawnych. Czas na otwartą i szczerą dyskusję nastawioną na siłę argumentów, a nie na argumenty siły.

Paweł Wróblewski jest członkiem NRL i skarbnikiem Dolnośląskiej IL od 2001 r. Pod koniec sierpnia 2004 r. został wybrany marszałkiem województwa dolnośląskiego. Aktywnie działa w Prawie i Sprawiedliwości. Już po wyborze zrezygnował z szefowania oddziałowi dolnośląskiemu tej partii. Jest doktorem nauk medycznych. Ma specjalizację z chirurgii. W latach 1998-2001 był dyrektorem Okręgowego Szpitala Kolejowego we Wrocławiu. Żonaty. Dwoje dzieci.

# Teraz Miller

Stanowisko prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia objął Jerzy Miller. To już piąty prezes w 17-miesięcznej historii tej pełnej kontrowersji instytucji, będącej w istocie największym bankiem w Polsce.

**M**inister zdrowia Marek Balicki nie krył zadowolenia z nominacji Millera. Nieoficjalnie wiadomo, że obaj panowie znają i lubią się od dawna. Balicki liczy, że nowy szef NFZ uporządkuje i ustabilizuje sytuację w opiece zdrowotnej, a przede wszystkim zapanuje nad bałaganem, niekompetencją i emocjami, jakie towarzyszą kontraktowaniu świadczeń.

Jerzy Miller powiedział, że niepokoi go fakt, iż w instytucji, którą pokieruje, nie ma twardych zasad wydawania pieniędzy. Przyznał, że z tego właśnie powodu obawiał się objąć stanowisko prezesa NFZ. „Szczerze odpowiadam – boję się. Ale co? Mam z tego powodu emigrować? Chcę żyć w Polsce, dobrze zarządzanej, gdzie każdy czuje się jak u siebie” – podkreślił.

Jego zdaniem pierwsze umowy na świadczenie usług będą podpisane na

początku grudnia. „Gdyby się okazało, że w tym roku jest wiele odwołań, to będziemy je rozpatrywali dopiero w okresie między Bożym Narodzeniem a Sylwestrem. Jednak ostatnia umowa będzie musiała być podpisana 30 grudnia” – podkreślił Miller.

Jerzy Miller urodził się 7.06.1952 r. w Krakowie. Ukończył studia w krakowskiej Akademii Górniczo-Hutniczej na Wydziale Elektrotechniki, Elektroniki i Informatyki ze specjalnością automatyka cyfrowa.

Karierę zawodową zaczynał jako pracownik naukowo-badawczy w Instytucie Obróbki Skrawaniem, gdzie zajmował się teorią niezawodności procesów technologicznych.

W latach dziewięćdziesiątych pracował w administracji państwowej, był dyrektorem wydziału organizacji i nadzoru Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, dyrektorem tego urzędu, a następnie wicewojewodą krakowskim. Od 02.1998 r. do 07.2000 r. był podsekretarzem, a następnie sekretarzem stanu w Ministerstwie Finansów i jednocześnie pełnomocnikiem rządu ds. decentralizacji finansów publicznych. Był także doradcą prezesa Narodowego Banku Polskiego (03.2001-03.2003) oraz prezesem Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa (03.-06.2003), a ostatnio dyrektorem Departamentu Komunikacji Społecznej NBP.

(ms)



Czy Balicki stanie za Milerem?

## Widziane z gminy

W zasadzie wszystko jedno, kto rządzi ponad trzydziestoma miliardami złotych rocznie, skoro Narodowy Fundusz Zdrowia przyczynia się do zaostrzenia choroby systemu opieki zdrowotnej. Z drugiej strony, niedobre byłyby zmiany personalne, gdy trwa konkurs ofert na 2005 r.

Była Małopolska Regionalna Kasa Chorych nie limitowała porodów, hemodializ i pobyków w OIT. Teraz zniesienie limitowania porodów jest sukcesem. Nadal limitowana jest koronaroplastyka, co może wpływać na śmiertelność z powodu chorób układu krążenia.

Zresztą i tak wybory już na wiosnę. Nowy rząd zapewne zmieni prezesów centrali i dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, a po okresie krytyki błędów i wypaczeń rozpocznie kolejną reformę systemu. Wówczas kadencja obecnego prezesa NFZ Jerzego Millera będzie zapamiętana głównie dzięki nazwisku!

*Bogusław Lenard, Moszczenica k/Gorlic*





fol. Marek Stankiewicz

## Notatki rzecznika prasowego NRL

### Prezydium NRL na posiedzeniu 1.10.br.

#### • przyjęło m.in. stanowiska:

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wysokości opłaty za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów, w którym przyjęto, że (...) Projekt rozporządzenia nie realizuje, podając jedną kwotę opłaty, delegacji ustawowej zawartej w art. 19b ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, bowiem nie różnicuje kwoty w zależności od rodzaju kształcenia podyplomowego.

Każdy rodzaj kształcenia pociąga za sobą inne koszty. Szacunkowo koszty te kształtują się pomiędzy 400 a 900 zł. W związku z tym, że rodzaje kształcenia nie zostały w sposób formalny sprecyzowane, (...) wydanie omawianego rozporządzenia, przed ukazaniem się aktu wykonawczego, o którym mowa w art. 18 ustawy – jest przedwczesne. (...);

– stanowisko, w którym wyraża dezaprobatę w związku z podpisaniem i opublikowaniem rozporządzeń ministra zdrowia dot.:

- recept lekarskich,
- zakresu niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
- sposobu oraz terminów przedstawiania NFZ przez apteki zbiorczych zestawień zrealizowanych recept podlegających refundacji, a także wzoru zbiorczego zestawienia,
- trybu udostępniania NFZ do kontroli recept zrealizowanych przez ubezpieczonych i związanych z tym informacji (bez opinii NRL) i zgłosiło wiele uwag do treści dokumentu, m.in. nt. zakazu wpisywania na receptę przeznaczoną do wpisania leków nie refundowanych większej ilości leków, jak również uważa, że (...) w kodach uprawnień dodatkowych pacjenta należy umieścić zapisy wyjaśniające, przy poszczególnych symbolach, a nie odnosić ich do ustaw (...);

• **wydelegowało prof. Wiesława Jędrzejczaka**, jako przedstawiciela NRL, na spotkanie Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS).

UWAGA! Pełne teksty dokumentów na stronach NIL: [www.nil.org](http://www.nil.org)

### Ostateczna data zgodności kształcenia lekarzy

NRL otrzymała projekt pisma Pamelii Brumter-Coret z Komisji Europejskiej dot. dat zgodności kształcenia polskich lekarzy i lekarzy dentystów, który prezes Konstanty Radziwiłł opiniuje w liście do Romana Danielewicza, dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ: „Projekt pisma, który otrzymałem, jest jedynie informacją (zapytaniem?), która nic nie zmienia w zakresie uznawania kwalifikacji polskich lekarzy i lekarzy dentystów przez organy kompetentne innych państw członkowskich UE. Data zgodności kształcenia dla polskich lekarzy (tj. 1956 r.) nie budzi już żadnych wątpliwości ekspertów z Komisji Europejskiej, co zostało potwierdzone na konferencji (...) 22-23.09.2004 r. oraz w piśmie dr. Pochmarskiego z 29.09.2004 r., skierowanym do NIL. Proponuję więc jak najszybciej notyfikować rok 1956 jako ostateczną datę zgodności kształcenia, w celu ułatwienia (umożliwienia) polskim lekarzom uznawania kwalifikacji w innych państwach członkowskich Unii.

Ponadto ponawiam prośbę o notyfikację Naczelnej Izby Lekarskiej jako organu kompetentnego do wydawania zaświadczeń o zgodności kształcenia dla lekarzy-absolwentów i lekarzy dentystów-absolwentów, tj. lekarzy i lekarzy dentystów, którzy ukończyli w Polsce studia, ale nie ukończyli na terenie Polski stażu podyplomowego.”

### Stanowisko w sprawie świadczeń stomatologicznych

7.10. br. Prezes NRL wystosował list do min. Marka Balickiego dot. projektu rozporządzenia w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii i materiałów stomatologicznych.

„Projekt nie spełnia oczekiwań związanych z całym problemem dostępnności do gwarantowanych świadczeń stomatologicznych w ramach solidarnie finansowanego systemu ubezpieczeniowego.

Ustalenie zakresu świadczeń gwarantowanych, jakie powinny przysługiwać osobom ubezpieczonym powinno uwzględniać przede wszystkim rzeczywiste potrzeby zdrowotne, określone na podstawie badań epidemiologicznych. (...)

Wykaz świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych powinien uwzględniać priorytety w dostępności do świadczeń uznanych jako gwarantowane przez system. (...) przedstawiony projekt nie spełnia tych wymogów. Jest powieleniem obowiązujących rozporządzeń w sprawie wykazu podstawowych i dodatkowych świadczeń lekarza stomatologa, a dołączone do tego projektu uzasadnienie nie potwierdza celu, dla którego ubezpieczeni mają wyłączenie prawo do świadczeń opisanych w rozporządzeniu, podczas kiedy załącznik do ustawy nie zawiera świadczeń stomatologicznych, jakie przysługują ubezpieczonym. (...) Ministrowi Zdrowia i Prezesowi NFZ zostały przedstawione stanowiska NRL w sprawie zakresu świadczeń i priorytetów w ustalaniu koszyka świadczeń stomatologicznych w ramach systemu finansowanego solidarnie. Omawiany projekt nie uwzględnia propozycji zawartych w stanowiskach” – pisze prezes Konstanty Radziwiłł.

### List do Platformy Obywatelskiej

Prezes NRL w liście do Donalda Tuska – przewodniczącego Platformy Obywatelskiej – pisze, iż z niepokojem odbiera wypowiedź Jana Rokity, który wśród wymienionych najważniejszych „obszarów życia społeczno-gospodarczego” wymagających naprawy nie uwzględnił ochrony zdrowia „(...) sektor ochrony zdrowia to największa obecnie pozycja w wydatkach publicznych i około miliona zatrudnionych. Już choćby z tych powodów zasługuje na poczesne miejsce wśród priorytetów państwa. Sprawa jest tym pilniejsza, że niewydolność permanentnie nie dofinansowanego, nękanego politycznymi zawieruchami systemu ochrony zdrowia zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli oraz bytowi pracowników służby zdrowia, których coraz więcej w rozpaczliwej i często beznadziejnej sytuacji życiowej decyduje się na emigrację. (...) Naczelna Rada Lekarska, reprezentująca wszystkich polskich lekarzy i lekarzy dentystów, jest od dawna rzecznikiem stworzenia w Polsce racjonalnego systemu ochrony zdrowia. (...) traktując poważnie swoją misję oraz odpowiedzialność wynikającą z zapisów Konstytucji oraz ustawy o izbach lekarskich, samorząd lekarski pragnie włączyć się w dyskusję o przyszłym kształcie polskiej ochrony zdrowia.”

### Nominacje profesorskie

12.10.br. w Pałacu Prezydenckim, nominacje profesorskie z rąk prezydenta RP Aleksandra Kwaśniewskiego otrzymali dr hab.: **Julia Krystyna Bar** (AM we Wrocławiu), **Kinga Katarzyna Borowicz** (AM w Lublinie), **Krzysztof Celiński** (AM w Lublinie), **Irena Choroszy-Król** (AM we Wrocławiu), **Izabella Małgorzata Kozłowiec-Gudzińska** (Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie), **Józef Ignacy Langfort** (AWF w Katowicach), **Jacek Jerzy Losy** (AM w Poznaniu), **Tomasz Hubert Mach** (UJ w Krakowie), **Ryszard Pluta** (Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN w Warszawie), **Jacek Cezary Szipietowski** (AM we Wrocławiu), **Jan Włodzimierz Talar** (AM w Bydgoszczy), **Maria Agnieszka Wardas** (Śląska AM w Katowicach), **Zbigniew Stefan Wolski** (AM w Bydgoszczy), **Andrzej Żyłuk** (Pomorska AM w Szczecinie).

Iwona A. Raszke-Rostkowska

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

tel.kom. 0-606-440-100

e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org

## Konieczność potwierdzenia laboratoryjnego

## Przeciwciała odrowe w kl. IgM

Oddział Epidemiologii Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie, ul. Żelazna 79, 00-875 Warszawa, e-mail: sekretariat@wsse.waw.pl uprzejmie informuje, że istnieje konieczność potwierdzenia laboratoryjnego (przeciwciała odrowe w kl. IgM) wszystkich przypadków podejrzeń zachorowań na odrę.

Badania można wykonać bezpłatnie w laboratorium Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie, ul. Żelazna 79, tel. 620 35 28. W celu przeprowadzenia badania, pacjentów należy kierować (od 7 do 45 doby od momentu wystąpienia wysypki) do WSSE ze skierowaniem w kierunku badania przeciwciał odrowych w kl. IgM. Można również przesłać 1 ml jałowo pobranej surowicy krwi chorego (mrożonej, dostarczonej do WSSE w ciągu 72h od pobrania).

Wiesław Rozbicki  
rzecznik prasowy WSSE

# Międzynarodowe seminarium w Warszawie

Marek Szewczyński

W dniach 22-23 września br. w Warszawie odbyło się interesujące seminarium podsumowujące 5 miesięcy członkostwa Polski oraz pozostałych 9 państw w Unii Europejskiej pod kątem migracji przedstawicieli zawodów medycznych.

**S**eminarium było częścią polsko-holenderskiego projektu bliźniaczego dotyczącego uznawania kwalifikacji w zawodach medycznych, w którym uczestniczą m.in. przedstawiciele samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.

Najistotniejszą, wydaje się, zaletą tego seminarium była możliwość spotkania się przedstawicieli urzędów wydających uprawnienia do wykonywania zawodu z państw, które ostatnio przystąpiły do Unii, oraz z niektórymi „starymi” państwami członkowskimi, w szczególności Wielkiej Brytanii i Irlandii. Udział brali również pracownicy Komisji Europejskiej.

Podkreślono, że, tak jak się można było spodziewać, zdecydowana większość osób migruje z „nowych” państw członkowskich do „starych”, zaś migracja w odwrotnym kierunku jest jak na razie znikoma. W zawodach medycznych najwięcej wyjeżdżających lub zamierzających wyjechać stanowią lekarze, a następnie pielęgniarki. Dotychczas tylko 1 procent przedstawicieli zawodów medycznych w „nowych” państwach członkowskich wystąpił do odpowiednich urzędów o wydanie zaświadczeń w celu podjęcia pracy w innym państwie. Spora grupa to osoby już od jakiegoś czasu przebywające w innym państwie.

Innym szeroko omawianym tematem była kwestia różnorodnych problemów, jakie napotykają osoby pragnące uzyskać prawo wykonywania zawodu w innym państwie. Jest to obecnie szczególnie widoczne i odczuwalne w stosunkach pomiędzy „nowymi” a „starymi” państwami członkowskimi, choć jak stwierdzili reprezentanci Komisji Europejskiej wiele niespodziewanych przeszkód muszą pokonywać również osoby migrujące pomiędzy „starymi” państwami członkowskimi. Najczęstsze problemy wiążą się z brakiem wiedzy na temat właściwych instytucji w drugim państwie bądź z nieporozumieniami związanymi z treścią przedstawianych zaświadczeń.

Warto dodać, że po bliższej analizie, w większości przypadków okazało się, że zaświadczenia wydawane przez polskie izby lekarskie są bardzo dobrze sformułowane i nie powinny budzić wątpliwości (oczywiście pod warunkiem odpowiedniego tłumaczenia). Co więcej, zdarza się, że urzędy kwestionujące polskie zaświadczenia same wystawiają dokumenty niejednoznaczne i nie odpowiadające formalnym wymogom wynikającym z Dyrektyw unijnych.

Wielokrotnie wskazywano, że szeregi problemów wynika z niedostatecznej ścisłej współpracy pomiędzy właściwymi władzami państw członkowskich. Zachęcano więc przedstawicieli tych instytucji do jak najczęstszych wzajemnych kontaktów, co w wielu przypadkach znacznie przyspiesza postępowanie w poszczególnych sprawach. Przepisy Dyrektyw unijnych uprawniają, a nawet w niektórych okolicznościach zobowiązują, instytucje właściwe do wzajemnego kontaktowania się.

W praktyce, niestety, okazuje się, że pośrednikiem w kontaktach między instytucjami staje się, chcąc nie chcąc, wnioskodawca, co bezzasadnie go obciąża i wydłuża tok postępowania. Wielu polskich lekarzy i lekarzy dentystów w

ostatnich 5 miesiącach przekonało się o tym na własnej skórze. Wydaje się więc, że, jeżeli tylko jest taka możliwość, powinno się podjąć próby przekonania urzędu, który kwestionuje dokumenty wystawione przez izbę lekarską, aby bezpośrednio skontaktował się bądź z izbą, bądź z Ośrodkiem Uznawania Kwalifikacji przy Naczelnej Izbie Lekarskiej. W razie problemów można się także zwracać bezpośrednio do Komisji Europejskiej, a konkretnie do Dyrekcji Generalnej Rynek Wewnętrzny. Działa tam sekcja zajmująca się uznawaniem kwalifikacji, której pracownicy nierzadko kontaktują się z urzędami państw członkowskich w indywidualnych sprawach.

Ośrodek Uznawania Kwalifikacji czyni starania w celu nawiązania kontaktów z urzędami innych państw członkowskich. Warszawskie seminarium było właśnie doskonałą ku temu okazją. Być może z biegiem czasu pozwoli to wyeliminować problemy administracyjne, jakie obecnie niektórzy polscy lekarze i lekarze dentyści mają podczas ubiegania się o uzyskanie uprawnienia do wykonywania zawodu w innych państwach członkowskich.

**Autor jest prawnikiem w Ośrodku Uznawania Kwalifikacji przy NIL.**

## Pro Gloria Medici

Kolejnym laureatem tytułu i odznaczenia „Pro Gloria Medici” została dr med. **Barbara Sarankiewicz-Konopka z Gdańska**

Barbara Sarankiewicz-Konopka ukończyła z wyróżnieniem studia lekarskie w Akademii Medycznej w Gdańsku. Już w 1969 r. została laureatką środowiskowego konkursu „Czerwonej Róży” dla najlepszego studenta. Doktorat obroniła w 1977 r. i od tego czasu jest również specjalistą w zakresie dermatologii i wenerologii. W latach 1993-1997 przewodniczyła Komisji Kształcenia Medycznego ORL w Gdańsku, a od 1997 r. przewodzi samorządowi lekarskiemu na Wybrzeżu i Pomorzu. Aktywnie pracuje również w Naczelnej Radzie Lekarskiej.



for. Marek Stankiewicz

# W gąszczu przepisów

Mariusz Janikowski

Kiedy przed dwoma laty wprowadzono ustawę *Prawo działalności gospodarczej* samorządowi lekarskiemu udało się, co prawda po 6 miesiącach, doprowadzić do wyłączenia traktowania lekarzy przedsiębiorców jako przedsiębiorców w rozumieniu tej ustawy.

**D**odaje to nieco optymizmu, że i tym razem nasze interwencje odniosą skutek prowadząc do zmian w zapisach ustawy.

Obecne sformułowania przepisów doprowadzają jednoznacznie o braku zrozumienia przez ustawodawcę specyfiki zawodu lekarza, jak również specyfiki funkcjonowania samorządu lekarskiego.

Przepisy normujące działalność gospodarczą składają się z dwóch części: ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz ustawy *Przepisy wprowadzające*. Ta druga zawiera m. in. zmiany zapisów art. 19 i 49-55 ustawy O zawodzie lekarza. Art. 19 to „martwy” do chwili obecnej zapis dotyczący kształcenia podyplomowego lekarzy. Obecne brzmienie tego artykułu nakłada na izby dodatkowy obowiązek prowadzenia rejestru podmiotów kształcących lekarzy. Zatrzymajmy się na chwilę przy zmianach dotyczących rejestracji praktyk lekarskich (art. 49-55).

Zapisy ustawy, nie zawsze spójne z *Przepisami wprowadzającymi*, dają do zrozumienia, że izba traktowana jest jak zwykłe biuro wykonujące czynności administracji państwowej. Jak bowiem interpretować przepisy obligujące wydanie zaświadczenia o wpisie do rejestru działalności regulowanej (tak nazywa się obecnie nasz rejestr izbowy) w ciągu 7 dni, na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej. Jak w przeciągu 7 dni sprawdzić owe wymogi jakim powinna odpowiadać praktyka lekarska, zebrać ORL i w drodze uchwały wpisać praktykę do rejestru? Otóż - w żaden sposób. Nie znam izby, w której ORL zbiera się co tydzień. To nie zetatyzowany urząd, a samorząd działający społecznie.

To tyle narzekań na ustawę i ustawodawcę, na posłów i senatorów lekarzy, którzy zapewne zapomnieli o charakterze swojego zawodu i specyfice korporacji, do której nadal należą.

## Jak wyjść z impasu?

Właśnie temu poświęcono spotkanie Zespołu ds. Praktyk Lekarskich NRL w obecności przewodniczących Komisji ds. Praktyk Lekarskich ORL z całej Polski.

Ustawa weszła w życie 21 sierpnia br. Jedynym wyjściem, aby spełnić jej wymogi i rejestrować praktyki zgodnie z narzuconym prawem, jest przekazanie Prezydium ORL uprawnień w zakresie wpisów do rejestrów działalności regulowanej. Łatwiej bowiem zwołać raz w tygodniu *quorum* Prezydium niż całą ORL.

Jak w ciągu 7 dni dokonać sprawdzenia wymogów jakim winna odpowiadać praktyka lekarska? Wstępnie można dokonać tylko sprawdzenia przez osobę kompetentną danych umieszczonych we wniosku. Obecnie obowiązuje stara wersja wniosku i dotychczasowe wymogi.

Czy to oznacza, że jest to jedyna forma sprawdzianu praktyki? Nie – i to „nie” podkreślam ze szczególnym naciskiem. Mam nadzieję, że żadna izba nie odejdzie od sprawdzonej już przez lata formy wizytacji gabinetów przez upoważnione przez ORL zespoły lekarskie. Jest to realna forma nadzoru nad praktyką.

## Trudności w zarejestrowaniu praktyki

Pierwsze kroki powinni lekarze skierować do gminy właściwej dla miejsca zamieszkania. Tam należy dokonać wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.

Za zaświadczenie o wpisie urząd pobiera opłatę 100 zł. Zaświadczenie o dokonaniu zmian lub uzupełnień do ewidencji kosztuje 50 zł. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji należy dołączyć do wypełnionego wniosku i złożyć w izbie lekarskiej.

Co prawda art. 65 pkt.3 ustawy stwarza możliwość złożenia całości dokumentów w urzędzie gminy, ale taką czynność naszym czytelnikom odradzam. Składając wniosek w izbie będziecie pewni, że jest kompletny i zostanie rozpatrzony w ciągu obowiązujących 7 dni.

Pewnym *novum* w zapisach ustawy Przepisy wprowadzające jest konieczność złożenia przez lekarza oświadczenia, że jego praktyka lekarska spełnia wszelkie wymogi jakim powinna odpowiadać.

Nieprawdziwe oświadczenie – jest podstawą obligatoryjnego wykreślenia z rejestru praktyk lekarskich połączonego z zakazem ponownego wpisu przez okres 3 lat, co w praktyce oznacza zakaz prowadzenia przez ten czas praktyki prywatnej. Takie same restrykcje stosuje się do lekarza – przedsiębiorcy, który wykonywał działalność gospodarczą bez wpisu do rejestru działalności regulowanej (art. 71 i 72 ustawy).

Te zapisy ustawy budzą wątpliwości natury filozoficzno-etycznej. Ustawodawca przyspieszając formalności biurokratyczne próbuje oprzeć się na poczuciu uczciwości obywatelskiej. Moim zdaniem, złożeniu przez lekarza fałszywego oświadczenia powinna towarzyszyć nie tylko sankcja skreślenia z rejestru, ale również skierowanie sprawy do rzecznika odpowiedzialności zawodowej, komisji etyki, do prokuratury. Adresów jak widać jest kilka i chyba wszystkie właściwe.

Przed 1998 r. obowiązywał lekarzy jedynie rejestr prywatnej praktyki w postaci wpisu do ewidencji działalności gospodarczej. Aż do 21 sierpnia br. jedynym organem prowadzącym rejestr była izba lekarska. W rozmaitych częściach kraju różnie postąpiono ze starym rejestrem (gminnym).

W Krakowie część lekarzy została wykreślona z tego rejestru i otrzyma-



ła do domu decyzję o skreśleniu. Inni, nie powiadomieni, teoretycznie powinni tam trwać. Urząd Miasta Krakowa od 1 października ujawni dane ewidencji działalności gospodarczej. Każdy będzie mógł sprawdzić swoje dane na stronie internetowej Urzędu Miasta.

Ustawa mówi o jawności rejestru, a tak nie jest do końca. Jawność pozwala na jednorazowe ujawnienie pięciu wpisów. Dotyczy to zarówno osobistej wizyty w urzędzie, jak również wejść do rejestru przez Internet (5 wejść z jednego komputera).

Ten, kto odnajdzie się w ewidencji i wszystkie dane dotyczące jego praktyki prywatnej będą zgodne z rzeczywistością, winien przekazać do izbowego rejestru nr ewidencji (najlepiej wydruk strony). Jeżeli figuruje w ewidencji, a dane nie odpowiadają chwili obecnej, musi zgłosić uzupełnienia do ewidencji (koszt 50 zł). Jeśli nie figuruje w ewidencji, należy dokonać nowego wpisu za 100 zł.

Jeszcze w maju br. Zespół ds. Praktyk Lekarskich zasugerował ustawodawcy możliwość współpracy między urzędami. Wsuwalismy nawet dalej idące wnioski o utrzymanie jedyne go rejestru w izbie lekarskiej. Wydaje się to jak do-

tychczas nie do wywalczenia, ale współpraca jest możliwa. Rozmowy pomiędzy izbą a urzędem gminy doprowadziły do możliwości załatwienia formalności pod jednym dachem – w izbie.

Przekazano nam formularze zgłoszenia do ewidencji oraz formularze uzupełnień. Lekarz składający w izbie wniosek może u nas wypełnić stosowny formularz, wpłacić 50 lub 100 zł na podane konto urzędu, a urząd drogą pocztową prześle zaświadczenie lekarzowi i powiadomi izbę.

Moją intencją było odwrócenie sytuacji tak, aby wpisu do ewidencji dokonano po wpisie do rejestru izbowego właśnie we współpracy pomiędzy urzędami.

Pozostaje jeszcze Urząd Statystyczny nadający REGON. Na szczęście nadal wymogiem otrzymania wpisu jest zaświadczenie wydawane przez izbę lekarską.

### ***NRL krytycznie o zapisach ustawy***

17 września br. NRL krytycznie odniosła się do zapisów ustawy. Mam nadzieję, że poczynania nasze uruchomią czynności legislacyjne nowelizujące za-

pisy tejże ustawy, czyniąc z niej bardziej przyjazną lekarzowi i samorządowi lekarskiemu.

Zapewne wielu kłopotów nie uda się uniknąć. W sprawie przywrócenia jedyne go rejestru w izbach jestem pesymistą. Dlatego zwracam się do wszystkich prywatnie praktykujących o zainteresowanie się ewidencją działalności gospodarczej i wpisanie się do niej niezwłocznie, gdyż ustawodawca dał nam czas tylko do 20 lutego 2005 r. Jak znam życie rzeczywistość pod koniec lutego 2005 zaskoczy nas jak zwykle kolejkami, a wtedy pretensje kierować możemy tylko do siebie.

Fakt przyznania lekarzowi prowadzącemu indywidualną praktykę lekarską statusu przedsiębiorcy otworzy mu drogę do wykorzystania środków finansowanych z UE, które dotychczas nie były dla niego osiągalne – właśnie ze względu na brak tego statusu. W szczególności dotyczy to lekarzy dentyków, których wyposażenie jest tradycyjnie najdroższe.

**Autor jest specjalistą chorób wewnętrznych i diagnostyki laboratoryjnej, przewodniczącym Komisji ds. Praktyk Lekarskich NRL.**



# Mój rachunek, moje ryzyko

Marek Wójtowicz

Dziś garść konkretów dla tych, którzy chcieliby zrezygnować z etatu i pójść na swoje robiąc to samo, co do tej pory, ale na własny rachunek i... własne ryzyko.

foto: Marek Stankiewicz

**N**a początek trzeba przejść na paskudny, ale niezbędny żargon prawniczy i myśleć jak „przyjmujący zamówienie” albo „podmiot”, a nie jak lekarz. Ramy prawne tej „transformacji” określają: art. 35 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408) oraz rozporządzenie MZiOŚ z 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. nr 93, poz. 592).

Na podstawie tych przepisów każdy SPZOZ może udzielić zamówienia na świadczenia zdrowotne i pozyskiwać całość lub część usług zdrowotnych polecając ich wykonanie innemu podmiotowi: dla NZOZ, osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej (pielęgniarek, położnych) lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, która dysponuje lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełnia warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.

Ten rodzaj pozyskiwania usług z zewnątrz nazywamy w żargonie menedżerskim outsourcingiem usług zdrowotnych (OUZ).

Mogą to być kontrakty lekarskie i pielęgniarskie, usługi diagnostyki RTG, EEG, analityki, endoskopii wykonywane przez pojedyncze osoby lub NZOZ-y diagnostyczne, usługi patomorfologiczno-prosektoryjne oraz wiele innych, które są kompletnym świadczeniem zdrowotnym lub jego mniejszą, ale też „zdrowotną” częścią.

W procedurze OUZ nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych. Ale każda usługa spoza kategorii „świadczenie zdrowotne” podlega ustawie o zamówieniach publicznych.

Cztery lata temu miałem trudności z określeniem, czy usługi transportu sanitarnego są świadczeniem zdrowotnym czy też jest to usługa niemedykalna podlegająca tak jak usługi remontowe lub

szklenie okien ustawie o zamówieniach publicznych. Większość usług transportu sanitarnego to wyjazdy karetek reanimacyjnych i wypadkowych, transport chorego ze szpitala do szpitala itp., ale w części są to także transporty zaopatrzenia (leki, druki, materiały medyczne) lub transporty zdrowego/wyleczonego podopiecznego, np. ze szpitala do domu. Podobne trudności sprawi określenie „zdrowotnego” charakteru funkcji zarządzania przez ordynatora oddziałem szpitalnym. W takich rzadkich sytuacjach należy zasięgnąć opinii specjalisty od zamówień publicznych i ustalić, czy to, co chcemy świadczyć w ramach OUZ, podpada pod art. 35 ustawy o ZOZ czy pod ustawę o zamówieniach publicznych.

Tryb przeprowadzania konkursu i składniki przyszłej umowy dość dokładnie opisuje wspomniane na wstępie rozporządzenie w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne. Na podstawie własnego doświadczenia wiem, że cała procedura od pomysłu do zawarcia umowy sprawnie przeprowadzona trwać może ok. 35 dni.

Proces dochodzenia do wniosku, że zamiast być etatowym lekarzem, możemy stać się „podmiotem przyjmującym zamówienie” na dany rodzaj świadczenia zdrowotnego rozpoczynaemy od określenia: jakie usługi, gdzie, z kim, w jakim okresie czasu, w jakiej liczbie chcemy i możemy sprzedać SPZOZ-owi, jaką chcemy za nie zapłatę, jakie warunki musimy spełnić, żeby to nas wybrano, a nie konkurenta, jakie koszty poniesiemy na starcie, a jakie później w trakcie wykonywania zamówienia. Ważne jest porównanie korzyści i strat przy byciu „etatowcem” i byciu „kontraktowcem”.

W tzw. kontraktach lekarskich szczególnie w oddziale szpitalnym nie da się sporządzić dokładnej listy wszystkich czynności jakie „udzielający zamówienie” będzie musiał wykonać, z kim i czym to robi. Zamiast wymyślać nowe zasady, „pożyczamy” sobie warunki wykonywania usług wymyślone dla świadczeniodawców przez NFZ.

Istotne jest ustalenie czasu zawarcia umowy, ponieważ z tego wyniknie licz-

ba sprzedanych świadczeń. To może być rok lub dłużej, a najlepszym wyjściem jest zapis „pożyczony” z ww. rozporządzenia, tj. chcemy zawrzeć umowę „na okres świadczenia usług przez udzielającego zamówienie”.

Przy zakupie „godzin” świadczenia usług lekarskich lub pielęgniarskich należy obliczyć dokładnie liczbę godzin w dni robocze i świąteczne, ponieważ stawka w dni robocze będzie mniejsza, a np. w roku przestępnym, w lutym będzie więcej godzin do sprzedaży.

Czasem uzgadnia się jednakową, zryczałtowaną stawkę bez względu na to czy usługa świadczona jest w dzień roboczy, czy np. w niedzielę (np. w warszawskim pogotowiu ratunkowym), a proporcje „roboczo-świąteczne” ustala się w grafiku uzgodnionym przez wszystkich „kontraktowców”.

W poradniach specjalistycznych najlepszym rozwiązaniem wydaje się zakupienie nie godzin świadczenia usług, a konkretnej liczby wykonanych porad z ustaloną zapłatą za jednostkową poradę.

Sprzedaż usług diagnostycznych nie sprawi takich problemów. Dość łatwo da się wyspecyfikować konkretne rodzaje badań diagnostycznych (np. morfologie, endoskopia, zdjęcia RTG) i średnią miesięczną lub roczną ich liczbę do wykonania.

Dobrze jest znać średnią liczbę badań przeznaczonych do sprzedaży na podstawie co najmniej trzech poprzednich lat. Szybki postęp technologiczny powoduje, że w niektórych kategoriach badań daje się zauważyć wyraźne trendy spadkowe lub wzrostowe, które w ciągu roku dają znaczne, kilku- lub kilkunastoprocentowe różnice w stosunku do tzw. analogicznego okresu roku ubiegłego.

Warunki udzielania usług „ścągamy” z materiałów konkursowych NFZ.

Jak już opracujemy i przelejemy na papier koncepcję naszego indywidualnego lub NZOZ-owskiego „kontraktu”, idziemy z tym do dyrekcji SPZOZ i próbujemy wzbudzić w niej zapal równy naszemu, a może coś z tego wyjdzie.

marekwoj@poczta.wp.pl

# Ogólnopolski konkurs „Lekarzu, rzuć palenie razem z nami”

REKLAMA

Konkurs „Lekarzu, rzuć palenie razem z nami” organizuje Naczelna Izba Lekarska wraz z Fundacją „Promocja Zdrowia” i jest on adresowany do lekarzy deklarujących chęć zaprzestania palenia papierosów. „Lekarzu, rzuć palenie razem z nami” – to konkurs, którego celem jest przekonanie jak największej rzeszy lekarzy palących tytoń, że zaprzestanie palenia jest możliwe i umotywowanie ich do podjęcia decyzji o porzuceniu nałogu. Opublikowany kupon konkursowy jest deklaracją o zerwaniu z nałogiem tytoniowym. Kupony są publikowane w „Gazecie Lekarskiej”. Konkurs odbywa się równolegle z otwartym konkursem Fundacji „Promocja Zdrowia” dla wszystkich osób. Spośród nadesłanych deklaracji, drogą losowania w obecności jury, wyłonimy laureatów konkursu. Główną nagrodą jest wycieczka dla jednej osoby do Rzymu. Wszyscy, którzy naprawdę przestali palić, wygrywają nagrodę główną – własne zdrowie.

## Regulamin konkursu

1. Za zgłoszenie uczestnictwa w konkursie przyjmuje się własnoręcznie wypełniony kupon zamieszczony w „Gazecie Lekarskiej”.
2. Konkurs związany z akcją „Lekarzu, rzuć palenie razem z nami” kończy się 30 stycznia 2005 – ostatni dzień przyjmowania kuponów.
3. Losowanie nagród odbywa się w obecności powołanego jury.
4. W losowaniu biorą udział kupony – zgłoszenia, zgodnie z zasadą podaną w pkt nr 1.
5. Laureatów nagród wyłania się poprzez losowanie, zaczynając losowanie od nagród głównych (wg kolejności listy nagród): wylosowane osoby wpisuje się kolejno na listę.
6. Każdorazowo podaje się pulę nagród, w tym nagrody główne.
7. Osoby, które wylosowały nagrody główne, zostaną poddane sprawdzeniu wiarygodności złożonego oświadczenia (badanie lekarskie, wywiad środowiskowy).
8. Kupony konkursowe zamieszczane są w „Gazecie Lekarskiej”.
9. Nagrodę może otrzymać wylosowana osoba, jeżeli:
  - zerwała z nałogiem palenia tytoniu w roku kalendarzowym odbywania się konkursu, na który zostało przesłane zgłoszenie,
  - prawdziwość jej deklaracji potwierdzi protokół sprawdzenia.
10. W przypadku, gdy wylosowana osoba nie spełnia warunków konkursu, nie jest umieszczana na liście laureatów, na jej miejsce przechodzi następna osoba z listy wylosowanych.
11. W konkursie nie mogą brać udziału pracownicy Fundacji „Promocja Zdrowia” oraz Zakładu Epidemiologii Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie ani członkowie ich rodzin.
12. Nie stosuje się zamienników pieniężnych za zdobyte nagrody. Nie można przekazać zdobytej nagrody na inne osoby (dotyczy nagrody głównej).
13. Z przebiegu losowania laureatów jury spisuje protokół zawierający listę wylosowanych osób. Nie przewiduje się odwołań od decyzji jury.
14. Laureaci zostaną powiadomieni pisemnie o zdobytych nagrodach.
15. Ewentualne nagrody rzeczowe zostaną wysłane pocztą.

Wypełnione kupony należy wysłać na adres: Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, koniecznie z dopiskiem na kopercie „Lekarzu, rzuć palenie razem z nami”. Termin przyjmowania zgłoszeń mija 31.01.2005 r.

## KUPON KONKURSOWY

Naczelna Izba Lekarska wraz z Fundacją „Promocja Zdrowia” organizują w ramach akcji „Rzuć palenie razem z nami” konkurs dla lekarzy chcących zerwać z nałogiem palenia tytoniu. Jeżeli przesta(a) Pan/Pani palić tytoń w ciągu bieżącego roku, to prosimy przesłać do nas wypełnioną kartę. Do wygrania zdrowie oraz nagroda główna – wycieczka do Rzymu. Prosimy o wpisanie poniżej swoich danych. Wyniki konkursu podamy do wiadomości publicznej, a zwycięzców powiadomimy listownie.

Adres: Naczelna Izba Lekarska, 00-764 Warszawa, ul. Sobieskiego 110.  
Dopisek: „Lekarzu, rzuć palenie razem z nami”.

Przestałem(am) palić tytoń w dniu:.....

Kod pocztowy:..... Miejscowość:.....

Imię i nazwisko:..... Płeć: (M) (K)

Data urodzenia:..... Województwo:.....

Adres:..... tel.:.....

Miejsce pracy:..... Specjalizacja:.....

Czy rzucając palenie stosowałeś(aś) środki farmaceutyczne? (TAK) (NIE)

Podanie danych osobowych jest warunkiem uczestnictwa w konkursie. Dane zostaną wykorzystane wyłącznie do publikacji imienia i nazwiska uczestnika wraz z nazwą miejscowości w przypadku wygranej i do przekazania nagrody.

REKLAMA





# W Europie i w Polsce

Andrzej Fortuna

W systemach zaopatrzenia i finansowania świadczeń stomatologicznych w krajach europejskich można zasadniczo wyróżnić dwie grupy.

**P**ierwsza to system z socjalnym ubezpieczeniem chorobowym, które finansowane jest ze składek w zależności od wysokości zarobków ubezpieczonych, m.in. w Niemczech, Francji, Belgii, Luksemburgu, Holandii, Austrii (Tabela 1). W tych krajach zaopatrzenie stomatologiczne świadczone jest w przeważającej części przez prywatnych lekarzy dentystów.

Druga grupa to systemy z narodowymi służbami zdrowotnymi, które finansowane są z podatków przez powołane przez państwo do tego celu instytucje. Systemy te funkcjonują w Zjednoczonym Królestwie, Irlandii, w krajach skandynawskich i południowoeuropejskich.

Tutaj zaopatrzenie stomatologiczne odbywa się poprzez państwowe i samorządowe jednostki i dopuszczone praktyki lekarzy dentystów.

Czysto państwowe systemy opieki, gdzie jest finansowanie z budżetu państwa, a realizacja w jednostkach państwowych – charakterystyczne dla obszaru państw socjalistycznych Europy Środkowej i Wschodniej – należą już właściwie do przeszłości.

W zasadzie w Europie jest tylko jedno państwo, gdzie leczenie stomatologiczne opłacane jest prawie wyłącznie przez pacjenta z pewnymi ograniczeniami wprowadzonymi od stycznia 1996 r. Tym państwem jest Szwajcaria. Tutaj

również leczenie odbywa się w prywatnych gabinetach lekarzy dentystów.

Najczęściej występują w Europie systemy mieszane finansowane z podatków (budżetu) i składek ubezpieczeniowych; równocześnie istnieją dodatkowe ubezpieczenia równoległe z państwowymi lub składkowymi ubezpieczeniami.

W większości systemów zabiegi stomatologiczne są płacone jako zabiegi pojedyncze, tylko w Wielkiej Brytanii i z ograniczeniem do świadczeń profilaktycznych i badań kontrolnych w Holandii mamy zapłatę na głowę (*per capita*).

Lekarze dentyści zatrudnieni w państwowych lub samorządowych służbach zdrowia otrzymują stałe wynagrodzenie.

**Stosowana jest zasada zwrotu kosztów lub poprzez świadczenia rzeczowe.**

**Zwrot kosztów** znaczy, że lekarz dentysta wystawia pacjentowi rachunek. Pacjent dostarcza rachunek do swojej instytucji ubezpieczeniowej, która zwraca mu część kosztów jaka przysługuje mu z racji ubezpieczenia.

**Świadczenia rzeczowe** udzielane są wg zasady, że pacjent uzyskuje od lekarza dentysty bezpłatne zabiegi (porady). Lekarz dentysta rozlicza się z instytucją ubezpieczeniową za wykonane zabiegi wg stawek ustalonych w negocjacjach pomiędzy przedstawicielami lekarzy dentystów a instytucjami ubezpieczeniowymi.

**Zakres świadczeń, które są solidarnościowo finansowane jest w każdym kraju inny.**

W tych zakresach nastąpiły w wielu krajach europejskich znaczne ograniczenia i zmiany w ostatnich kilku latach.

Zwiększa się udział własne pacjentów lub wykreśla pewne świadczenia z solidarnie finansowanych systemów, np. leczenie protetyczne. Sprawia to, że coraz mniej świadczeń finansowanych jest przez państwo lub

systemy solidarnie finansowanej opieki zdrowotnej, a coraz więcej ze środków własnych pacjentów lub przez dodatkowe ubezpieczenia prywatne.

Porównawcze badania systemów liberalnych i socjalnych wskazują na wyższość tych pierwszych pod względem wartości świadczeń stomatologicznych na głowę mieszkańca wg współczynnika siły nabywczej, liczby zatrudnionych lekarzy dentystów, a także w procentowym udziale świadczeń stomatologicznych w ogólnych wydatkach służby zdrowia oraz procentowym udziale świadczeń stomatologicznych w produkcji krajowym brutto.

**Generalnie udział PKB, który jest przeznaczony na opiekę zdrowotną w krajach UE wynosi pomiędzy 10,7 % w Niemczech i 6,3 % w Irlandii. Dla stomatologii jest do dyspozycji z reguły od 0,4 % do 0,8 % PKB.**

W Polsce nie liczy się wydatków na stomatologię w odniesieniu do PKB.

Podstawowe zasady finansowania systemu powinny być zgodne z treścią Światowej Deklaracji Zdrowia, gdzie zapisano: „(...) Jakikolwiek system ma zastosowanie, rządy muszą zapewnić powszechne zaopatrzenie i dostęp do opieki zdrowotnej. Nie ma miejsca dla nieograniczonej działalności rynkowej w finansowaniu i zaopatrzeniu dóbr społecznych w zakresie opieki zdrowotnej”.

**Aby spełnić te warunki i zobowiązania państwo powinno tworzyć ramy prawne i kontrolować jak są wypełniane. Państwo powinno przy tym pamiętać, że tworzenie dobrego prawa pozwala uniknąć błędów i sporów. Świadczeniodawcy muszą mieć możliwość reprezentacji. Powinna być zapewniona równowaga stron.**

Każde państwo w ramach polityki zdrowotnej tworzy własną strategię podporządkowaną celom zdrowia jamy ustnej określonym przez WHO dla regionu europejskiego.

**Główne kierunki strategiczne, to:**

- wykorzystanie w celu zapobiegania i wczesnego leczenia metod naukowo

fol. Marek Stankiewicz

Tabela 1

| KLASYFIKACJA SYSTEMÓW STOMATOLOGICZNEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ ICH GŁÓWNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TYP SYSTEMU OPIEKI<br>STOMATOLOGICZNEJ                                                                                                                                                                                                                                           | GŁÓWNE ŹRÓDŁA<br>FINANSOWANIA                                                                                                                                  | KRAJE                                                                                                                                    |
| Organizowany przez rząd system ubezpieczenia społecznego lub służby zdrowia                                                                                                                                                                                                      | Główne i specyficzne podatki pobierane przez centralny lub regionalny rząd                                                                                     | Dania<br>Finlandia<br>Islandia<br>Szwajcaria<br>Wielka Brytania                                                                          |
| Regulowany przez rząd (obowiązkowe) ubezpieczenie społeczne, z możliwością dobrowolnego ubezpieczenia prywatnego.<br>Zabiegi nie prywatne i finansowane przez rząd pozostają dla pozostałych grup, które nie są w stanie poradzić sobie na opiekę ze strony prywatnych praktyków | Wkład pracodawcy i pracownika, zwykle jako ustalony procent, całkowitego dochodu, składki są gromadzone i dysponowane przez niezależne ciała (związki chorych) | Austria<br>Belgia<br>Francja<br>Niemcy<br>Luksemburg<br>Holandia<br>Szwajcaria<br>Wielka Brytania<br>Norwegia<br>Portugalia<br>Hiszpania |
| Systemy zawierające kilka kluczowych elementów opieki nie jednego z typów systemu powyżej                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                | Grecja<br>Irlandia                                                                                                                       |

- odpowiednie wykorzystanie personelu oraz prostych technologii w zapobieganiu i leczeniu stomatologicznym,
- wprowadzenie systemu finansowania świadczonej opieki stomatologicznej zachęcającego do podnoszenia poziomu jakości świadczeń i ułatwiającego podejmowanie decyzji korzystnych z punktu widzenia zachowania zdrowia oraz stosowanie metod skutecznych i ekonomicznie uzasadnionych.

## Kryteria katalogu świadczeń

Konieczne jest ustalenie odpowiednich struktur i katalogów świadczeń stomatologicznych niezbędnych, aby umożliwić pojedynczym obywatelom i grupom obywateli świadome i odpowiedzialne działania na rzecz utrzymania stanu zdrowia jamy ustnej.

**Poczucie własnej odpowiedzialności ubezpieczonego musi mieć pierwszeństwo przed solidarnością, a to oznacza, że ubezpieczeni mogą zgodzić się na to, iż w zakresie podstawowym (wg definicji Światowej Deklaracji Zdrowia) nie powinny znaleźć się świadczenia związane z zachorowaniem, którego ryzyko wystąpienia można przewidzieć i uniknąć przez własne działania i właściwe korzystanie z systemu (zapobieganie chorobie i jej następstwom).**

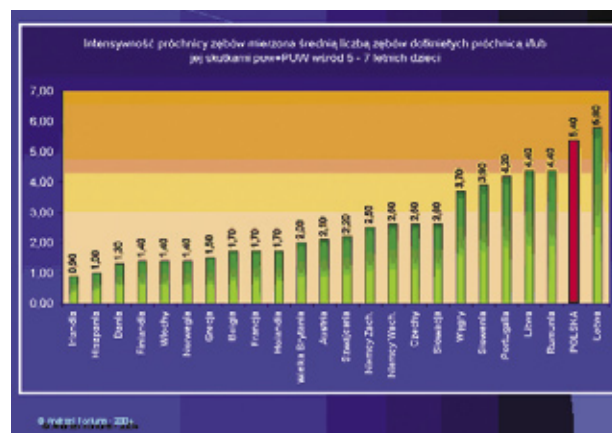
Aby ustalić zakres świadczeń podstawowych, finansowanych w pełni ze środków publicznych (tzw. koszyka), należy wziąć pod uwagę następujące czynniki: 1) rzeczywiste potrzeby zdrowotne (sytuacja epidemiologiczna), 2) możliwości finansowania, 3) określone cele zdrowotne – strategia zdrowotna państwa.

**W opiece stomatologicznej finansowanej solidarnie w krajach europejskich stosowane są następujące priorytety:**

Przyczyną takich działań jest ograniczenie zasobów finansowych przeznaczonych na opiekę stomatologiczną i ich niewspółmierność w stosunku do realnych kosztów świadczeń stomatologicznych.

**Stomatologia jest tą dziedziną, w której możliwe jest dokonanie dokładnego zróżnicowania pomiędzy finansowaną solidarnie opieką podstawową, tj. solidarnie finansowaną ze środków publicznych, i dodatkową, finansowaną poprzez ubezpieczenia dodatkowe lub bezpośrednio w umowie między pacjentem a lekarzem dentystą. Zakres świadczeń wchodzących w skład finansowanej solidarnie opieki podstawowej może być różnie zdefiniowany w poszczególnych krajach, w zależności od ich zasobności. Nie musi być też ustalony raz na zawsze. W miarę powiększających się środków zakres świadczeń może ulec zwiększeniu.**

- zapobieganie (programy profilaktyczne) dla dzieci i młodzieży, jako wkład w wychowanie i kształtowanie odpowiedzialności za własne zdrowie, z założeniem, że dzięki tym programom leczenie choroby próchnicowej zębów u dzieci będzie w przyszłości zbyteczne lub w dużym stopniu ograniczone, co spowoduje znaczne oszczędności w opiece stomatologicznej,
- leczenie bólu (pomoc doraźna),
- leczenie dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia,
- leczenie uszkodzeń narządu żucia (układu stomatognatycznego), które są skutkiem nowotworów, urazów, wad wrodzonych i nabytych u dzieci lub ciężkiej choroby systemowej.



**Tabela 3**

- diagnostyka ryzyka z konsultacją lekarza stomatologa.

## Jak jest w Polsce?

**Nie ma polityki zdrowotnej w zakresie stomatologii.**

**Nie ma opisanej strategii, ani rozwiązań systemowych.**

Nie ma partnera do takich prac po stronie rządu, parlamentu i dysponenta powierzonych środków publicznych.

## Finansowanie na nie spotykanym w Europie niskim poziomie.

Skutkiem tego nie ma możliwości, aby przy obecnym poziomie finansowania dzieci i młodzież mogły osiągnąć, ustalone przez WHO dla regionu europejskiego na rok 2000, cele zdrowia jamy ustnej nawet w roku 2010.

Głównym problemem zdrowotnym w obszarze zdrowia jamy ustnej w Polsce jest choroba próchnicowa zębów.

Badania prowadzone w różnych regionach kraju, a także w Europie w odniesieniu do niektórych grup dzieci i młodzieży wykazują, że choroba ta występuje u ok. 92% populacji polskich 12-latków, a jej intensywność liczona wskaźnikiem PUW wynosiła w naszym kraju w roku 2000 średnio 4,4; tzn., że u 12-latka 4,4 zębów dotkniętych zostało tą chorobą, na dodek struktura tej liczby

ciąg dalszy na str. 24

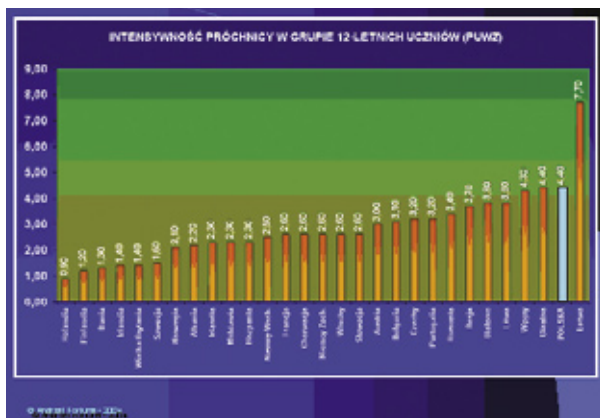
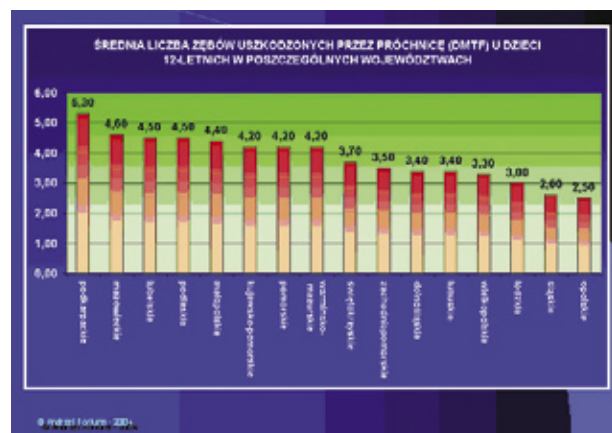


Tabela 2



**Tabela 4**



• **Międzynarodowa nazwa leku na polskich receptach?** Okręgowa Izba Aptekarska w Katowicach oraz Izba Gospodarcza „Apteka Polska” zaapelowały do ministra zdrowia, aby lekarze wypisywali na receptach międzynarodowe nazwy leków (zamiast handlowych).

• **Cena krwi.** Produkty uzyskane z litra osocza kosztują budżet państwa ponad 200 USD, podczas gdy ich wartość rynkowa wynosi poniżej... 100 USD. NIK od dwóch lat postuluje powołanie Krajowej Rady ds. Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

• **Uratowana po 4 dniach reanimacji.** W Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie-Prokocimiu po czterech dniach reanimacji z użyciem płuco-serca udało się uratować życie zatrutej lekami nastolatki.

• **„Tajny nabór na medycynę”.** Podczas wakacji rektor lubelskiej AM wspólnie z komisją rekrutacyjną obniżyli próg punktów przyjęć na wieczorową medycynę. Dzięki temu na końcu listy przyjętych znalazło się... troje dzieci profesorów uczelni - pisze „Gazeta Wyborcza”.

• **Praca za pół darmo.** Nowy dyrektor szpitala w Krośnie wypłacił pracownikom tylko połowę pensji za sierpień i zaproponował 10 proc. redukcję czasu pracy i 10 % obniżkę wynagrodzeń.

• **Skandal w Śląskiej AM.** Dyrektor ŚLAM założył fundację i zbierał pieniądze na pensjonat dla starszych ludzi. Następnie wyremontował za pieniądze fundacji uroczyste zameczek w Jastrzębiu, kupiony wcześniej przez... siebie za prywatne pieniądze - doniosła „Gazeta Wyborcza”.

• **Łapiński wraca na scenę.** Były minister zdrowia Mariusz Łapiński oraz szef Krajowej Partii Emerytów i Rencistów Tomasz Mamiński chcą założyć... Porozumienie Społeczne.

• **Równia pochyła.** Pogłębia się korupcja i rośnie liczba skarg kierowanych do sądów lekarskich - mówili w Zielonej Górze uczestnicy konferencji „Zdrowie społeczeństwa polskiego i problemy ochrony zdrowia w poakcesyjnej Polsce”.

• **Łapówki opłacają się podwójnie.** Zwolnionego z pracy za przyjmowanie łapówek lekarza neurologa sąd w Bolesławcu nakazał... przywrócić do pracy i wypłacić mu przez szpital 20 tys. zł odszkodowania.

• **Domowy gabinet lekarski.** Grupa nastolatków z Bierzwnika zajmowała się drukowaniem na domowym sprzęcie komputerowym fałszywych pieniędzy, recept i zwolnień lekarskich.

• **Jak księgowe szpital okradły.** Poznański szpital przy ul. Mogileńskiej obcinał racje żywnościowe pacjentom. Tymczasem księgowe i kasjerki przyznawały so-

dokończenie na str. 26

## W Europie i w Polsce

ciąg dalszy ze str. 23

by jest niekorzystna, ponieważ 1,4 zęba to zęby bezpowrotnie utracone z powodu tej choroby (Tabela 2).

Intensywność choroby próchnicowej zębów mierzona średnią liczbą zębów dotkniętych próchnicą i/lub jej skutkami - puw +PUW - wśród dzieci 5-7-letnich, z liczbą 5,40, plasuje Polskę na przedostatnim miejscu wśród 24 krajów europejskich (Tabela 3)!

W grupie 12-letnich uczniów intensywność próchnicy mierzona liczbą PUW wynosi w naszym kraju 4,40 i podobnie jak u dzieci 5 - 7-letnich jesteśmy na 23 miejscu wśród 24 krajów europejskich (Tabela 2).

W poszczególnych województwach liczba ta wynosi od 5,30 (podkarpacie) do 2,50 (opolskie), Tabela 4.

Odsetek objętych programem nadzorowanego „fluorowania kontaktowego” wynosił w roku 2000 tylko 37,50% dzieci 12-letnich! Niski jest wskaźnik leczenia zachowawczego próchnicy u dzieci 12-letnich - wynosi 0,57.

Wg badań F. Szatko w przedziale wieku 35 do 44 lat liczba PUW (suma zębów z próchnicą, usuniętych i wypełnionych) wynosi 19,29, przy czym na jedną osobę w tym przedziale wieku przypada 10,94 zębów usuniętych!

Podobnie w przedziale wieku 65 do 74 lata przy wskaźniku PUW wynoszącym 28,61 liczba zębów utraconych wynosi średnio u jednej osoby 27,11 przy zachowanych 4,89 zębów. Odsetek osób bezzębnych w tym przedziale wieku wynosi 40,72 %! (wg Szatko).

**Taki stan zdrowia jamy ustnej i zębów (który nie powstał tylko w okresie 4 lat funkcjonowania niedofinansowanego systemu opieki stomatologicznej w ramach kas chorych i NFZ) jest skutkiem braku poważnego potraktowania i realizowania programów profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia lub ich braku, ograniczonej, limitowanej finansowo dostępności do wczesnego leczenia zapobiegawczego dzieci i młodzieży. Następstwem tego jest konieczność prowadzenia przez całe dorosłe życie, drogiego leczenia naprawczego**

(drogie wielopowierzchniowe wypełnienia), korygującego (leczenie ortodontyczne) i rehabilitacyjnego (leczenie protetyczne).

Należy zwrócić uwagę, że w polskim systemie opieki stomatologicznej, także w przeszłości (co pokazuje stan zdrowia populacji dorosłej i wiedza na temat stanu zdrowia jamy ustnej, metod profilaktycznych itd. (badania prof. Jańczuka, F. Szatko, MZ i innych), która miała zapisany w prawie nieograniczony dostęp do opieki stomatologicznej na trzech poziomach referencyjnych (!), była ograniczona.

Stomatologiczne programy profilaktyczne w skali kraju nie były realizowane rzetelnie lub wcale, a opieka nad dziećmi ograniczona - szczególnie na wsi. W działalności leczniczej nie zwracano - szczególnie z powodu ograniczonej dostępności - uwagi na konieczność leczenia zębów mlecznych.

**Ograniczone środki finansowe systemu oraz rzeczywiste, rozpoznane potrzeby zdrowotne powinny zdecydować o zgodzie na opłacanie jedynie świadczeń, które są absolutnie konieczne dla przywrócenia zdrowia i zapobiegania zachorowaniom.**

**Wszystkie inne zabiegi wykraczające poza ten zakres powinny być płacone przez ubezpieczenia dodatkowe lub bezpośrednio przez pacjenta.**

W stomatologii są szczególnie potrzebne systemy finansowania, które wesprą nowoczesną terapię zorientowaną na profilaktykę i pierwszeństwo własnej odpowiedzialności za własne zdrowie.

W stomatologii - jak w żadnej innej dziedzinie medycyny - można dobrze odróżnić obrazy chorób możliwych i niemożliwych do uniknięcia.

Na podstawie obiektywnych kryteriów epidemiologicznych i możliwości finansowych powinny zostać określone odpowiednie struktury i katalogi świadczeń stomatologicznych niezbędne, aby umożliwić pojedynczym obywatelom i

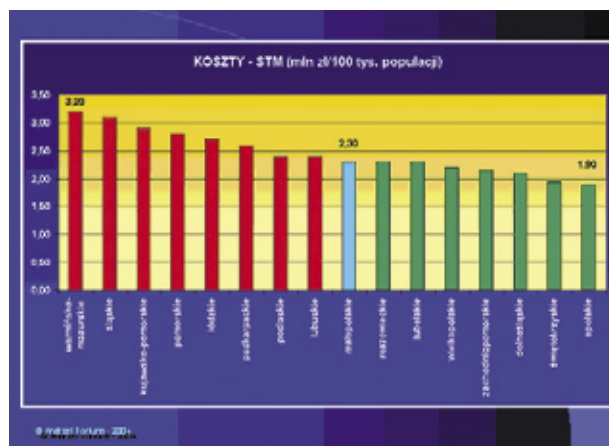




Tabela 6

| SYSTEM OPIEKI STOMATOLOGICZNEJ W POLSCE                   |                                                               |                                                               |                                                               |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Prostota: system<br>podstawowy                            | Skomplikowany: system<br>dodatkowy (programy)                 | Skomplikowany: system<br>dodatkowy (programy)                 | Skomplikowany: system<br>dodatkowy (programy)                 |
| Opieka NFZ:<br>Opieka stomatologiczna<br>podstawowa (NFZ) | Opieka NFZ:<br>Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (programy) | Opieka NFZ:<br>Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (programy) | Opieka NFZ:<br>Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (programy) |
| Program: profilaktyka<br>stomatologiczna                  | Program: profilaktyka<br>stomatologiczna                      | Program: profilaktyka<br>stomatologiczna                      | Program: profilaktyka<br>stomatologiczna                      |
| Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                 | Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                     | Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                     | Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                     |
| Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                 | Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                     | Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                     | Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                     |
| LEKARZ STOMATOLOG                                         |                                                               |                                                               |                                                               |
| Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                 | Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                     | Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                     | Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                     |
| Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                 | Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                     | Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                     | Opieka stomatologiczna<br>dodatkowa (NFZ)                     |

grupom obywateli świadome i odpowiedzialne działania na rzecz utrzymania stanu zdrowia jamy ustnej.

System musi jednak stwarzać takie warunki dostępności do świadczeń i wczesnego leczenia zapobiegawczego, żeby ubezpieczony mógł być taką odpowiedzialnością obciążony!

### Finansowanie opieki stomatologicznej w NFZ

Na jednego ubezpieczonego w Polsce przypada kwota ok. 24,50 zł na rok, tj. ok. 5 euro na rok, co znaczy, że na jednego ubezpieczonego przypada miesięcznie ok. 2 zł, tj. 0,40 euro.

Kwoty podane w mln zł/100 tys. populacji się nierównomiernie na poszczególne oddziały NFZ (Tabela 5).

Przy takich nakładach nie można zapewnić ubezpieczonym ani powszechnej dostępności, ani możliwości osiągnięcia celów zdrowia przez polskie dzieci i młodzież, nawet wtedy, kiedy politycy zapiszą w ustawie o NFZ wszelkie uprawnienia. Zapisy te mają tylko charakter deklaracji, mają uspokoić sumienia i stworzyć nieprawdziwą wizję możliwości i uprawnień.

Nie ma możliwości, by w polskim systemie solidarnie finansowanej opieki stomatologicznej można sobie pozwolić na finansowanie opieki stomatologicznej w pełnym zakresie, dlatego jest konieczne ustalanie priorytetów w jej zapewnianiu.

W Polsce mamy system socjalno-liberalny i tak było przez cały okres PRL-u (Tabela 6).

Mimo deklarowanego pełnego zakresu świadczeń, nigdy nie było możliwe realizowanie należnych świadczeń. Ograniczona była dostępność, szczególnie na wsi, gdzie jeszcze w 1997 r. wg danych Ministerstwa Zdrowia brakowało lekarza dentysty w 772 ośrodkach zdrowia. Nigdy, jak wspominałem wcześniej, nie realizowano w sposób rzetelny programów profilaktycznych, mimo że były doskonale i zgod-

nie z zasadami najnowszej wiedzy i praktyki opracowane.

Leczenie protetyczne ograniczono do protez akrylowych osiadających. Inne świadczenia protetyczne nie były powszechnie dostępne. Leczenie takie prowadzone było jedynie w uczelniach kształcących lekarzy dentystów ze względu na potrzeby wynikające z programów

kształcenia i w wojewódzkich przychodniach stomatologicznych, które prowadziły kształcenie specjalizacyjne lekarzy dentystów.

Sposób dostępności do tych świadczeń nie był opisany. Decydowały potrzeby związane z programem kształcenia lub decyzją prowadzącego, zwykle dyrektora takiej przychodni.

W całym okresie PRL-u właśnie dlatego funkcjonowała prywatna praktyka lekarzy dentystów.

Po wprowadzeniu kas chorych zakres świadczeń został ograniczony do poziomu niezbędnego, lecz dostępność do świadczeń została ograniczona poprzez podwójne limitowanie obejmujące kwotę kontraktu i zbyt dużą liczbę ludności przypadającą na jeden kontrakt.

### Propozycja dla polskiego systemu opieki stomatologicznej finansowanej solidarnie

Aby ustalić zakres świadczeń gwarantowanych przez system finansowany solidarnie, a więc w pełni ze środków obowiązkowej składki ubezpieczonych (tzw. koszyk świadczeń), należy wziąć pod uwagę następujące czynniki:

- rzeczywiste potrzeby zdrowotne (sytuacja epidemiologiczna),
- możliwości finansowe systemu,
- określone cele zdrowotne.

By realizować cele określone na miarę możliwości finansowych i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, należy ustalić następujące priorytety obowiązujące w systemie:

1) Zapobieganie (programy profilaktyczne) dla dzieci i młodzieży, w tym diagnostyka ryzyka z konsultacją lekarza dentysty jako wkład w wychowanie i kształtowanie odpowiedzialności za własne zdrowie, z założeniem, że dzięki tym programom leczenie choroby próchnicowej zębów i jej skutków u dzieci będzie w przyszłości zbyteczne lub w dużym stopniu ograniczone, co spowoduje znaczne oszczędności w

dokończenie na str. 26

REKLAMA

REKLAMA

dokończenie ze str. 24

bie premie po 20 tys. zł i w ciągu 2 lat mogły przelać na swoje konta nawet... 2 mln zł. • **Sojusz z przestępcami.** Ordynator łódzkiego szpitala dla nerwowo i psychicznie chorych pomagała gangsterom w uniknięciu kary. Lekarce grozi teraz kara do 10 lat więzienia. • **Oszust i złodziej z lekarskim dyplomem.** 49-letni lekarz z Częstochowy wyłudzał pieniądze z kasy chorych za rzekome porady oraz pobierał opłaty od pacjentów za refundowane zabiegi. Wcześniej został przyłapany w sklepie na kradzieży artykułów odzieżowych i przemysłowych. • **Na gazie do chorego.** Lekarz warszawskiego pogotowia ratunkowego przy ul. Hożej miał ponad 2 promile alkoholu we krwi. • **Podwójne opłaty.** Policjanci zatrzymali krakowskiego ginekologa, który podczas dyżurów w szpitalu przyjmował prywatnie pacjentki i pobierał od nich opłaty za refundowane zabiegi medyczne. Tymczasem w Warszawie 35-letni ginekolog żądał 2 tys. zł za wykonanie cięcia cesarskiego. • **Balansowanie na krawędzi.** Szpital Kliniczny ogranicza przyjęcia, a Szpital Wojewódzki wprowadza system kolejkowy. Bydgoskie placówki szukają własnych sposobów na wyjście z tragicznej sytuacji. • **Każdy szpitalny grosz na wagę złota.** „Ograniczenie wynagrodzeń dla komorników to... gigantyczna zmiana dla szpitali” – uważa zastępca dyr. ds. klinicznych Instytutu Kardiologii w Warszawie Jarosław Pinkas.

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

## W Europie i w Polsce

dokończenie ze str. 25

opiece stomatologicznej. W konsekwencji takiego działania zmniejszą się również potrzeby w zakresie leczenia skutków choroby próchnicowej u ludności dorosłej (leczenie chirurgiczne i protetyczne).

2) Leczenie dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia (z ograniczeniami w leczeniu ortodontycznym i protetycznym).

3) Leczenie kobiet w ciąży i w okresie połogu.

4) Podstawowe świadczenia dla dorosłych – leczenie bólu, pomoc doraźna oraz leczenie protetyczne protezami akrylowymi z ograniczeniem wiekowym, np. powyżej 60 roku życia.

5) Specjalistyczne leczenie schorzeń narządu żucia (układu stomatognatycznego), które są skutkiem nowotworów, urazów, wad, choroby systemowej.

**Zakres świadczeń, organizacja ich realizacji oraz wycena wartości świadczeń stomatologicznych powinny być ustalone poprzez uzgodnienia pomiędzy państwem, ubezpieczycielem (płatnikiem) i reprezentacją świadczeniodawców i uwzględniać możliwości finansowe systemu.**

Sposób finansowania i sposób zapłaty za gwarantowane świadczenia stomatologiczne musi mieć wpływ na to, aby nie było niedoboru, nadmiaru lub braku świadczeń i jednocześnie żeby zostało wzmocnione poczucie własnej odpowiedzialności obywateli przez zachowania nastawione na zapobieganie.

Finansowane solidarnie świadczenia muszą mieć określony standard jakościowy i odpowiednią cenę ustaloną wg rzeczywistej wartości świadczeń z uwzględnieniem wynagrodzenia lekarza dentysty.

Powinna zostać ustalona jednolita metodologia liczenia kosztów i ustalania ceny.

Należy zwrócić uwagę, że dzisiaj NFZ płaci za świadczenia stomatologiczne zawarte w koszyku świadczeń średnio 2,6 razy mniej niż wynika to z liczenia kosztów wg zasad określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia w

sprawie liczenia kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Ograniczone możliwości finansowe mogą skłaniać polityków do wprowadzenia zasady współpłacenia w systemie wg jednego z przyjętych w wielu krajach sposobu. Jednak przyjęty w Polsce system składkowy można uznać za system, w którym obowiązuje współpłacenie, ponieważ część składki nie jest odliczana od podatku (jest wcześniej opodatkowaną kwotą stanowiącą przymusową składkę – podatek), a cały pozostały, poza ograniczonym koszykiem, zakres świadczeń osoby ubezpieczone pokrywają z własnych środków finansowych. Można więc śmiało uznać, że co prawda pacjenci nie współpłacą przez udział w kwocie należnej za udzielone świadczenie, lecz współpłacą w systemie i poza nim.

Nie budzi wątpliwości, że w tej sytuacji i ze względu na warunki finansowe większości obywateli należy utrzymać bezpłatne świadczenia dla dzieci i młodzieży z ograniczonym koszykiem świadczeń dla dorosłych, z zastosowaniem ochrony kobiet w okresie ciąży i

**ZAKRES ŚWIADCZEŃ STOMATOLOGICZNYCH  
UBEZPIECZENIA OBYWATELSKIEGO**

|                                                                                                |                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DZIECI I MŁODZIEŻ DO 18 ROKU ŻYCIA<br>KOBIECY W OKRESIE CIĄŻY<br>(9 - 12 MIESIĘCY PO PORODZIE) | OKREŚLONY ZAKRES ŚWIADCZEŃ PODSTAWOWYCH I SPECJALISTYCZNYCH, OKREŚLONY STANDARD I MEDIOPLATNIE                                                                                              |
| DOROSŁI DO 60 ROKU ŻYCIA                                                                       | OKREŚLONY ZAKRES ŚWIADCZEŃ PODSTAWOWYCH I SPECJALISTYCZNYCH, OKREŚLONY STANDARD I MEDIOPLATNIE<br>PIERWSZA POMOC MEDIOPLATNIE, INNE STANOWIDŁY OPERATYWA WŁASNA LUB UBEZPIECZENIA DODATKOWE |
| DOROSŁI PO 60 ROKU ŻYCIA                                                                       | JAK W ŻYCIU<br>LECZENIE PROTETYCZNE PROTEZAMI O OKREŚLONYM STANOWIDŁO MEDIOPLATNIE I X NA OKREŚLONY OKRES                                                                                   |
| PROMOCJA I PROFILAKTYKA<br>INTRA-PROFESJONALNA - OGNIWA II                                     |                                                                                                                                                                                             |
| BUDŻET, KASA, INNE ŚRODKI<br>FINANSOWE                                                         |                                                                                                                                                                                             |
| ORGANIZACJE SPOŁECZNE,<br>SIŁY OBYWATELSKIE                                                    |                                                                                                                                                                                             |

Tabela 7

połogu oraz osób powyżej 60 lub 65 roku życia, a także osób dotkniętych skutkami wad wrodzonych i chorób, które mają swoje skutki w chorobach narządu żucia (Tabela 7).

Nie powinno być pytania polityczno-finansowego, jak system solidarnie finansowany ma zapewnić wszystkie świadczenia stomatologiczne. Należy odpowiedzieć na pytanie: Jaki zakres świadczeń w zakresie stomatologii finansuje system, a jaki zakres finansuje sam obywatel poprzez ubezpieczenia dodatkowe lub w bezpośredniej umowie z lekarzem dentystą.

Nowy Sącz, dnia 14 sierpnia 2004 r.

Andrzej Fortuna

Źródło tabel 2 i 3 – WHO, 4 – MZ, 5 – NFZ.

# Oświadczenie w związku z informacją prasową o nieprawidłowościach w funkcjonowaniu oddziału dializ szpitala powiatowego w Kutnie



Nagłośniony przez media przypadek nie można traktować jako odosobnionego, a tym bardziej nieodpowiedzialnego działania określonej placówki służby zdrowia. Jest on prostą konsekwencją przyjętych w Polsce założeń funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i w sposób syntetyczny ilustruje jak ten system działa.

Schemat tego działania jest następujący:

Najpierw politycy stwarzają takie warunki finansowania świadczeń zdrowotnych, które z góry zakładają, że na znaczną część potrzebnych świadczeń zabraknie pieniędzy.

Jednocześnie – ci sami politycy – głośno deklarują, że wszystkim obywatelom przysługują wszystkie potrzebne świadczenia zdrowotne – bezpłatnie i zgodnie ze standardami postępowania medycznego, a prawo to wpisują do odpowiedniej ustawy.

Następnie – ci sami politycy – nakazują podporządkowanym sobie urzędnikom NFZ, aby ci zaniżali ceny za poszczególne świadczenia zdrowotne i ustanawiali limity ilościowe świadczeń – tak, aby budżet NFZ nie został przekroczony. Ceny i limity są tak ustalone, że szpitale muszą się zadłużać, jeżeli chcą leczyć ludzi.

Jednocześnie – ci sami politycy – publicznie krytykują dyrektorów szpitali za niegospodarność i nakazują robienie wszystkiego, aby szpitale nie generowały dalszych długów. Dyrektorzy szpitali, po wykorzystaniu wszystkich „normalnych” możliwości, muszą sięgać po takie sposoby, które – tak czy inaczej – oznaczają ograniczanie świadczeń medycznych. W jednym przypadku jest to rezygnacja ze stosowania pewnych leków, w innych – wydłużanie kolejek na badania, w jeszcze innych – ograniczenie obsady lekarskiej i pielęgniarskiej na dyżurach itp. itd.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy i inne organizacje medyczne wielokrotnie wskazywały, że w polskiej służbie zdrowia skończyły się już proste rezerwy i dalsze nawoływanie do oszczędności musi oznaczać „oszczędność” na zdrowiu i życiu pacjentów. Nasze głosy traktowane jednak były przez polityków jedynie jako przejaw „nastawienia roszczeniowego”.

Dlatego trudno uznać za wiarygodne działania, jakie – w związku z opisanym przypadkiem – podjął minister zdrowia czy NFZ. Wygląda to raczej na szukanie „kozła ofiarnego” i odwracania uwagi od istoty problemu.

A istota problemu jest taka:

**System opieki zdrowotnej w Polsce jest tak zorganizowany, że z góry zakłada, iż część pacjentów nie otrzyma odpowiedniej pomocy medycznej i musi zapłacić to zdrowiem lub życiem.**

Nagłośniony właśnie przez media przypadek różni się od pozostałych tylko tym, że został nagłośniony.

*Krzysztof Bukiel*

przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL

Stargard Szczeciński, dnia 6 października 2004 r.



# Moralność i etyka

Stanisław Z. Leszczyński

Dwa czynniki tworzą prawdziwego lekarza: etyka i nauka.  
W. Szanajch

Moralność to zespół pewnych oczywistych nakazów, które mają charakter bezwzględny, kategoryczny i bezwarunkowy. Nakazy te nie są związane z nagrodą ani karą, są bez żadnego praktycznego celu (choć mogą mieć konsekwencje praktyczne), silnie wiążą człowieka moralnego. Moralność nie jest wiedzą, trudno w pełni ją wyrazić w zdaniach. Etyka zadaje pytania, np. dlaczego należy nakarmić głodnego, czy ratować tonącego. Zastanawia się nad nakazami moralności.

**W**yraża je zdaniami. Dotyczy nakazów moralnych nie w sensie, co ma być, ale co jest. Można być wysoce moralnym nie mając pojęcia o etyce. Etyka w przeciwieństwie do moralności jest wiedzą, jest częścią filozofii. Deontologia natomiast jest dla lekarza zbiorem nakazów dotyczących wykonywania zawodu, jak 10 przykazań dla wierzących w Boga. Jest Dekalogiem lekarzy.

## Normy moralne

Normy moralne są ukształtowane w człowieku przez kulturową tradycję rodzinną i społeczną, lecz wymagają stałego pogłębiania i uregulowań normatywnych i prawnych. Dlatego komisje etyki lekarskiej stale śledzą rozwój nauk biologicznych i medycznych, aby zapobiec nieetycznej ingerencji w życie człowieka od jego poczęcia aż do śmierci.

## Uzasadnienia norm moralnych w etyce

W etyce odróżnia się trzy uzasadnienia norm moralnych: utylitarystyczne, deontonomiczne i personalistyczne.

## Uzasadnienie utylitarystyczne

To jest dobre, co przynosi największą korzyść dla największej grupy spo-

łeczeństwa. Np. przetrwanie gatunku umożliwia siła biologiczna, materialna, ekonomiczna i militarna.

## Uzasadnienie deontonomiczne

W uzasadnieniu tym o obowiązujących nakazach moralnych decyduje prawo narzucone przez państwo lub inny autorytet.

## Uzasadnienie personalistyczne

Istotą uzasadnienia personalistycznych norm moralnych jest godność każdej osoby. Godność osoby jest w relacjach międzysobowych wartością ontyczną, egzystencjonalną, przynależną naturze ludzkiej. Nie tracą swej godności nawet te osoby, które ze względów zawinionych lub nie zawinionych nie zasługują na szacunek.

Karol Wojtyła odróżniał wartość osoby od wartości w osobie. Wartość osoby jest nienabywalna i nieutralna, przynależna przestępcy i świętemu, człowiekowi choremu, niepełnosprawnemu i zdrowemu, czyli jest afirmacją każdej osoby. Jest to traktowanie drugiego jako kogoś, a nie czegoś, jako bliźniego, a nie rzeczy.

Istota ludzka od początku swego istnienia jest kimś, a nie czymś. Uznanie godności osoby warunkuje równość między ludźmi.

Obowiązujące normy obyczajowe są o tyle dobre, o ile służą rozwojowi osoby i społeczności.

Rodziński i Szostek odróżniają godność osoby od godności osobowości i godności osobistej. Godność osobowościową jest związana z naszym wyglądem, zdolnościami, charakterem. Decydują o niej cechy biologiczne, psychiczne i moralne. Nie jest ona wystarczającym kryterium dobra moralnego.

## Etyka lekarza

„Kodeks Etyki Lekarskiej jest jednym z ogniw odpowiedzialności lekarza, zapewne ogniwem najważniejszym, powiązanym z odpowiedzialnością prawną, cywilną i karną” (A. Gubiński „Komentarz do Kodeksu Etyki Lekarskiej”. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 1995). Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej stwierdził, że o ile każde wykroczenie przeciwko etyce oznacza nieetyczny postępek, to niekoniecznie godzi ono silnie w podstawowe założenia systemu etycznego i nie każde naruszenie etyki pociąga za sobą odpowiedzialność zawodową.

Etyka zawodowa lekarza jest podstawą kontraktu między medycyną i społeczeństwem. W kontrakcie tym należy dobro pacjenta stawiać ponad dobro le-

REKLAMA

REKLAMA

karza i jest to podstawa zaufania społeczeństwa do pojedynczych lekarzy i całej służby zdrowia.

Podstawowym obowiązkiem lekarza jest dbanie o dobro chorego. Sprawy ekonomiczne, naciski społeczne i administracyjne nie powinny osłabiać tych podstawowych zasad. Lekarz powinien respektować prawa chorego. Należy choremu w tym pomóc, dokładnie go poinformować, w sposób uprzejmy, zrozumiały nawet dla osoby niewykształconej, tak by mógł wybrać najwłaściwsze dla siebie postępowanie lekarskie.

Decyzja chorego dotycząca wyboru postępowania jest najważniejszym jego prawem i o ile nie jest sprzeczna z zasadami etycznymi i nie związana z przesadnymi oczekiwaniami, musi być respektowana.

Lekarz należy do ścisłej elity społeczeństwa. Jest bardziej poddawany ocenie przez społeczeństwo niż przedstawiciele innych zawodów.

Powierza się lekarzowi wielką wartość – zdrowie – i oczekuje się większego zaangażowania i troski.

Z drugiej strony, „wiara w moc uzdrowicielską lekarza, słuszną czy niesłuszną idzie bardzo daleko” i nie zawsze można jej sprostać. „Ta nieodparta potrzeba bezinteresownej pomocy, której żąda od nas chory rozszerza nasze zadania lekarskie... Jeżeli chory tego chce, jeżeli to jest dla niego takie ważne, to trzeba mu to dać nie wstydząc się, że jest to afekt, a nie sama wiedza”.

Lekarz stoi obecnie przed znaczną eksplozją techniki, co przy poważnych brakach w zaopatrzeniu powoduje trudne warunki pracy. Lekarze muszą stale borykać się ze skomplikowaną sytuacją polityczną, prawną i ekonomiczną. Obowiązki pozostają jednak nie zmienione.

Niedostatki powodują wiele skarg pacjentów, które niesłusznie obarczają lekarzy. Nielubowicz zastanawiał się, dlaczego „uczucie uznania i wdzięczności chorego wobec lekarza nie rośnie, lecz w sposób przedziwny maleje: im większy postęp na świecie, im większe są możliwości wyleczenia, tym częściej słyszy się głosy chorych mających pretensję do lekarzy o niewłaściwy do nich stosunek”. Do Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej napływa dużo skarg na złe traktowanie pacjenta. Liczba skarg nie odzwierciedla jednak poziomu kontaktu lekarzy z chorymi. Bardziej wypływa z nastawienia społecznego danego kraju i od oczekiwań jego obywateli, a nie od poziomu leczenia i opieki zdrowotnej.

Dobro jest ciche, ale jedna, nawet niesłuszna skarga jest głośna i jest trakto-

wana jako zarzut przeciw wszystkim lekarzom. Są jednak skargi, które wynikają z winy lekarza, i są to zjawiska bardzo niepokojące.

### **Zjawiska niepokojące**

Wśród niepokojących zjawisk w kontakcie lekarza z chorym najczęściej występują :

- Brak wnikliwości w badaniu i korzystania z dodatkowych badań i konsultacji.
- Brak pełnej informacji dla chorego.
- Lekceważący, niegrzeczny stosunek do chorego i jego rodziny.
- Powikłania przy stosowaniu nowoczesnej techniki (braki w kwalifikacjach).
- Obniżenie progu wrażliwości lekarza.
- Niedbalstwo.
- Nierzetelnie prowadzona dokumentacja.

Błąd lekarski nie zawsze wynika z działania niezgodnego z zasadami sztuki. Wina lekarza wynikająca z kontaktu z chorym jest szerszym pojęciem i obejmuje każde niepoprawne postępowanie lekarza w stosunku do pacjenta. O winie musi rozstrzygać sąd, ale same kary stosowane przez sąd nie są w stanie wyeliminować wszystkich nieetycznych działań lekarskich.

W środowisku lekarskim, podobnie jak w każdym innym środowisku, istnieje dobro i zło, wielkość i nikczemność, lekceważenie obowiązków i bezinteresowne poświęcenie. Ogólna ocena lekarzy nie jest najgorsza: odsetek spraw kryminalnych jest znikomy (choć dla nich jest bardzo głośno).

Najczęściej niewłaściwa postawa lekarza jest na pograniczu słabości i niedbalstwa, rzadziej lekceważenia i jeszcze rzadziej nikczemności. Zwykle dotyczy to osób mało dojrzałych, bez osobowości i bez poczucia odpowiedzialności.

Omawiając ten smutny margines nie można jednak przekreślać etycznego dorobku ogromnej większości lekarzy.

Wymienione wyżej „niepokojące zjawiska” są na ogół znane i wielokrotnie omawiane. Chciałbym tu poruszyć tylko dwa rodzaje przekroczeń etycznych, które są w Polsce mniej dyskutowane niż w USA i Europie Zachodniej i ocena tych zjawisk nie jest jednoznaczna.

### **Problemy nieetycznej pracy naukowej**

Nauka ma na celu wyjaśnianie lub stwierdzanie faktów (wyników) uzyskanych na podstawie badań, przy zastosowaniu

dokończenie na str. 30

# Moralność i etyka

dokończenie ze str. 29

sowaniu sprawdzalnej metody. Metody obowiązujące w danej dziedzinie nauki, którą można powtarzać. W pracach naukowych w Polsce można zaobserwować szereg zjawisk, które wzbudzają niepokój. W wielu przypadkach stanowią one zagrożenie dla etyki lekarskiej. Naruszają normy etosu pracy naukowej.

Nie będę tu poruszał nieetycznych badań eksperymentalnych oraz plagiatów. Zajmują się tym komisje etyczne. Chciałbym natomiast skupić uwagę na trudnych do zaszeregowania nieetycznych pracach naukowych. Przy omawianiu tych problemów musimy pamiętać o przyczynach tego niepokojącego zjawiska. Lekarz nie ma odpowiednich warunków do pracy naukowej, brakuje podstaw finansowych i koniecznych instrumentów do takiej pracy. Nisko opłacany lekarz zmuszony jest do dodatkowych zajęć, co również ogranicza jego czas na pracę naukową. W wielu przypadkach motywacją do pseudonaukowej pracy nie jest poszukiwanie prawdy, lecz reagowanie na oczekiwania zwierzchników lub naciski koniunktury rynkowej, jak to zauważył prof. Jerzy Szacki, warszawski socjolog.

1. Coraz więcej jest tzw. naukowców, którzy są dopisywani jako współautorzy pracy naukowej. Są często tylko wykonawcami podrzędnych prac biurowych lub rzemieślniczych, do których nie trzeba przygotowania naukowego ani nawet medycznego, które może prowadzić sekretarka lub np. fotograf.
2. Od części lekarzy wymaga się uzyskania stopnia naukowego, aby mogli się utrzymać na danym stanowisku lub awansować. Ich prace zwy-

kle nie są ambitne, nie prowadzą do jakiegось odkrycia i przeważnie dotyczą problematyki już znanej, poszerzając jedynie szum informacyjny.

3. Następną grupą to sprytni życiowo lekarze, którzy wybierają tematy prac, na które jest w danym okresie zapotrzebowanie, moda lub popyt jak np. zainteresowanie przemysłu farmaceutycznego poszukującego potwierdzenia wartości swych produktów, czyli prace tworzące reklamę na zamówienie.

Prowadzi to do erozji etosu nauki, niebezpiecznego klimatu naukowego w danym środowisku lekarskim i nie wywołując negatywnych opinii wchodzi w obyczaj, który jest dla wielu złym przykładem. Produkcja banalnych prac dla zysku lub awansu tworzy nie tylko zagęszczenie zbędnych informacji, lecz ogranicza możliwości pracy utalentowanych naukowców, utrudniając im dostęp do instrumentów naukowych i bazy informacyjnej oraz powoduje niekorzystną opinię światową na temat poziomu naszej nauki.

## Życie prywatne lekarza

Istnieje wątpliwość jak szeroko należy pojmować treść art. 41 ustawy z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, w której jest mowa o ponoszeniu przez lekarza odpowiedzialności zawodowej za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki. Przepisy wąsko pojmowane prowadzą do wniosku, że lekarz jest odpowiedzialny za takie czyny, które są związane z działalnością lekarską i nie dotyczą życia prywatnego. Stanowisko takie uważaliśmy po dyskusjach w Kolegium NROZ za niesłuszne.

Normy etyczne odnoszą się również do życia prywatnego lekarza.

Lekarz jest zobowiązany do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność. Trudno określić, za jakie nieetyczne czyny w życiu prywatnym lekarz po-

nosi odpowiedzialność. Na pewno za takie, które są skierowane przeciw życiu i zdrowiu człowieka (zabójstwo, uszkodzenie ciała). Lekarz powinien bronić tych dóbr osobistych. Również będą to czyny przy użyciu przemocy (pogwałcenie praw człowieka, znęcanie się). Prywatne życie nie może kompromitować zawodu lekarza.

Spółczeństwo – jak wspomniałem – uważa, że lekarz powinien odznaczać się szczególnymi cechami charakteru. Według ankiet dotyczących opinii społecznej na temat oczekiwanych cech osobowości lekarza wymieniane są następujące:

- grzeczność, uprzejmość, serdeczność;
- rozumienie pacjentów, cierpliwość, opiekuńczość;
- tolerancja, wyrozumiałość;
- sumienność, odpowiedzialność;
- bezinteresowność, uczciwość;
- pracowitość, wytrwałość;
- spokój, opanowanie;
- łatwość w rozmowie i obcowaniu z ludźmi.

Cechy wzorca osobowego odpowiadające pojęciu „dobrego lekarza” mają gwarantować optymalną, wielopłaszczyznową sprawność zawodową.

Ten zbiór cech jest bardzo obszerny. Większość ludzi posiada je, ale w różnym stopniu. Praktyczne doświadczenie wskazuje też, że pewne mocno wyrażone cechy mogą bardzo dobrze kompensować słabość lub brak innych (np. uprzejmość, sympatia i wzbudzanie sympatii u chorych mogą stanowić o bardzo pozytywnej ocenie lekarza pomimo niezbyt wysokiej kompetencji zawodowej). W tej części artykułu wymieniałem pożądane cechy lekarza. W następnej chciałbym zająć się zagadnieniem, w jaki sposób można je osiągnąć.

Stanisław Z. Leszczyński

Piśmiennictwo u autora.

REKLAMA

REKLAMA



# Którędy po fundusze pomocowe?

Fundusze strukturalne są jak potwór z Loch Ness – wszyscy o nim mówią, ale nikt go nie widział. W przeciwieństwie do legendarnego Nessie ujawniły się jednak i właściwie od połowy września br. sektor MŚP może już z nich korzystać.

**W** związku ze zmianą ustawy o swobodzie działalności gospodarczej fundusze pomocowe mogą być teraz wykorzystane jako dodatkowe źródło finansowania także przez ograniczonych starym prawodawstwem lekarzy. W świetle art. 20 przepisów wprowadzających ustawę o swobodzie działalności gospodarczej (zwanych dalej PWSGD) zmianie ulegają przepisy ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. nr 28, poz. 152).

Zgodnie z dyspozycją dodanego art. 49a lekarze prowadzący indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub grupową praktykę lekarską zyskują status przedsiębiorcy, regulowany przez przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z 2 lipca 2004 r. Otwiera to lekarzom drogę do ubiegania się o wsparcie z funduszy pomocowych UE.

Aby móc starać się o pomoc strukturalną, lekarz i lekarz dentysta muszą posiadać wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub – w przypadku zawiązania spółki cywilnej albo spółki partnerskiej – wpis do KRS oraz, niezależnie od tego, wpis do ewidencji działalności regulowanej. O zasadach wpisów do poszczególnych rejestrów działalności regulowanej (indywidualnych praktyk lekarskich, specjalistycznych indywidualnych praktyk lekarskich lub grupowych praktyk lekarskich) mowa jest we wspomnianym wcześniej art. 20 PWSGD, do którego lektury odsyłam.

Lekarze posiadający ważne zezwolenie na wykonywanie zawodu oraz wpis do właściwego rejestru działalności regulowanej uzyskują na mocy art. 73 ust. 3 PWSGD wpis do ewidencji działalności regulowanej z urzędu. Potwierdzenie takiego wpisu przez właściwy organ ma nastąpić do 31 grudnia 2004 r.

Lekarze – przedsiębiorcy mogą od połowy września ubiegać się, na równych zasadach z innymi przedsiębiorcami, o pomoc z funduszy unijnych w ramach Sektorowego Programu Operacyjnego, zwanego w skrócie SPO-WKP. W ramach działania 2.3 „Wzrost konkurencyjności małych i średnich przedsiębiorstw poprzez inwestycje” udzielane jest dofinansowanie w zakresie inwestycji, któ-

rego adresatem są mikro, mali i średni przedsiębiorcy. Wydatki, jakie zostaną przez przedsiębiorcę poniesione, muszą kwalifikować się do objęcia dofinansowaniem, a więc muszą być niezbędne do realizacji projektu i poniesione przez beneficjenta (przedsiębiorcę) w okresie realizacji tego projektu. Należy podkreślić, iż odmiennie od warunków stawianych beneficjentom w ramach pomocy z zakresu Phare 2002, w SPO-WKP wydatki w ramach projektu ponosić można już po dniu złożenia wniosku do właściwej Regionalnej Instytucji Finansującej.

Na wydatki kwalifikowane składają się m.in.: zakup nowych i (pod pewnymi obostrzeniami) używanych środków trwałych, zapłata rat kapitałowych z tytułu leasingu środków trwałych (z wyłączeniem leasingu zwrotnego), zakup wartości niematerialnych i prawnych, instalacja i uruchomienie środków trwałych zakupionych z udziałem finansowania, zakup prawa własności lub prawa użytkowania wieczystego nieruchomości niezabudowanej i zabudowanej, a także usługi prawnicze, ekspertyzy techniczne i finansowe bezpośrednio związane z projektem.

Kwota dofinansowania zamyka się w przedziale od 10 000 zł do 1 250 000 zł i nie może przekroczyć:

- a) 30% wydatków kwalifikowanych w powiecie miasta Warszawa lub Poznań,
- b) 40% wydatków kwalifikowanych w powiecie miasta Kraków, Wrocław, Gdańsk, Gdynia i Sopot,
- c) 30% wydatków kwalifikowanych w innych niż w wymienionych wyżej powiatach.

Dofinansowanie obwarowane jest spełnieniem wielu warunków, w szczególności weryfikacji formalnej wniosku oraz oceną techniczno-ekonomiczną oraz merytoryczną. W ciągu 60 dni od upływu daty składania wniosków w danym terminie do instytucji zarządzającej w Ministerstwie Gospodarki przesyłana jest lista rankingowa projektów, a instytucja ta ma 30 dni na podjęcie ostatecznej decyzji odnośnie przyznania dofinansowania. Prezes PARP ma kolejne 30 dni do zawarcia umowy z wnioskodawcą o udzieleniu dofinansowania.

Do tej pory wielu przedsiębiorców korzystało z możliwości składania wniosków o dotacje unijne, a o tym jak duża jest to liczba świadczy przede wszystkim przedłużenie terminów rozpatrzenia wniosków przez PARP. W ramach funduszy strukturalnych pierwszy termin składania wniosków wyznaczono na 2 grudnia 2004 r., a w roku 2005 na 25 lutego, 20 maja, 18 sierpnia i 7 listopada – zawsze do godz. 15.00.

Obserwując borykającą się z wieloma problemami, przede wszystkim finansowymi, publiczną służbę zdrowia nie pozostaje nic innego jak skorzystać z możliwości jakie daje lekarzom-przedsiębiorcom nowa ustawa i podjąć starania o uzyskanie pomocy z UE. Wiadomo, iż prędzej czy później każdy z przedsiębiorców będzie zmuszony ponieść wydatki na modernizację posiadanego sprzętu, dostosowanie swojej praktyki do wymogów unijnych, unowocześnienie posiadanego zaplecza administracyjnego.

Projekt, który złożymy do Regionalnej Instytucji Finansującej powinien być przemyślany i precyzyjnie przygotowany, a z pozoru długi czas, który pozostał do upływu pierwszego terminu, może sprawiać mylne wrażenie.

Po doświadczeniach związanych z funduszami przedakcesyjnymi należy podkreślić również jak ważne może się okazać złożenie wniosku w pierwszych terminach (później zwyczajnie może zacząć brakować przeznaczonych na dofinansowanie funduszy, ponieważ jeden przedsiębiorca może złożyć kilka różnych projektów w ramach SPO-WKP).

Procedury związane z przygotowaniem i złożeniem wniosków w ramach SPO-WKP są skomplikowane i czasochłonne, w przypadku lekarzy, którzy do tej pory mieli zamkniętą drogę do podobnej pomocy, mogą okazać się jednak skutecznym lekarstwem na problemy związane z obecną sytuacją i niestabilnością współpracy z NFZ.

*Magdalena Kornak*

**Autorka zajmuje się zawodowo doradztwem gospodarczym, finansami i ubezpieczeniami. Więcej informacji – tel. 0-509-731-248 lub email: kancelaria\_doradcy@o2.pl**

# Nadciśnienie tętnicze

**W** 2003 r. opublikowano zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESC/ESH), 7 Raportu JNC, Światowej Organizacji Zdrowia i Międzynarodowego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (WHO/ISH) oraz rodzime wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT). W bieżącym roku ukazały się zalecenia Brytyjskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (BHS-IV).

## Klasyfikacja ciśnienia tętniczego

Patrz tabela 1.

## Badanie i diagnostyka chorego na nadciśnienie tętnicze

Postępowanie diagnostyczne u chorego z nadciśnieniem tętniczym powinno zmierzać do: • określenia wysokości ciśnienia tętniczego chorego na podstawie kilkakrotnych pomiarów, • ustalenia przyczyny nadciśnienia, określenia czy ma ono charakter pierwotny czy wtórny – objawowy, • poszukiwania innych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, • wykrycia powikłań narządowych i oceny stopnia ich zaawansowania, • ustalenia, czy z nadciśnieniem tętniczym współistnieją inne stany chorobowe, • określenia całkowitego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych.

Poniżej przedstawiono podstawowe badania, które zgodnie z zaleceniami PTNT z 2003 r. powinny być wykonane u każdego chorego z nowo wykrytym nadciśnieniem tętniczym: • morfologia krwi obwodowej (wartość hematokry-

towa, stężenie hemoglobiny, liczba erytrocytów i leukocytów), • stężenie sodu i potasu w osoczu, • stężenie glukozy (na czczo), kreatyniny, kwasu moczowego, cholesterolu całkowitego, frakcji HDL i LDL, trójglicerydów, • badanie ogólne moczu, • elektrokardiogram.

Zgodnie z najnowszymi zaleceniami PTNT przyjmuje się, że zakres wykonywanych badań powinien być w miarę możliwości rozszerzany (tzw. badania zalecane) i obejmować następujące badania: • echokardiogram, • RTG klatki piersiowej, • badanie dna oczu, • ultrasonografia nerek i tętnic szyjnych, • stężenie wapnia w osoczu, • stężenie białka C-reaktywnego (CRP) w surowicy, • test doustnego obciążenia glukozą (jeżeli glikemia na czczo wynosi 6.0-7.0 mmol/l (110-126 mg%), • mikroalbuminuria (zwłaszcza u chorych na cukrzycę), • dobowe wydalenie białka z moczem (jeżeli wynik testu paskowego jest dodatni).

## Leczenie nadciśnienia tętniczego

Na podstawie obowiązujących zaleceń przyjmuje się, że w toku leczenia hipotensyjnego docelowa wartość ciśnienia tętniczego wynosi: • < 140/90 mmHg u chorego z nadciśnieniem tętniczym, • < 130/80 mmHg u chorego z nadciśnieniem tętniczym i współistniejącą cukrzycą.

Leczenie niefarmakologiczne ze względu na zmianę niektórych nawyków chorego z nadciśnieniem tętniczym określane jest jako „modyfikacja stylu życia”, posiada obecnie ugruntowane miejsce w terapii nadciśnie-

nia tętniczego. Zgodnie z zaleceniami ESH/ESC i PTNT z 2003 r. w skład leczenia niefarmakologicznego wchodzi przede wszystkim: • normalizacja masy ciała, • ograniczenie spożycia soli, • dieta DASH (dieta bogata m.in. w warzywa, owoce i ryby), • ograniczenie spożycia alkoholu, • palenie tytoniu, • zwiększenie aktywności fizycznej.

Decyzja o włączeniu leczenia farmakologicznego zależy przede wszystkim od stopnia ciężkości nadciśnienia tętniczego oraz charakteru i zaawansowania powikłań narządowych. Na indywidualny wybór leku hipotensyjnego wpływa szereg czynników, spośród których bardzo istotne znaczenie odgrywają choroby współistniejące z nadciśnieniem. U chorych z łagodnym i umiarkowanym nadciśnieniem tętniczym leczenie można rozpocząć od zastosowania jednego leku hipotensyjnego, a więc od monoterapii. W oparciu o zalecenia ESC/ESH oraz PTNT z 2003 r. do preparatów stosowanych w monoterapii łagodnego i umiarkowanego nadciśnienia tętniczego należą: • leki moczopędne, • leki blokujące receptory beta adrenergiczne, • antagoniści wapnia, • inhibitory konwertazy, • antagoniści receptorów angiotensyny II.

Zalecenia do stosowania poszczególnych grup leków w zależności od chorób współistniejących, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami ESC/ESH oraz PTNT, podsumowano w tabeli 2.

U chorych, u których lek stosowany pojedynczo nie daje zadowalającego obniżenia ciśnienia tętniczego, stosuje się terapię skojarzoną opartą zazwyczaj o umiejętne połączenie dwóch lub trzech leków hipotensyjnych. W rzadkich przypadkach zachodzi potrzeba podawania większej liczby preparatów hipotensyjnych.

W świetle obowiązujących wytycznych konieczne jest leczenie współwystępujących zaburzeń lipidowych (statyny i/lub fibraty). Do rozważenia pozostaje stosowanie u chorych z dobrze kontrolowanym ciśnieniem tętniczym i brakiem przeciwwskazań małej dawki kwasu acetylosalicylowego.

prof. Andrzej Januszewicz

Klinika Nadciśnienia Tętniczego,  
Instytut Kardiologii w Warszawie

**TABELA 1. Klasyfikacja nadciśnienia tętniczego wg zaleceń PTNT z 2003 r.\***

| Kategoria                            | Ciśnienie skurczowe | Ciśnienie rozkurczowe |
|--------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Ciśnienie optymalne                  | < 120               | < 80                  |
| Ciśnienie prawidłowe                 | 120 – 129           | 80 – 84               |
| Ciśnienie wysokie prawidłowe         | 130 – 139           | 85 – 89               |
| Nadciśnienie stopień 1 – łagodne     | 140 – 159           | 90 – 99               |
| Nadciśnienie stopień 2 – umiarkowane | 160 – 179           | 100 – 109             |
| Nadciśnienie stopień 3 – ciężkie     | ≥ 180               | ≥ 110                 |
| Nadciśnienie izolowane skurczowe     | ≥ 140               | < 90                  |

\*Dotyczy osób nie przyjmujących leków hipotensyjnych.

TABELA 2.

**Grupa leków**

- Zalecane u chorych z nadciśnieniem tętniczym współistniejącym m.in. z:

**Leki moczopędne**

- niewydolnością serca
- niewydolnością nerek
- cukrzycą
- przebytym udarem mózgu
- licznymi czynnikami ryzyka choroby wieńcowej
- izolowanym skurczowym nadciśnieniem
- w wieku podeszłym

**Leki blokujące receptory beta adrenergiczne**

- chorobą wieńcową
- zaburzeniami rytmu serca
- przebytym zawałem mięśnia serca (beta blokery bez WAS \*)
- niewydolnością serca (niektóre: metoprolol, bisoprolol, karwedilol)
- cukrzycą – ze względu na wykazany wpływ na zapobieganie chorobom sercowo-naczyniowym w tej grupie chorych

**Antagoniści wapnia**

- chorobą wieńcową
- izolowanym skurczowym nadciśnieniem tętniczym w wieku starszym
- miażdżycą tętnic obwodowych
- cukrzycą – ze względu na wykazany wpływ na zapobieganie chorobom sercowo-naczyniowym w tej grupie chorych

**Inhibitory konwertazy**

- niewydolnością serca
- przebytym zawałem mięśnia serca
- cukrzycą
- nefropatią cukrzycową
- nefropatią niecukrzycową
- białkomoczem
- przebytym udarem mózgowym (prewencja wtórna)
- wysokim ryzykiem rozwoju powikłań sercowo-naczyniowym

**Antagoniści receptorów angiotensyny II**

- cukrzycą lub/i mikroalbuminuria lub/i nefropatią cukrzycową
- białkomoczem
- przerostem mięśnia lewej komory serca
- niewydolnością serca
- przy nietolerancji inhibitora konwertazy spowodowanej kaszlem

**Z wielkim żalem żegnam**

**Dr. n. med. JERZEGO KURKOWSKIEGO**

wspaniałego organizatora służby zdrowia,  
zasłużonego działacza samorządu lekarskiego,  
autora wielu cennych opracowań i wydawnictw.

prof. dr med. Tadeusz L. Chruściel  
prezes I kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej

**Z ogromnym żalem i szczerym smutkiem żegnamy**

**Dr. n. med. JERZEGO KURKOWSKIEGO**

niezwykłego lekarza, wspaniałego kolegę,  
niezapomnianego działacza samorządu lekarskiego.  
Jurku, zawsze będziesz wśród nas.

Prezes i członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej

Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że 9 października 2004 r. odszedł nagle w pełni sił i aktywności  
nasz przyjaciel i wieloletni współpracownik

śp.

**Dr n. med. JERZY LECH KURKOWSKI**

dyrektor

Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego  
Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach.

Człowiek wielkiego serca i energii,  
sportowiec – wielokrotny akademicki mistrz Polski w pływaniu,  
lekarz, publicysta i nieprzeciętny erudyta,  
przyswoity człowiek i wierny kolega, kochający z wzajemnością życie i ludzi.

Redakcja „Gazety Lekarskiej”

**AM we Wrocławiu Rocznik 1970**

18 czerwca 2005 r. zjazd koleżeński z okazji XXXV rocznicy ukończenia studiów. Opłata za uczestnictwo od osoby (absolwenta/osoby towarzyszącej) 300 PLN, na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: BOŚ S.A. O/Wrocław 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 28 lutego 2005 r., z dopiskiem „Zjazd koleżeński 1970”. Panie proszone są o podanie nazwiska z okresu studiów i obecnego. Informacje: **Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, tel. (0-71) 798-80-63**. Za Komitet Organizacyjny Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, Henryk Lisiak.

**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**.

[u.bakowska@gazetalekarska.pl](mailto:u.bakowska@gazetalekarska.pl)

**Zjazd Roczника 1961-1967 Pomorskiej AM**

W dn. 10-12 września br. w Międzyzdrojach spotkaliśmy się w koleżeńskim gronie już po raz szósty. Co prawda w gronie mocno pomniejszonym przez losowe wypadki, ale wciąż młodzi i pełni radości! W nadziei, że kochane nasze koleżanki organizatorki podejmą za 3 lata ogromny trud i spotkamy się na zjeździe 40-lecia naszego rocznika – pozdrawiam uczestników spotkania, a ci, którzy obiecali, a z błahych powodów nie przyjechali, niech żalują!

Jadwiga  
Borowiec-Motylewska



**Zjazdy koleżeńskie w Internecie [www.absolwentus.pl](http://www.absolwentus.pl)**

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



## „Ścinać, czy nie ścinać?”

Kiedy przeczytałem artykuł „Ścinać, czy nie ścinać?” dotyczący medycyny w ogóle, a medycyny niekonwencjonalnej w szczególności (Piotr Müldner-Nieckowski „Ścinać, czy nie ścinać?” „GL” nr 10/2004), napisany przez lekarza, w którym to artykule nie ma ani słowa o „medycynie opartej na dowodach”, ani o aspektach prawnych i etycznych stosowania metod „niekonwencjonalnych” w medycynie, ani też o konsekwencjach stosowania tych metod zamiast środków „konwencjonalnych”, jest natomiast **usprawiedliwienie** stosowania tych metod pomyślałem, że nie zechcę już tego pisma prenumerować, ale przypomniałem sobie, że niestety skazany jestem na „Gazetę”... Uważam, że nie wszystkie teksty muszą być konieczne publikowane i odrzucenie artykułów niemądrych, niezrozumiałych czy szkodliwych nie jest cenzurą w złym tego słowa znaczeniu, lecz obowiązkiem redakcji...

W artykule „Ścinać, czy nie ścinać?” obok prawd oczywistych znajdujemy równie oczywiste nonsensy, które czynią rzecz całą pozbawioną wartości. Autor pisze m.in. o „pysze lekarzy”, którzy twierdzą, że tylko oni potrafią rozpoznać choroby i leczyć (a któż inny to umie?), o „ludziach wyposażonych w moc uzdrowicielską”, wspomina o „zbiwnym wpływie homeopatii”, tak jakby nie wiedział nic o efekcie placebo, o działaniu sugestii.

Traktując artykuł jako pewną prowokację czy zaproszenie do wymiany poglądów na temat medycyny niekonwencjonalnej daję się sprowokować i pozwalam sobie przypomnieć o sprawach – moim zdaniem – najważniejszych, o których autor artykułu nie wspomina.

**1** Medycyna współczesna, to w coraz większym stopniu medycyna oparta na dowodach, medycyna wiarygodna (EBM – evidence based medicine). Jeśli nawet w dużej mierze jest to bardziej postulat niż rzeczywistość, obowiązkiem naszym jest starać się cel ten promować i osiągać, nie zaś propagować pseudonaukowe i oparte na intuicji działania. A naukowość oznacza po prostu sensowną, zwartą teorię niesprzeczną z innymi teoriami, których prawdziwość nie budzi zastrzeżeń oraz możli-

wość eksperymentalnego potwierdzenia lub odrzucenia hipotez (weryfikowalność / falsyfikowalność).

**2** Kodeks Etyki Lekarskiej stanowi w art. 57 ust. 1: „Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień”. Wszystkie metody niekonwencjonalne, o jakich mowa w artykule są co najmniej „nie zweryfikowane naukowo”, a zatem nie wolno ich stosować.

**3** Lekarz ma prawo wypróbować nowe metody, ale w ściśle określonych warunkach eksperymentu medycznego (vide ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz Kodeks Etyki Lekarskiej). Program badawczy może zostać zaakceptowany przez komisję bietyczną m.in. wtedy, kiedy jest oparty na sensownej teorii (na pewno nie może to być teoria pamięci drobin wody czy też koncepcja duszków pośredniczących, mocy uzdrowicielskich czy rzucania i odczyniania uroków) i kiedy jest możliwe eksperymentalne zweryfikowanie założeń badawczych przez rzetelne badanie z użyciem placebo, z podwójnie ślełą próbą czy tp. Konieczna jest oczywiście świadoma zgoda badanego poprzedzona pełną informacją.

**4** Zarówno podczas eksperymentu, jak i w codziennej praktyce lekarskiej lekarzowi nie wolno okłamywać chorego, oszukiwać go – choćby dla jego dobra. Nie wolno zatem stosować placebo bez wiedzy pacjenta, stosować środków o nieudowodnionej skuteczności bez zgody chorego. Nawet jeśli chory mając pełne zaufanie do lekarza informacji takiej sobie nie życzy („ja panu doktorowi wierzę, proszę robić to, co najlepsze”), lekarz ma obowiązek powiedzieć choremu o tym, co najważniejsze. W przypadku eksperymentu z placebo i podwójnie ślełą próbą osoba badana musi zostać poinformowana, że być może otrzyma placebo i powinna wiedzieć, co to jest placebo. Nie mamy prawa oszukiwać pacjenta podając mu jako lek coś, co lekiem nie jest (jeśli coś nie może nigdy zaszkodzić, nie ma żadnych przeciwwskazań do zastosowania tego środka – to nie działa to coś samo w sobie, a jedynie ewentualnie jako nośnik sugestii). Odchodzimy od paternalistycznego decydowania za chorego. Pacjent jest prawdziwym decycentem, lekarz spełnia zaś rolę eksperta i wykonawcy działań zgodnych z wolą chorego i z wiedzą medyczną.

Autor artykułu stwierdza, że w działaniach niekonwencjonalnych jest też coś „wartościowego i skutecznego”, ale sam sobie w tym samym zdaniu zaprzecza mówiąc, że są to może „tylko techniki psychoterapii i sugestii”. Oczywiście tylko o takie działanie – o krótkotrwałym efekcie – chodzi.

Autor ubolewa, iż, ci którzy stosują „sposoby ogólnie zaliczane do znachorskich” narażają się na krytykę niesprawiedliwą. Otóż krytyka taka jest jak najbardziej usprawiedliwiona, gdyż postępują oni nieetycznie, a poza tym głupio (chyba, że własne interesy mają na względzie; wtedy nie jest to takie całkiem głupie).

Policzalne są – liczone przede wszystkim przez onkologów – konsekwencje działań pseudomedycznych. Zgroza ogarnia na myśl o tysiącach śmiertelnych ofiar postępowania „alternatywnego” w schorzeniach nowotworowych. Oburza fakt, że z procedury tego czerpią zyski rozmaici oszuści żerujący na ludzkiej niewiedzy, naiwności i nadziei, bez bardziej zdecydowanego sprzeciwu środowiska lekarskiego. Bolesne dla lekarza jest, że niektórzy koledzy ulegają pseudomedycznym argumentom, bezkrytycznie powtarzają napuszone brednie wyznawców nienaukowych doktryn i usprawiedliwiają działania niemoralne i szkodliwe. Szczególnie rażą w ich ustach frazesy o sztuce medycznej (zamiast nauki), o intuicji (zamiast wiedzy), o doświadczeniu (w miejsce ustawicznego kształcenia), o tym, że „coś w tym chyba jednak jest” i że brak panaceum i że w ogóle niczego nie wiemy i wiedzieć nie możemy...

Taki agnostycyzm czy relatywizm poznawczy jest oczywiście sprzeczny z doświadczeniem nauk przyrodniczych i może być wyrazem postawy pozostającej w istotnej sprzeczności z duchem współczesnej medycyny.

Uważam, że uzasadnione jest przekonanie o poznawalności świata i o istnieniu prawdy obiektywnej, do której zmierzają ludzkość poprzez żmudne badania naukowe, przezwyciężając recydywy dawno przebrzmiałych – zdawałoby się – koncepcji, takich jak astrologia, magizm zwierzęcy czy homeopatia. Odrzucam zdecydowanie teorie i działania pseudomedyczne, choćby miał mnie ktoś nazwać pieniaczem(?), oskarżać o pychę czy o coś jeszcze gorszego. Szacunek dla człowieka, poszanowanie ludzkich praw i poczucie godności – jako przedstawiciela wspaniałej profesji-powołania jakim jest medycyna – skłania do dokonania jedyne właściwego wyboru: medycyny wiarygodnej i partnerskiej

Włodzimierz Gajewski  
psychiatra, Kielce

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

- 8.11. Seminarium Naukowo-Szkoleniowe: *Odpowiedzialność cywilna świadczenia-dawcy usług medycznych*
- 16.11. Seminarium Naukowo-Szkoleniowe: *Odpowiedzialność prawna kierownika zakładu opieki zdrowotnej*
- 18-19.11. I Ogólnopolskie Sympozjum: *Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Pooperacyjny – organizacja i funkcjonowanie*
- 22.11. Seminarium Naukowo-Szkoleniowe: *Odpowiedzialność prawna ordynatora oddziału*
- 2-3.12. VII Ogólnopolskie Forum Prawniczo-Medyczne
- 14.12. Seminarium Naukowo-Szkoleniowe: *Ubezpieczenie zakładu opieki zdrowotnej*

Informacje: Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o., tel. (0-22) 877-28-60, 836-04-16, fax (0-22) 862-10-50, www.abacus.edu.pl, e-mail: abacus@abacus.edu.pl

- 12-13.11., 10-11.12. TERAPIA 2004. Sopot. Kursy doskonalące dla dermatologów, alergologów, lekarzy rodzinnych i pediatrów. Koszt: 500 zł (bez zakwaterowania), dla członków Sekcji Dermatologicznej PTA: 400 zł. Nr konta BGK: 81 11301121 8500 0000 0000 1585. Uczestnicy otrzymują 15 punktów edukacyjnych. Możliwość rezerwacji noclegów: www.pensjonat-irena.gda.pl tel. (0-58) 551-20-73, 551-34-90. Program, informacje i zgłoszenia: www.terapia2004.csc.pl, e-mail: vitamedicine@wp.pl tel. (0-58) 551-21-99 (od godz. 15.00), tel. kom. 0-603-746-728.

## **CEDUS. Szkoła Ultrasonografii.**

5-dniowe kursy szkoleniowe na poziomie podstawowym i zaawansowanym w 2004 r.:

- 14-19.11., 5-10.12. (zaawansowany) *Echokardiografia*
- 21-26.11. *Ortopedia i reumatologia*
- 1-5.12. *USG brzucha*

Zajęcia w hotelu leczniczym „Pod Tęźniarni” w Ciechocinku. Uczestnicy otrzymują certyfikaty i punkty PTU i PLTR. Informacje: CEDUS, ul. Fałata 2/4, 02-534 Warszawa, tel./fax: (0-22) 646-41-56, (0-22) 646-41-50, e-mail: kursy@cedus.edu.pl; www.cedus.edu.pl

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

- 19-21.11. *Ultrasonografia dopplerowska tętnic szyjnych, kręgowych i TCD* – doskonalący
- 25-28.11. *Echokardiografia*
- 9-12.12. *Ultrasonografia gruczołu piersiowego*
- 16-19.12. *Ultrasonografia dopplerowska*

Szkolenia dają prawo do punktów edukacyjnych TIP. Szkolenia dopplerowskie są obowiązkowe do specjalizacji z chirurgii naczyniowej. Konto: BZ WBK SA 16/o Poznań 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zajęcia i zakwaterowanie w ośrodku szkoleniowym na terenie PN w Puszczykowie k. Poznania. Szkoła udziela informacji i prowadzi doradztwo w zakresie pozyskiwania pieniędzy z funduszy strukturalnych UE. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, 62-050 Mosina, ul. Świerkowa 23, tel./fax (0-61) 819-25-00, tel. kom. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

- 20.11.2004 r. Ciechocinek. III Konferencja *Pulmonologiczna: Układ oddechowy a wiek*. Punkty edukacyjne. Opłata za uczestnictwo 60 zł. Termin zgłoszeń 8.11.br. Informacje i organizacja: Zakład Neurobiologii Oddychania, Instytut Medyczny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, Warszawa, tel./fax (0-22) 668-54-16, e-mail: milka@cmdik.pan.pl

Esdent Dental Equipment, Wrocław, ul. Pomarańczowa 8. Szkolenia w 2004 r.:

- 20. 11. *Różne techniki wykonywania koron ceramicznych Planowanie leczenia, różne metody preparacji. Prawidłowe metody pobierania wycisków, cementowanie koron* (Pokaz praktyczny)
  - 27.11. *Endodoncja praktyczna. Resorbacje wewnętrzne i zewnętrzne. Różne systemy narzędzi maszynowych różne techniki pracy* (Zajęcia warsztatowe)
- Zgłoszenia: (0-71) 353-83-51 lub 354-02-17.

## **Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii** (rok założenia 1993). Szkolenia podstawowe w 2004/2005 r.:

- 23-26.11.04, 11-14.01.05 *Diagnostyka USG jamy brzusznej*
- 14-17.12.04 *Diagnostyka USG narządów małych powierzchniowo leżących (ślinianki, gruczoł piersiowy, tarczycy)*
- 22-23.11.04 *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- 9-10.12.04, 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. (0-71) 348-39-66 lub 0-606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, http://www.usg.neostrada.pl/

## **Polskie Towarzystwo Stomatologiczne** Oddział Lublin. Zebrania naukowo-szkoleniowe w 2004/2005 r.:

- 21.03.05 *Problemy związane z leczeniem implantologicznym bezzębnych pacjentów*
- 29.11. *Ogólne czynniki warunkujące leczenie implantami – metody stosowane w celu poprawy warunków do implantacji*
- 13.12. *Zastosowanie leczenia miejscowego w zębopochodnych procesach zapalnych*
- 24.01.05 *Rehabilitacja protetyczna pacjentów starszych wiekiem*
- 28.02.05 *Wykonanie koron złożonych bez schodka czy ze schodkiem – o to jest pytanie?*
- 25.04.05 *Leczenie protetyczne z zastosowaniem indywidualnych wkładów koronowo-korzeniowych*
- 30.05.05 *Współczesne możliwości leczenia chorób przyzębia*

Polskie Towarzystwo Stomatologiczne Oddział Lublin, ul. Karmelicka, 720-081 Lublin, tel./fax (0-81) 532-73-62.

## **Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii.** Kursy w 2004/2005 r.:

- 3-5.12.04 Pałac Sieniawa. *Spotkania z ultrasonografią. I kwartalne sympozjum: Postępy w diagnostyce USG przewodu pokarmowego*

- 5-11.12.04, 6-12.02.05 *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
  - 12-18.12.04 *Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy, narządów miednicy mniejszej – Ultrasonografia w gabinecie lekarza rodzinnego*
  - 9-15.01.05 *Echokardiografia w kardiologii*
  - 16-22.01.05 *Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej*
  - 30.01.-5.02.05 *Diagnostyka USG narządu ruchu*
  - 20-26.02.05 *Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych: szyi, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych*
  - 25-27.02.05 *Spotkanie z ultrasonografią. Sympozjum: Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych: szyi, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych – postępy*
- Informacje i zapisy: (0-84) 638-55-12, 638-80-90, www.usg.com.pl

## **Mazurska Szkoła Ultrasonografii i Ginekologii. Kursy w 2005 r.:**

- 11-14.01. *Doppler w położnictwie i ginekologii, ciąża mnoga, echokardiografia płodowa*. Przewidziane pokazy badań echokardiograficznych (na żywo). Kurs dla zaawansowanych w wykonywaniu badań USG. Prosimy o przywiezienie swoich przypadków do wspólnej oceny i dyskusji.
- 8-13.05., 4-9.09. Kurs w zakresie diagnostyki ultrasonograficznej w ginekologii i położnictwie – teoria i praktyka
- 17-20.03., 10-13.11. *Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie*. Kurs dla zaawansowanych

Rezerwacja udziału w kursie następuje w wyniku dokonania wpłaty zaliczki w wysokości 30 % wartości kursu na miesiąc przed każdą edycją. Informacje: pn-pt w godz. 9.00-16.00 tel. 0-504-075-804 lub tel./fax (0-87) 423-36-57 – Marlena Boroń; www.usg.pisz.pl

- 11-12.03.2005 r. II Konferencja Szkoleniowa: II Repetytorium *Pulmonologiczne* Poznań 2005. Konferencja adresowana głównie do lekarzy specjalizujących się w internie, medycynie rodzinnej oraz lekarzy rodzinnych, zostanie objęta punktami edukacyjnymi. Uczestnicy otrzymują certyfikat. Opłata 100 zł. Konto: Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej, Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań, WBK S.A. 82 1090 1362 0000 0001 0200 1772, „Konferencja”. Zgłoszenia do 1.02.2005 r. Formularz rejestracyjny na stronie Kliniki www.sk1.am.poznan.pl/ftyzjo pod odnośnikiem konferencja lub pocztą elektroniczną: repetytoriumpoznan@poczta.fm. Informacje: Sekretariat Katedry i Kliniki Ftyzjo-pneumonologii AM Poznań, 60-569 Poznań, Szamarzewskiego 84, tel./fax 841-70-61.

- 17-18.06.2005 r. Łódź. II Konferencja *Medycyny Ratunkowej „KOPERNIK 2005”*. Informacje: www.kopernik.lodz.pl na podstronie ze zjazdami.

- 31.08-3.09.2005 r. Kraków. 31 Międzynarodowe Spotkanie ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes). Jest to zjazd *diabetologów* i całych ich drużyn terapeutycznych zajmujących się problematyką *cukrzycy dzieci i młodzieży* z całego świata. Informacje: e-mail: ispad@symposium.pl, www.symposium.pl/konferencje

opr. (u)  
u.bakowska@gazetalekarska.pl



# Jak szybko mijają chwile...

Krzysztof Makuch

Życie sportowca podporządkowane jest misternie przygotowanym planom treningowym i kalendarzom imprez. Cel, jakim jest najlepszy wynik, upragniony medal nadaje jego życiu niezwykle tempo.

**D**la lekarzy uprawianie sportu jest często oderwaniem od zawodowych obowiązków, dyżurowych stresów. Realizacją młodszych marzeń.

Idea igrzysk lekarskich wzorowana na światowych mistrzostwach świata medyków daje możliwość sportowej rywalizacji równocześnie w kilku dyscyplinach podzielonych na kategorie wiekowe. Zeszłoroczny sukces organizacyjny I Ogólnopolskich Igrzysk Lekarskich w Zakopanym zmobilizował do intensywnego treningu, czego efektem były medale mistrzostw świata w Garmisch-Partenkirchen, życiowe rekordy i sukcesy w imprezach krajowych. Czas sportowców biegnie wyjątkowo szybko.

## Jak pięknie płynie czas...

Do Zakopanego na II Igrzyska Lekarskie, które odbyły się w dn. 15-19 września br. przyjechało 700 uczestników: lekarzy sportowców i ich rodzin. I nie tylko poprawiająca się z dnia na dzień pogoda spowodowała, że były to „piękne” dni. Wielopokoleniowemu spotkaniu lekarzy towarzyszyła wspaniała atmosfera.

Zawodnicy poważnie potraktowali słowa przysięgi złożone przez naszych eksportowych medalistów, Iwonę Damjanović i Roberta Romanka, i sędzia główny Lucjan Habieda, anestezjolog z Rabki miał ułatwione zadanie. Nie sposób opisać wszystkich wydarzeń i wyników, sportowych radości i porażek. Doskonałym pomysłem było wprowadzenie nowych dyscyplin oraz rywalizacja naszych milusińskich.

Bardzo dobrze zadebiutowała siatkówka plażowa, zdominowana przez wrocławską młodzież, której przypadły w turnieju open wszystkie medale. Złoto zdobyli Rafał Pustelnik i Michał Leśnikowski spe-

cializujący się w Niemczech, srebro stażyści Wojciech Jędrycha z Nysy i Mateusz Patkowski z Wrocławia, a brąz Dominik Chodyra, stażysta lekarz dentysta z Bolesławca i specjalizujący się w Niemczech Sławomir Stembalski.

W grupie 45+ Adam Jakubowski ortopeda z Łodzi z Krzysztofem Makuchem pokonali lublinian Andrzeja Chrościckiego i Jacka Melko, a w grupie pań złoto przypadło chirurgom z Ciechanowa Krystynie Kałużyńskiej i Monice Adamek-Wolanin.

W badmintonie królowali łodzianie: lekarz dentysta Joanna Kaszuba – złoto w singlu i deblu oraz chirurg dziecięcy Rafał Król – złoto w singlu, deblu i mikście.

W żeglarskiej zwyciężyła rodzina szczecińskich lekarzy dentyków: Edyta, Jarosław, Paweł Gołębiewscy.



W judo pod nieobecność naszych mistrzów świata złoto zdobył Mirosław Kaczmarczyk z Nowego Targu, a w szachach niepokonanym w obu turniejach okazał się jeden z najstarszych uczestników igrzysk Przemysław Ereński, dermatolog z Poznania.

Najstarszym i jakże wszechstronnym zawodnikiem był 71-letni lekarz dentysta z niemieckiego Singen Bogdan Ostapowicz, który zdobył 3 złote i 2 srebrne medale w tenisie ziemnym, stołowym, lekkoatletyce i pływaniu.

Należy podkreślić wszechstronność naszych pań: Miśki Przyłuskiej ze Szczecina – 5 złotych i 2 brązowe medale zdobyte w triathlonie, lekkiej atletyce, pływaniu i kolarstwie górskim oraz Kasi Klimali z Częstochowy – 2 złote, 3 srebrne, 1 brązowy (triathlon, kolarstwo górskie i szosowe oraz lekkoatletyka).

Najbardziej usportowioną trzypokoleniową rodziną są Szafrankowie z Cheł-



ma. Senior Józef zdobył rekordową liczbę medali 9 (6 złotych, 2 srebrne, 1 brązowy). Córka Joanna Szafranek-Pyzel miała identyczny dorobek medalowy, a jej córka Julia dzielnie rywalizowała na pływalni i bieżni.

20 medali trafi do najbardziej usportowanego 10 Szpitala Wojskowego w Bydgoszczy za sprawą pływaków radiologa Cezarego Wałęsy (5 złotych, 2 srebrne + srebro w pchnięciu kulą); Krzysztofa Kaweckiego (6 złotych, 1 brąz), najszybszego lekarza mistrzostw świata internisty Roberta Romanka (4 złota; 100, 400, 1500 i skok w dal) oraz Jacka Hincza w żeglarskiej w osadzie z żoną Żanetą i Anną Kawecką.

Niezwykle emocjonujące były pojedynki w grach zespołowych. W siatkówce drużyna Dentonetu: Marek Stepniak, Krzysztof Kaczmarek, Bartosz Ruszkowski, Maciej Mańczak, Marek Komar, Łukasz Brycht, Rafał Napierała, Robert Koper, Krzysztof Deko, Tomasz Pakulski, Jacek Duszkiewicz, pokonała w finale wrocławskich mistrzów plażówki 2:0, a brąz wywalczyła drużyna z Łodzi.

W koszykówce trener drużyny Katowic Jerzy Hermanson poprowadził drużynę do złotego medalu po pasjonującym finale 79:75 z drużyną z Grodna.

W drużynie Katowic wystąpili: Artur Jakimów, Wojciech Kania, Rafał Praszek, Paweł Miazga, Maciej Bolkowski, Krzysztof Goral, Jarosław Zakrzewski, Marcin Mielczarek, Tomasz Deptuch, Łukasz Gilowski, a medal brązowy zdobyła Warszawa.

Triumfator 14 drużynowego turnieju piłki nożnej zostali szczecinianie Andrzej Walczak, Rafał Zawojski, Łukasz Myszel, Piotr Kozanecki, Mariusz Opi-





łowski, Piotr Świst, Grzegorz Wojciechowski, Artur Jędruch. Srebro zdobył Lublin, a brąz Zabrze.

Bardzo trudną trasę mieli zarówno kołarze górscy, jak i szosowi. Jedni i drudzy pokonywali część swojej trasy z rowerami na plecach. Najlepszymi góralami zostali w swoich kategoriach wiekowych: Daniel Mazur – lekarz dentysta z Bochni, Marek Paściak – ortopeda z Piekar Śląskich, Janusz Lewandowski – lekarz rodzinny z Koniakowa, Katarzyna Mazur – internistka z Głucholaz, Małgorzata Kozub – anestezjolog z Katowic, Miśka Przyłuska.

Na szosie złoto zdobyli: Robert Nowowski – ortopeda z Opola, Dariusz Morawski – chirurg-onkolog z Opola, Janusz Lewandowski, Józef Szafranek, Kasia Klimala.

Pogoda utrudniła organizację zawodów lekkoatletycznych, lecz mimo opóźnienia udało się ukończyć wszystkie konkurencje. 6 medali na biegni (4 złote, 1 srebrny i 1 brązowy) zdobyła Halina Wróbel – internistka z miejscowości Piaski, Mateusz Kaczmarek – stażysta z Drawskiego (3 złote, 2 brązowe). Bogdan Solarski – chirurg z Rzeszowa uzupełnił kolekcję do 4 złotych i 3 srebrnych medali, a rywalizujący ze sobą przyjaciele Henryk Domański – lekarz dentysta z Tomaszowa Lubelskiego z Januszem Lewandowskim zakończyli medalowy pojedynek zwycięstwem Heńka (4 złote, 3 srebrne) do 3 złotych i 3 srebrnych medali Janusza.



Najdalej pchnął kulę peditra z Pleśzewa Janusz Rataj pokonując kolegów z niższych kategorii wiekowych, a sędzia główny Lucjan Habieda wygrał na 5000 m.

Tradycyjnie najwięcej medali zdobyli pływacy. Multimedalistką z ubiegłego roku i mistrzostw świata Iwona Damjanović – onkolog kliniczny ze Szczecina z 1 złotym medalem i 5 srebrnymi musiała uznać świetną klasę Małgorzaty Sawy – lekarza stomatologa z Radomia (5 medali złotych i 1 srebrny), choć pojedynki obu pań były niezwykle zacięte. Również 6 medali (5 złotych i 1 brązowy) zdobyła Ewa Zimna-Walenzik – lekarz dentysta z Łodzi. Mirosława Zubrzycka-Cygań-

ska – lekarz dentysta ze Skarżyska-Kamienniej wypływała 6 srebrnych medali i jest najbardziej utytułowanym członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Wśród panów niepokonany był Jacek Śmigielski – chirurg z Łodzi: 5 złotych i srebro w sztafecie, podobnie jak wspomniani wcześniej Czarek Wałęsa i Krzysztof Kawecki. Piotrek Kalinowski – urolog z Włocławka dołożył na pływalni do złota w triathlonie 1 złoty, 2 srebrne i 4 brązowe medale.

Na pływalni doszło również do rywalizacji sztafet. W konkurencji izb lekarskich 3 x 50 m stylem dowolnym złoto przypadło OIL w Łodzi, w składzie: Jarosław Furmaniak, Bartosz Orłowski, Krzysztof Kaźmierczak; srebro Wojskowej IL, a brąz Kujawsko-Pomorskiej OIL.



W sztafecie rodzinnej 3x25 m stylem dowolnym wygrali Zenon, Piotr i Marcin Truszewscy z Ciechanowa. Drugie miejsce zdobyła rodzina Damjanović ze Szczecina, a trzecie Masternaków z Oleśnicy.

Na pływalni o medale, dyplomy i nagrody walczyły lekarskie pociechy. Oby nasi złoci medalisci: Aleksandra Soplińska, Małgosia Anders, Michał Smyła, Ania Kącka, Marcin Truszewski, Jacek Cygański poszli w ślady rodziców.

Na bardzo wysokim poziomie stał turniej tenisa stołowego. Niepokonanymi okazali się Asia Szafranek-Pyzel i Tomasz Suchmiel – ortopeda z Częstochwy, którzy podobnie jak na mistrzostwach świata nad Bałatonem wygrali miksta, a w Zakopanem swoje kategorie wiekowe, kategorie open i gry deblowe. W swoich kategoriach wiekowych złote medale zdobyli Robert Bibik z Łodzi, Grzegorz Winkiel – ginekolog z Obornik Śląskich, Krzysztof Ratyński z Olsztyna, Bogdan Ostapowicz, Krystyna Sarniecka – peditra z Solca Kujawskiego.

W rywalizacji dzieci Wojtek Sarniecki wyprzedził Szczepana Kajfasza, Jędrka Wołka i Jakuba i Mateusza Wnęków.

W tenisie ziemnym złoto zdobyli Robert Telega, Andrzej Jasiński, Stanisław Chruszczyk, Janusz Binkiewicz, Józef Herman, Agnieszka Widziszowska, Bożenna Kędzierska.

W triathlonie złoto oprócz Piotra Kalinowskiego zdobyli Cezary Krzywicki – lekarz dentysta z Jeleniej Góry, Ja-



nusz Lewandowski, Kasia Klimala, Miśka Przyłuska oraz Anna Iżewska srebro. Brązowy medal zdobył Mariusz Trus z Lublina, który otrzymał również prestiżową nagrodę fair-play za zaoferowanie koła zapasowego rywalowi na wyścigu szosowym. Druga nagroda fair-play przypadła żeglarzom z OIL Warszawa za przyznanie się do błędu regulaminowego. Fakty te dowodzą, że nie zawsze należy dążyć do celu za wszelką cenę.

Szczegółowe wyniki i ważne informacje są dostępne na stronie [www.igrzyskalekarskie.org](http://www.igrzyskalekarskie.org). Życzę interesującej lektury, która mam nadzieję zachęci do wygospodarowania jak największej ilości czasu na sportowy wypoczynek.

Liczę, iż trud poniesiony przez organizatorów Izę i Maćka Jachymiaków oraz przewodniczącego komisji sportu ORL w Krakowie Jacka Tętnowskiego przyczyni się do kolejnych spotkań naszej sportowej, lekarskiej, rodziny.

### ***Za rok, za dzień, za chwilę...***

9 października zmarł nagle dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego w Katowicach-Ligocie dr n. med. Jerzy Kurkowski. Na mistrzostwach świata medyków na pływalni w Garmisch-Partenkirchen zdobył 2 złote medale. W Zakopanem wygrywał z konkurentami i czasem – wielokrotnie lepszym od młodszych kolegów. Zdobyl 5 złotych medali, nie zdołał ich wszystkich osobiście odebrać. Mógł zdobyć więcej, ale wyjechał wcześniej na zjazd stowarzyszenia menedżerów opieki zdrowotnej. Był niezwykle aktywnym i nieprzeciętnym lekarzem. Będzie go bardzo w naszej, menedżerskiej, sportowo-lekarskiej, rodzinie brakowało...

*fot. Krzysztof Makuch  
i Marek Stankiewicz*



# Deszcz pucharów w Osiu

Piąta edycja Międzynarodowych Mistrzostw Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim odbyła się w dn. 10-11.09.br. na strzelnicy w Osiu, w Borach Tucholskich.

**Z**różnych stron Polski i z zagranicy zjechało 54 uczestników zawodów wraz z rodzinami. Zawody rozgrywano w dwóch kategoriach: w klasie otwartej i powszechnej.

Mistrzem Polski na rok 2004 został **Michał Rezselski** (Poznań) z wynikiem 461 pkt., wicemistrzem **Marek Jedwabiński** (Bydgoszcz) z wynikiem 455 pkt., na trzecim miejscu z wynikiem 448 pkt., uplasował się **Dariusz Grzęda** (Warszawa).

W klasie powszechnej (tylko konkurencje śrutowe) pierwsze miejsce zajął **Krzysztof Lewicki** (Słupsk), drugie **Maciej Gmitrzak** (Świecie) oraz trzecie **Zdzisław Kraśniewski** (Kielce).

W klasyfikacji drużynowej reprezentacja Bydgoskiej Izby Lekarskiej w składzie **Marek Jedwabiński**, **Sergiej Isaryk** i **Adam Witkowski** nie pozostawiła żadnych wątpliwości, kto należy do najlepiej strzelających lekarzy i z wynikiem 1318 pkt. zdobyła Drużynowe Mistrzostwo Kraju.

Wśród zaproszonych gości zdecydowanie najlepszy okazał się **Lech Żymierski** z wynikiem 475 pkt.

Po zakończeniu sportowej części zawodów odbył się Charytatywny Turniej Sponsorów, którego dochód został przekazany dzieciom leczonym w Klinice Ortopedii AM w Bydgoszczy – serdecznie dziękujemy!

Zapraszamy! Darz Bór!

*Marek Jedwabiński*

sport@gazetalekarska.pl

Ze szkolnej ławy

## Literacki konkurs rodzinny

### ROZWIĄZANIE

Przedstawiamy prawidłowe rozwiązanie naszego konkursu:

- A – 3** Kornel Makuszyński *Bezgrzeszne lata*
- B – 1** Wiktor Gomulicki *Wspomnienia niebieskiego mundurka*
- C – 5** Stefan Żeromski *Szyfowe prace*
- D – 4** Bolesław Prus *Antek*
- E – 2** Edmund Niziurski *Sposób na Alcybiadesa*

NAGRODY KSIĄŻKOWE OTRZYMUJĄ:

- Paweł Szczepaniec** – Łódź
- Ewa Jasińska** – Sędziszów Młp.
- Joanna Żuchowska** – Łódź
- Wadiusz Kiesz** – Starachowice
- Agnieszka Stasińska** – Zgierz
- Tomasz Wasilewski** – Zgierz
- Tadeusz Sobczak** – Pleszew
- Eugeniusz Depta** – Siemianowice Śl.
- Joanna Sobolewska-Kurpiel** – Warszawa
- Małgorzata Szmurło** – Kraków

## Rzecznicy w Jedlni

W dn. 30.09-2.10.br w Jedlni k/Radomia odbyło się spotkanie Naczelnego i Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej. Oprócz cyklicznego sprawozdania z pracy Rzeczników, omówiono aktualną problematykę pracy i odpowiedzialności zawodowej lekarzy po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Powołano grupę roboczą do budowy ogólnopolskiego systemu informatycznego obsługi kancelarii Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i standaryzacji procedur. Spodziewany termin wdrożenia systemu to pierwsze półrocze 2005 r.

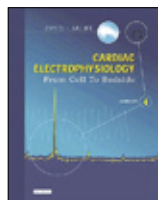
MP





### A.B.E. Marketing

Wydawnictwo Światowe – Publishers' Services, 00-855 Warszawa, ul. Grzybowska 37A, tel. (0-22) 654-06-75, fax 652-07-67, e-mail: info@abe.com.pl  
Pełna oferta książek medycznych dostępna w Internecie www.abe.com.pl  
Do cen katalogowych doliczamy 10% opłat manipulacyjnych.



### CARDIAC ELECTROPHYSIOLOGY FROM CELL TO BEDSIDE

Douglas P. Zipes, Jose Jalife

wyd.: **Saunders**, czerwiec 2004, wyd IV, str. 1008, il. 500, cena katal.: 153.00 GBP

Kompendium wiedzy z zakresu teoretycznej i klinicznej elektrofizjologii serca. W opracowaniu znalazły się 23 całkowicie nowe rozdziały poświęcone nowym klasyfikacji kanałów jonowych, biologii i genetyce molekularnej ludzkiego serca, farmakogenetyce czy zespołom Brugada.



### SABISTON TEXTBOOK OF SURGERY. E-Dition

Courtney M. Townsend Jr., R. Daniel Beauchamp, B. Mark Evers, Kenneth L. Mattox

wyd.: **Saunders**, lipiec 2004, wyd. XVII, cena katal.: 99.00 GBP  
Wiedza z zakresu chirurgii, w tym chirurgii naczyń, procedur przeprowadzanych u pacjentów z niedoborami odporności, chirurgicznego leczenia otyłości, chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej piersi. Uzupełniona bogatym materiałem ilustracyjnym. Dołączony do książki CD-ROM. Istnieje również możliwość wykupienia dostępu do stale aktualizowanej strony internetowej.



### SPINE SURGERY

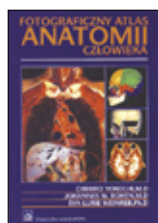
Edwadd C. Benzel

wyd.: **Churchill Livingstone**, sierpień 2004, wyd. II, cena katal. 232.00 GBP.

Obecne wydanie zawiera 25 całkowicie nowych rozdziałów, dotychczasowe zostały zaktualizowane w oparciu o najnowsze osiągnięcia neurochirurgii i ortopedii. Książka przeznaczona dla lekarzy zajmujących się zarówno zabiegowym i zachowawczym leczeniem oraz rehabilitacją schorzeń kręgosłupa.

### Wydawnictwo Lekarskie PZWL

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. (0-22) 695-40-33, fax 695 40 32  
Księgarnia wysyłkowa (0-22) 695-44-80, infolinia 0801-142-080, www.pzwl.pl,  
e-mail: promocja@pzwl.pl. W księgarni internetowej 10% rabatu. Koszt wysyłki 7 zł, przy zamówieniach powyżej 150 zł koszty wysyłki pokrywa wydawca.



### FOTOGRAFICZNY ATLAS ANATOMII CZŁOWIEKA

Chihiro Yokochi, M.D Johannes W. Rohen, M.D Eva Lurie Weinreb, Ph.D.

wyd. I polskie, Warszawa 2004, s. 148

Zawiera przejrzysty system opisu fotografii. Umożliwia studentom zapoznanie się z topografią wszystkich potrzebnych do nauki anatomii struktur. Załączony na końcu publikacji skorowidz zmian anatomicznych pozwala łatwo odszukać te zmiany na kilku fotografiach. Dla studentów wydziałów lekarskich i stomatologii.



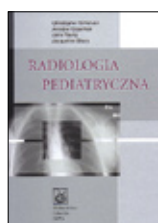
### MIESZANINY DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO

*Standardy postępowania i zalecenia dla farmaceutów*

Maria Ciszewska-Jędrasik, Marek Petkiewicz

wyd. I, Warszawa 2004, s. 96

Standardy opracowano na podstawie wytycznych Dobrej Praktyki Wytwarzania (GMP), standardów British Pharmaceutical Nutrition. Group American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, a także wieloletniego doświadczenia własnego autorów. Publikacja rekomendowana przez Pol. Tow. Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego oraz Pols. Tow. Farmaceutyczne,



### RADIOLOGIA PEDIATRYCZNA

Christopher Schelvan, Annabel Copeman, Jane Young, Jacqueline Davis

tłum. pod red. prof. dr. hab. n. med. Andrzeja Marcińskiego

wyd. I, Warszawa 2004, s. 250

Publikacja zawiera ponad 100 przypadków przedstawionych w formie zadań egzaminacyjnych z odpowiedziami, zilustrowanych zdjęciami radiologicznymi. Wszystkie przedstawione metody diagnostyki obrazowej są ogólnie dostępne dla polskich lekarzy specjalizujących się w radiologii.

### Wydawnictwo Continuo,

53-505 Wrocław, ul. Lelewela 4, pok. 325, tel./fax (0-71) 343-90-18 w. 223, tel. (0-71) 791-20-30, tel. kom. 0601 774 733, 0503 912 717, e-mail: wydawnictwo@continuo.wroclaw.pl, biuro@continuo.wroclaw.pl, www.continuo.wroclaw.pl

### PROCEDURY DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ W WYBRANYCH ZAKAŻENIACH UKŁADOWYCH

pod red. Anny Przondo-Mordarskiej,

Wrocław 2004, s. 62, cena 14 zł

Publikacja przedstawia wiedzę dotyczącą diagnostyki mikrobiologicznej prowadzonej w laboratoriach medycznych, zasady pobierania, przesylania i opracowywania materiałów klinicznych pochodzących od pacjentów. Obejmuje także diagnostykę zakażeń grzybiczych oraz badania mikrobiologiczne personelu i środowiska szpitalnego.



### DEMENCJA WIEKU PODESZŁEGO.

PATOMECHANIZM I STRATEGIE LECZENIA

Wanda Dobryszczyka, Kazimierz Gąsiorowski, Jerzy Leszek,

Wrocław 2004, 95 str.

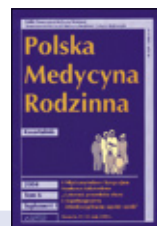
Publikacja prezentuje aktualny stan wiedzy na temat wybranych mechanizmów patogenetycznych i kierunków terapeutycznych dot. Alzheimera. Książka skierowana do wszystkich zainteresowanych tym zagadnieniem.



### Ukaż się Tom 6 Zeszyt 1 i 2 oraz Suplement 2004

Kwartalnika „POLSKA MEDYCyna RODZINNA”

Stowarzyszenia Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych.



Ponadto nadesłano:

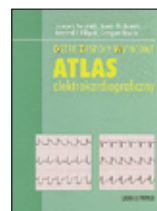
### OSTRE ZESPOŁY WIĘCOWE

– ATLAS ELEKTROKARDIOGRAFICZNY

Wyd. I, s. 441, wym. 22 x 29 cm, opr. twarda, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, 2004, cena: 99 zł

Dystrybucja: Składnica Medyczna LSM

Ten doskonały podręcznik z zakresu elektrokardiografii zawiera przegląd roli elektrokardiogramu we współczesnej diagnostyce i leczeniu ostrego zespołu wieńcowego. Składają się na niego zapisy elektrokardiograficzne chorych przyjmowanych do szpitala ze wstępny rozpoznaniem OZW. Autorzy skupili się wyłącznie na prezentacji zapisów EKG wraz z komentarzem z ich codziennej praktyki. Treść merytoryczna rozdziału pełni jedynie funkcję pomocniczą względem krzywych elektrokardiograficznych.



### BÓLE GŁOWY. DIAGNOSTYKA I LECZENIE

A. Stępień

Wyd. I, s. 178, wym. 15 x 21 cm, opr. miękka,

Wydawnictwo Czelej, 2004, cena: 38 zł

Dystrybucja: Składnica Medyczna LSM

Celem prezentowanej książki jest przedstawienie wiadomości dotyczących najczęstszych bólów głowy (m.in. napięciowych, trójdzielnio-autonomicznych, porannych, pourazowych, objawowych i. in.) oraz zasad postępowania z chorymi. Ponadto Autor omówił zagadnienie jakości życia chorych z bólami głowy oraz struktury anatomiczne i ich funkcje w bólach głowy. W opracowaniu oparł się na najnowszych doniesieniach piśmiennictwa w zakresie prezentowanych zagadnień i aktualnie obowiązujących kryteriach diagnostycznych oraz własnym, nabywanym z biegiem lat doświadczeniem. Książka wzbogacona jest o ryciny i tabele, porządkujące tekst, ułatwiające zrozumienie i zapamiętanie najważniejszych wiadomości.



opr. md