



Jak wypisywać recepty



Angielski pacjent

Pamiętacie najpiękniejszy dramat romantyczny końca XX w., obficie nagrodzony ekranowymi Oskarami?

W toskańskim klasztorze leży ciężko poparzony angielski lotnik. Nie wie kim jest, nie pamięta jak się tam znalazł. Opiekuje się nim kanadyjska pielęgniarka. To dzięki niej nieznanemu powraca pamięć...

Historia lubi się powtarzać, a samo życie dopisuje pasjonujące scenariusze. Jan Kulczyk, najbogatszy Polak, o nic na razie nie oskarżony, nagle ląduje na Wyspach Brytyjskich i ukrywa się w jakimś angielskim szpitaliku, w obawie przed komisją śledczą, która tropi coś, co od dawna widoczne jest gołym okiem. To niezwykle przypadek, kiedy świadek nie chce ujawnić co mu dolega, a jego mecenas „tajemniczo” sugeruje, że skoro tam w Londynie robią mu koronarografię, to można przypuszczać, że dolegliwości są związane z sercem. Według kodeksu postępowania karnego usprawiedliwienie lekarskie, jakie świadek może przedłożyć sądowi w przypadku swego niestawiennictwa z powodu choroby, musi być wydane przez uprawnionego do tego lekarza sądowego. Naszym bohaterem zaopiekował się dr John Coltart, londyński kardiolog o uznanej renomie, który nie miał zamiaru obnosić się informacjami o swoim pacjencie.

Kamień mi z serca spadł, kiedy usłyszałem, że żaden polski lekarz nie brał w tym udziału. Mam nadzieję, że w chwilach takiej próby nasi lekarze zachowaliby minimum godności. Jeśli byle uczeń z gimnazjum może sobie załatwić zwolnienie z klasówki z matematyki, to dlaczego nie może zrobić tego kolega prezydenta? Co za kraj! Lewica popiera kapitalistów, kapitaliści lewicę. Rozumiem, że żyjemy w kraju Witkacego, Gombrowicza i Mrożka. Ale tego nawet oni nie byliby w stanie wymyślić! Jak tu się dziwić, że młodzież czuje się w tym kraju coraz bardziej zagubiona?

Od kiedy jesteśmy obywatelami Europy, możemy mieszkać gdzie nam się podoba, wyjeżdżać z kraju i wracać do niego też kiedy nam się podoba. Ale czy mamy prawo nie mówić władzom, z którymi prowadzimy strategiczne interesy, gdzie mieszkamy? Czy uciekając w chorobę wolno nam drwić z wezwań do złożenia wyjaśnień a jednocześnie udzielać obszernych wywiadów prasowych i telewizyjnych? Czas przywrócić poczucie miary i przyzwoitości.

Coś mi się zdaje, że do tej przezroczystej Polski mamy jeszcze kawał drogi. Bynajmniej nie za sprawą lekarzy korupcja staje się coraz bardziej wyszukana, zwykle instytucje stojące na straży prawa nie dają rady wykrywać i zaskarżać jej skomplikowanych przypadków. W Biłgoraju (woj. lubelskie), gdzie nikt nagle nie ląduje na koronarografię, od maja wszyscy pracownicy szpitala, łącznie z dyrektorem, zamiast pensji otrzymują zaliczkę 603 zł netto. Czy trudno tam o pokusę? Mark Twain mawiał, że jest parę dobrych sposobów na pokusę, ale najpewniejszym jest tchórzostwo. A ja dodam – i zwykła ludzka przyzwoitość, która jest stylem, klasą i poczuciem umiaru. To taki dodatek do owych 603 zł.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Lekarze, do pióra!	4, 5
Okiem Prezesa	5
Bo się narodził Zbawiciel...	6, 7
Jak wypisywać recepty	8-11
Lot po funty	14-15
Jubileusz prof. Zbigniewa Jańczuka	16-17
Udawany kapitalizm gorszy od socjalizmu	20-21
Pieniądze potrzebne są na edukację	22-23
Thomas Percival – twórca podstaw współczesnych kodeksów etyki lekarskiej	30-31
Wieczny urlop w spółce	32
Good Clinical Practice	34
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	36-37
Lekarski sport	39
Świąteczny konkurs literacki	40
Książki nadesłane	41
Konkursy, ogłoszenia różne	42-59

Biuletyn NRL

Wesołych Świąt
Bożego
Narodzenia
życzy redakcja



Lekarze, do pióra!

Zaczęło się kontraktowanie

Coś się miało zmienić, a tymczasem... Znowu pomysły budzące podejrzenia o próby korupcyjnych zasad kontraktowania lub całkowita niezajomość tematu. W projekcie NFOZ (może tylko katowickim?) znalazł się pomysł, aby o tym, który radiolog może opisywać mammografię, decydował konsultant z zakresu onkologii.

Pomysłodawca zapomniał, że mammografia, to nie tylko nowotwory, a rola onkologa zaczyna się dopiero po wykryciu zmiany i jego rola w zakresie mammografii ogranicza się do uzgodnienia terminu badania kontrolnego w przypadku wy-

krycia i potwierdzenia zmiany w badaniu hist-pat. Tak samo jak przy zmianach nowotworowych płuc na zdjęciu rtg czy np. trzustki w TK, a zadaniem onkologa jest leczenie wykrytych zmian.

Niedługo pomysłowy, a może raczej niedowartościowany „specjalista” z NFOZ zabroni chirurgowi badania per rectum bez certyfikatu konsultanta z onkologii. Boże, strzeż nas od ignorancji!

Leon z Chorzowa

Zmiany na receptach?

Ciągle słyszę, że jacyś politycy domagają się, by lekarze zamiast konkretnego preparatu wypisywali na receptach międzynarodową nazwę leku. Twierdzą, że jeżeli lek za 250 zł ma swój odpowiednik w cenie 25 zł, to pacjent powinien o tym wiedzieć. Niestety, dziś mamy za dużo preparatów o nie udowodnionej skutecz-

ności, nie potwierdzonej biodostępności, nieznanymi właściwościami farmakokinetycznymi.

Mam nadzieję, że nowa procedura rejestracyjna i konieczność prowadzenia badań klinicznych dla wszystkich nowo rejestrowanych leków pozwoli wyeliminować z rynku preparaty o nieznanej farmakokinetyce, a w następstwie o niepotwierdzonej skuteczności. Lekarz też ma prawo do własnej oceny preparatu na podstawie obserwacji klinicznej, a nie znajomości właściwości wszystkich substancji pomocniczych, których wpływ w mieszaninie i tak może się okazać bardzo trudny do przewidzenia nawet dla bardzo doświadczonego i mądrego farmaceuty. Poza tym, w Polsce nie istnieje nic takiego jak rzetelna informacja o leku. To, co się wyprawia, to czyste przekupstwo, na które nie ma ludzi odpornych.

Apeluję jednak do lekarzy, żeby nie podważali zdania farmaceuty, gdy oferuje on niemożliwe dla pacjenta tańsze odpowiedniki. Uwierzcie, że nie robi tego, by udowodnić lekarzowi, iż ten jest głupi. Jeżeli pacjenta nie stać na dany lek, chociaż bardzo skuteczny, którego nie może wykupić, to może jednak pozwolić mu na leczenie tańszym, byle tylko podjął to leczenie?

Życzę wszystkim lekarzom i farmaceutom wzajemnego poszanowania i pilności w zgłębianiu tajników farmakodynamiki i farmakokinetyki.

Farmaceutka z Radomia

Habilitacja na tapecie

Zlikwidowania habilitacji, Zskrócenia drogi do samodzielnej kariery naukowej i bezterminowych umów o pracę dla pracowników wyższych uczelni domagają się związki zawodowe zrzeszające pracowników szkolnictwa wyższego. Pewne jest, iż jakoś ma pierwszeństwo przed ilością. Wymóg iluś tam publikacji przed doktoratem nie uważam za konieczny. Ważne, żeby doktorat był sensowny. Nie musi to być odkrycie Ameryki, ale przynajmniej metodyka powinna być ciekawa i ambitna.

Każdy stara się teraz publikować w czymkolwiek, byle być cytowanym w MEDLINE, a to chyba nie tędy droga. Dodatkowo bliższa analiza dorobku niektórych panów pozwala dostrzec brak przyzwoitości: doniesienia zjazdowe figurują jako publikacje recenzowane. No i te ilości! Młodzi ludzie mają po 100 publikacji, dopisywani do czego się tylko da. Litości!

Doktor w trakcie habilitacji

Kłopotliwe farmaceutyki

Ludzie nie wiedzą co robić z niepotrzebnymi lekami. W aptekach powinny znajdować się pojemniki na przeterminowane medykamenty. Ale pojemników takich nie ma.

Do redakcji „Gazety Lekarskiej” zgłosił się emeryt. Starszy, skromny pan, który chciał pozbyć się niepotrzebnych środków leczniczych. Odwiedził kilka aptek. Żadna jednak nie chciała od niego przyjąć kłopotliwych i zbędnych środków. W szpitalu też odmówiono przyjęcia leków jeszcze nie przeterminowanych.

Energiczny pan chciał zainteresować problemem jedną z ogólnopolskich gazet codziennych. W redakcji spotkał się z nieoczekiwaną reakcją. Zażądano od niego zapłaty za artykuł poruszający ten odpadkowy problem. „To niesamowite. Nie mam pieniędzy na artykuły tego rodzaju. A problem jest. Pastylki leżą na śmietniku. Nikt się nimi nie interesuje. Nikt nie chce przyjmować do utylizacji czy do wykorzystania tych, które nie straciły okresu przydatności. Co z tym robić?” – zastanawia się zbulwersowany mężczyzna.

Na ulicach i w osiedlach stoją ogromne pojemniki na papier, szkło i plastik. Te odpadki nie szkodzą ludziom bezpośrednio. Segreguje się je po to, aby część ich po odpowiedniej przeróbce odzyskać. Porzucone leki zagrażają środowisku i przypadkowym, niekontrolowanym nabywcom. Kto powinien zająć się tym pastylkowym problemem? Jest to wielki kłopot dla tysięcy, a może milionów obywateli porządkujących domowe apteczki.

I po LEP-ie

Tylko 38 stażystów (1,82%) nie zdało Lekarskiego Egzaminu Państwowego. Obawy lekarskiej młodzieży o utratę prestiżu u progu zawodowej kariery prysły jak mydlana bańka. Akademia medyczna w Bydgoszczy i Gdańsku i Uniwersytet Medyczny w Łodzi odnotowały stuprocentowy wynik pozytywny. Czyste konto zachowali lekarze, którzy odbywali staże na terenie izb: dolnośląskiej, białostockiej, kujawsko-pomorskiej, częstochowskiej, łódzkiej, opolskiej, świętokrzyskiej, a także izb w Płocku, Koszalinie i Częstochowie. Rewelacyjną średnią 159,4 pkt. mogą poszczycić się lekarze z Gorzowa Wielkopolskiego.

W całym kraju do egzaminu przystąpiło 2081 stażystów oraz 807 lekarzy z prawem wykonywania zawodu, dla których LEP miał być kwalifikacją do rozpoczęcia specjalizacji.

Najlepszy wynik w kraju zdobyły dwie osoby: z Krakowa i Katowic, które uzyskały 182 punkty na 197 możliwych. Przypominamy, iż do zaliczenia egzaminu należało uzyskać co najmniej 56% poprawnych odpowiedzi (111 pkt.). Średnia krajowa wyniosła 147,9 pkt. Trzy zadania dot. wskazań do transfuzji koncentratu płytkowego, najczęstszej przyczyny krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego i stanu będącego przyczyną przewlekłej duszności anulowano na wniosek zdających i po zasięgnięciu opinii konsultantów karjowych.

Ja też zdałam egzamin na 82% i jestem zarejestrowana w Urzędzie Pracy, na razie nie zapowiada się, żeby było inaczej. Pozdrawiam ministra zdrowia – napisała w liście do „Gazety Lekarskiej” stażystka z Poznania.

Gorzej od swych młodszych kolegów wypadli lekarze, którzy mają już kilkuletnią praktykę; nie zdało aż 128 z nich. W tej grupie zdających średni wynik wyniósł 129,3 pkt. Najgorzej w tej grupie poszło lekarzom zdającym w Warszawie i Krakowie. – Podpisałem już wszystkie świadectwa złożenia LEP-u i mam nadzieję, w ciągu 2 tygodni wszyscy je otrzymają – powiedział prof. Stanisław Orkisz.

(ms)

Co mają do powiedzenia w tej sprawie władze sanitarne kraju? A może również porządkowe? I farmaceutyczne... Czy utylizacja przeterminowanych leków nie może stać się opłacalnym biznesem? Tylko kto miałby za to płacić?

g.

foto. Marek Stankiewicz

Emigracja nic nie zmienia

Istnieje brak przyzwolenia społeczne-
go na wysokie zarobki lekarzy. Jeste-
śmy postrzegani jako grupa zarozumia-
łych cwaniaków, wyzyskująca „biedny i
uciśniony” naród – „najuboższych”. Le-
karz, to ten, co wyciąga łapę po ostatni
wdowi grosz od biednej rodziny i kupuje
sobie najnowsze audi...

*Ideal lekarza wg narodu: biedny, harują-
cy jak koń, leczący wg „widzimisię” pa-
cjenta i przez całą dobę trzymający pa-
cjenta za rękę.*

*Jeśli uzyskamy aprobatę i sympatię me-
diów, to będą podwyżki, jeśli nie - strajki
nic tu nie zmienia, każde bowiem nasze po-
sunięcie może się obrócić przeciwko nam,
wystarczy odpowiednio je naświetlić.*

*Tak naprawdę to wystarczy obniżyć limi-
ty w szpitalach i przychodniach, zmniej-
szyć obsadę dyżurów, a ubytku 10-20%
kadry lekarskiej nawet nikt nie zauwa-
ży. Nie ludźmy się, że emigracja zarob-
kowa zmieni cokolwiek w naszych, pol-
skich, portfelach.*

Esteban

Nazwiska i adresy znane redakcji

Narodowy Fundusz Wysokich Zarobków

Mówi się, że urzędnicy w NFZ zara-
biają krocie? Nie interesuje mnie
ile zarabia się w Funduszu – to są pla-
ce adekwatne do funkcji. To tylko leka-
rze zarabiają gorzej i jeszcze się im robi
łaskę, że mogą pracować.

*Jeżeli się nie zjednoczymy i wreszcie nie tup-
niemy, to ta sytuacja nigdy się nie zmieni.
Towarzysze tak łatwo nie oddadzą podsta-
wowej zdobyczy socjalizmu, czyli bezpłat-
nej służby zdrowia.*

*To my musimy im udowodnić, że lekarz
jest dobrem bardzo drogim i trudno do-
stępny. Ale nie zrobimy tego przyjmują-
jąc w poradni 100 pacjentów, zarabiając
brutto 1,1 zł od głowy. Żaden glazurnik
za złotówkę nie popatrzy nawet na płyt-
kę, a lekarz w tej cenie zbada, receptę
wypisze... i tylko się będzie dziwić, że go
nie szanują.*

Katarzyna Boch

Okiem Prezesa

Wraz z końcem roku przychodzą analizy, co w minionym okresie udało się, a co było porażką. Nie był to rok lekki – pracowaliśmy ciężko. A co z tego wszystkiego wynikło?

Już na początku roku Naczelna Rada Lekarska skierowała do ministra zdrowia niecierpliwie wyczekiwany autorski projekt rozporządzenia w sprawie rodzajów umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych. Oczekiwaniem NRL jest powierzenie większości obowiązków w zakresie organizacji tego kształcenia samorządowi. Nadal jednak czekamy na decyzję ministra w tej sprawie.

Wielokrotnie w ciągu tego roku NRL zabierała głos wobec zmieniającej się aktualnej niezadowolającej sytuacji w sektorze ochrony zdrowia oraz zmieniających się planów legislacyjnych. Niestety, mimo pewnej szansy na istotne zmiany, która pojawiła się po decyzji Trybunału Konstytucyjnego, przyjęta w lecie ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie zawiera wielu zapisów pozwalających z optymizmem patrzeć w przyszłość. Nie zostały przede wszystkim zrealizowane postulaty NRL w zakresie poszukiwania dodatkowych źródeł finansowania opieki zdrowotnej. Chociaż, myśląc o przyszłości, trzeba przyznać, że obecnie większość polityków podziela żądania NRL decentralizacji płatnika oraz wprowadzenia współpłacenia za świadczenia zdrowotne. Pewnym sukcesem są zapisy art. 137 ustawy mówiące o obowiązku negocjowania ogólnych warunków umów na świadczenia zdrowotne m.in. z NRL. Obecnie toczą się konsultacje nad regulaminem tych negocjacji.

Niewątpliwie sukcesem NRL jest doprowadzenie do uznawania kwalifikacji polskich lekarzy i lekarzy dentystów we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Powołany przy Naczelnej Izbie Lekarskiej Ośrodek Uznawania Kwalifikacji oraz okręgowe izby lekarskie mają pełne ręce roboty wystawiając zaświadczenia kolegom pragnącym szukać szczęścia (i pieniędzy) za granicą.

W nowej rzeczywistości członkostwa w UE NRL zaktywizowała swój udział w europejskich organizacjach lekarskich, a także włączyła się w dyskusję nad projektami nowelizacji przepisów europejskich: Dyrektywy dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy oraz Dyrektywy o usługach.

NRL przyjęła nowelizację uchwały w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy dostosowującą ordynację do zmieniających się potrzeb członków samorządu.

Mimo licznych protestów NRL, przyjęto fatalne w skutkach dla lekarzy i lekarzy dentystów oraz w zakresie prowadzenia doskonalenia zawodowego przepisy o swobodzie działalności gospodarczej. Obecnie prowadzone są rozmowy w sprawie zmiany tej niefortunnej (nie tylko w tym zakresie) ustawy.

Jak dotychczas, m.in. dzięki ścisłej współpracy z innymi samorządami zawodów zaufania publicznego, udaje się powstrzymać rządowe prace zmierzające do przygotowania tzw. ustawy kagańcowej odbierającej samorządność tym samorządom.

NRL wywiera intensywne naciski na rzecz zmian przepisów podatkowych i w zakresie prawa pracy (urlopy szkoleniowe) mających powstrzymać coraz bardziej masowy exodus polskich lekarzy za granicę. Ma to także związek z wejściem w życie rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. Kształt tego rozporządzenia jest niemal kalką odpowiedniej uchwały NRL z 2003 r., którą wielu kolegów zna już dobrze w praktyce, zbierając punkty edukacyjne za udział w doskonaleniu zawodowym.

NRL od ponad roku zabiega o prawidłowy kształt dyskusowanego w Sejmie projektu ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw. Między innymi dzięki tym naciskom rząd przyjął autopoprawkę do tej ustawy odchodzącą od obligatoryjności komercjalizacji SP ZOZ-ów. Między innymi dzięki naciskom NRL na licznych polityków udało się doprowadzić do zmian w ustawie o komornikach korzystnych dla zadłużonych szpitali.

Rok 2004 to okres burzliwego rozwoju Spółdzielczej Kasy Oszczędnościowo-Kredytowej Izb Lekarskich. SKOK IL z wątpli i z wątpliwą przyszłością inicjatywy kilkunastu zapaleńców staje się bankiem lekarskim. Obecnie zrzesza już prawie 2000 lekarzy i lekarzy dentystów oraz dysponuje aktywami wartości prawie 10 mln zł.

Czy kończymy dobry rok – niech każdy oceni. O następnym będzie w kolejnym moim felietonie.

Życzę wszystkim wielu łask i radości z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia i dobrego Nowego Roku.



Bo się narodził Zbawiciel, wszego świata odkupiciel – Gloria! Gloria! Gloria! in excelsis Deo!

Wigilijny wieczór, jedyny w roku, w którym serce każdego wierzącego człowieka bije mocniej. Wieczór, w którym bierzemy do ręki opłatek i składając sobie życzenia dzielimy się nim z tymi, z którymi łączyło nas życie.

Wigilijny opłatek jest znakiem naszej otwartości, życzliwości i dobrej postawy. Jest symbolem naszych najpiękniejszych i najbardziej ukrytych pragnień radości i wzajemnej miłości. Jest wreszcie bardzo wyraźnym wezwaniem. Łatwo bowiem podzielić się chlebem, o wiele trudniej sercem i miłością. Tymczasem ludzie nie czekają na okruszynę naszego chleba, lecz na okruszynę serca i miłości.

Dobry Bóg od zarania wieków dzielił się z nami chlebem. Dawał ludziom słońce, powietrze, wodę, urodzaje... wszystko, co potrzebne do życia. Ale najważniejsze to, że Bóg postanowił podzielić się z nami swoim sercem, swoją miłością. W Roku Eucharystii warto przypomnieć sobie prośbę uczniów z Wieczernika: *mane nobiscum* – „zostań z nami”. Został Chrystus z nami, by po-

dzielić się niepojętą miłością, która kiedyś skłoniła Go do ukrycia swego majestatu w osobie bezradnego Dziecięcia, a dziś pod postacią okruszyny chleba, dzieli się z braćmi sercem i miłością.

Obchodzimy Boże Narodzenie i myślimy o ponad dwu tysiącach lat zbawienia. To znaczy myślimy o tym, co stało się za sprawą życia i śmierci jednego człowieka: Jezusa z Nazaretu. Razem z całym Kościołem przeżywamy to, co sprawiło tych niewiele słów przez Niego wypowiedzianych i zapisanych w Ewangelii, która jest Dobrą Nowiną dla nas wszystkich.

Tyle razy spoglądaliśmy na stajenkę betlejemską. Zachwycało nas bijące z niej ciepło. Ludzie różnie reagują na światło, które bije od Betlejem. Herod odczytuje je jako zagrożenie dla swego małego świata, swojej władzy, swojej codzienności, swoich przyzwyczajęń. Mieszkańcy Betlejem zamykają bardziej serca niż domy, by nie pozwolić oczarować się dobroci, szczerze i prostej. Trzej Królowie ponoszą trud, by przyjść z daleka i ukłnąć w pokorze przed Bogiem. Pasterze – zbudzeni, trochę przestraszeni dziwnym biegiem nocy – idą, aby podzielić radość z obecności Dziecięcia. Przez całe stulecia do Betlejem zdążali wielcy i mali tego świata. Wszyscy przeżywali tutaj niezapomniane chwile. Ta wędrówka trwa do dziś, ograniczana jedynie przez trudne momenty wojny palestyńsko-izraelskiej.

Wśród nich jesteśmy i my, lekarze. Pielgrzymujemy do Betlejem. W roku Jubileuszu 2000 Narodzin Syna Bożego byli razem ze mną lekarze w Ziemi Świętej. Byliśmy również w Betlejem. Wchodziliśmy do Groty Narodzenia Pana i czuliśmy się jakby lepsi w blasku i ciepłe Gwiazdy Betlejemskiej. Jest ona jedyna, ale tak potężna, że na firmamencie całej drogi mlecznej tylko ona przyciąga naszą uwagę. Światło płynące od tego źróbka ośmiela w nas pragnienie dobra. Jest jakaś tajemnicza moc w szczerości. Ona jest mocniejsza od naszego zmęczenia, od naszych rozczerowań, potężniejsza od lodu naszych pustych nocy...

Małe Dziecię rozbraja w nas nagromadzone uprzedzenia, każe zapomnieć o okrucieństwie i terroryzmie świata, pozwala ludzi się – chociaż przez chwilę – że jest inaczej, że coś się zmieniło, nabrało sensu...

W Betlejem Bóg objawia jakby swoje „drugie oblicze”. Ukazuje się w znaku Dziecięcia. Tutaj nie ma miejsca na grozę. Rodzi się nowy obraz Boga. Tego, który jest delikatny i bezbronny jak dziecko. Tego, który pragnie spocząć w sercu człowieka niczym w ramionach matki. Obraz Tego, który nie jako ukrywa swe bóstwo, aby ośmielić człowieka.

Antoine de Saint-Exupery w *Małym Księciu* umieszcza ciekawą rozmowę Księcia z lisem. Lis prosi go: „Oswój mnie”. Co to znaczy „oswoić”? – „Oswoić – to znaczy stworzyć więzy”. Bóg pragnie nas „oswoić” – to znaczy stworzyć więzy. Więzy braterstwa i miłości. Bóg stał się człowiekiem. Przyjął nasze, ludzkie, ciało. Cóż zatem oznacza to Wcielenie Syna Bożego, jeśli nie braterstwo Boga z wszystkimi ludźmi?

Narodzenie Dziecięcia – jest znakiem łaskowości Boga. Jezus rodzi się dla nas, „dla nas i dla naszego zbawienia zstąpił z nieba” (Wyznanie wiary). Święta Narodzenia Pańskiego są świętami nadziei. W tym momencie Bóg mówi nam: „Nie jesteście Mi obojętni. Nie jestem «Wielkim Zegarmistrzem», który uruchomił mechanizm kosmosu, który dał wam początek, i obojętny zostawił was waszemu losowi.” Bóg jest z troską o nas. Żyjemy w Jego sercu. Jezus rodzi się, ponieważ Ojciec niebieski nie chce nas zostawić samym sobie. Bóg wchodzi w nasze życie, aby zbawić.

Chrześcijański lekarz, którego Ojciec święty Jan Paweł II w „Karcie pracowników służby zdrowia” nazywa „sługą życia”, powinien pozwolić Panu narodzić się i wejść w nasze życie, zaufać Mu. Kołysany między wiarą i wątpliwością, albo niemożnością źle funkcjonującej ochrony zdrowia i wybrania swego miejsca – z tego wszystkiego wybiera się – obchodzenie Świąt Bożego Narodzenia. Obchodzenie z całym zachwytem rodzinnego kontaktu, przelewania



się z towarzystwa w towarzystwo, w nastroju świątecznym, z liryzmem ludowym kolęd. Tylko na to wszystko nie potrzeba być wcale chrześcijaninem i ci, co w żadne narodzenie Boga nie wierzą, też obchodzą Boże Narodzenie.

Co więcej czyni ten, którego nazywają katolikiem?

Czuje się związany z Bogiem przy pomocy opłatka, opłatkiem jest przylepiony do Boga. W barokowej Polsce, kiedy pieczętowano listy lakiem, krążyło przysłowie „Z braku laku dobry i opłatek” (zalepiano listy opłatkiem). Bardzo licha forma, forma deficytu – przylepianie się do Boga opłatkiem – puszcza zwykle, odklejony człowiek idzie drogą odmienną niż Bóg. To geneza wszystkich krachów wiary w człowieka – nie Bóg od człowieka, ale człowiek odlepił się od Boga. Czy warto? Odnaleźć Boga nie na zasadach dolepienia się opłatkiem, a wewnętrznej przemiany. Znaleźć Boga nie można, można Go tylko znajdować każdego dnia od nowa przez ustawiczne przetwarzanie się w dobro, w lepszego człowieka, przez przemianę.

Oby życie chrześcijańskiego lekarza było życiem takiej wiary, o jakiej przed laty pisał poeta:

*O Wiaro święta. Chrystusa wiaro!
Ty przodków cnotę budziłaś starą:
Bo ci przodkowie, ci nasi starzy,
Brali hart ducha od twych ołtarzy.
Rozumni w radzie, bitni na wojnie,
Cały swój zawód wiedli dostojnie:
Bo swoje sprawy o każdej chwili
Bogiem poczęli, Bogiem kończyli...*
(Władysław Syrokomla)

Zyczyć zaś chcę na Święta Bożego Narodzenia wszystkim Drogim Lekarzom, Profesorom, Pracownikom Naukowym i sobie samemu, aby wszystko wokół nas przebiegało tak normalnie, że aż nudno. Żeby nie było dziwactw i śmieszności, żeby zdrowie społeczeństwa nie znajdowało się w rękach polityków, ale lekarzy i abyście nie musieli nagle leczyć na zachorowania sercowe ludzi skorumpowanych. Żeby wszystko było przemyślane i mądre. Tego wszystkiego życzymy sobie za sprawą Bożej Dzieciny.

Warszawa, 17.11. 2004 r.

ks. Józef Jachimczak CM
krajowy duszpasterz służby zdrowia

Jak wypisywać recepty

Nowe rozporządzenie ministra zdrowia z 28 września 2004 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. nr 213, poz. 2164) reguluje sposób i tryb wystawiania (przez lekarzy, lekarzy dentystów i felczerów) recept uprawniających do nabycia leku lub wyrobu medycznego bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością.

Dostosowane jest do przepisów nowej ustawy zdrowotnej, obowiązującej od 1 października br.

Zgodnie z rozporządzeniem wystawienie recepty polega na czytelnym wypełnieniu awersu oraz złożeniu własnoręcznego podpisu przez osobę uprawnioną.

Poprawki na receptce mogą być dokonywane wyłącznie przez lekarza wystawiającego receptę i potwierdzone podpisem i pieczęcią. Aptekarzowi wolno skorygować jedynie kod oddziału NFZ lub kod uprawnień pacjenta – na podstawie dokumentów. Na receptce nie mogą być zamieszczane informacje niezwiązane z jej przeznaczeniem, w tym reklamy.

Jak wypisać receptę „refundowaną”?

• Pole „Recepta – Świadczeniodawca”

Może to być pieczęć albo nadruk, np. komputerowy. Zamieszcza się tu następujące dane związane ze świadczeniodawcą (podmiotem upoważnio-

nym, mającym odpowiednią umowę z NFZ):

• **Nazwę, adres i telefon** upoważnionego podmiotu (ZOZ-u, praktyki).

• **Identyfikator świadczeniodawcy.** Pierwszy człon to część I resortowego kodu identyfikacyjnego określonego odrębnymi przepisami, a jeśli nie został nadany, to 9 pierwszych cyfr numeru REGON. Drugi człon to część VII tegoż kodu resortowego, a jeśli nie został nadany, to 3 cyfry innego kodu, uzgodnionego z Funduszem. **Praktycznie na razie identyfikator to REGON.**

Jeśli receptę wystawia lekarz lub lekarz dentysta, który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, a zawarł umowę z Funduszem upoważniającą do wystawiania recept „refundowanych”, to w tym właśnie polu umieszcza swoje dane (imię, nazwisko, adres, numer telefonu) oraz numer nadany mu przez Fundusz. Składa się on z dziewięciu cyfr: dwie pierwsze 98, następne dwie cyfry to kod danego oddziału Funduszu, potem pięciocyfrowy numer nadany przez Fundusz.

Uwaga! Docelowo na samej górze będzie umieszczony indywidualny numer recepty.

• Pole „Pacjent”

Wpisujemy tu dane dotyczące pacjenta: imię (imiona) i nazwisko, adres zamieszkania, wiek (tylko w przypadku pacjenta do lat 18). Tu także będziemy wpisywać numer potwierdzający identyfikację pacjenta (numer ubezpieczonego), gdy zostanie to wprowadzone. W przypadku pacjentów z uprawnieniami IB, IW musimy także wpisać PESEL pacjenta. Jeśli lekarz wystawia receptę dla siebie, wpisuje dodatkowo w polu pacjenta „pro auctore”, a jeśli dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej – „pro familia”.

Uwaga! Wstępni i zstępni w linii prostej to wyłącznie pradiadkowie, dziad-

kowie, rodzice, dzieci, wnuki, prawnuki. Ciotki, wujowie, teściowie, szwagierki oraz inni krewni i powinowaci nie należą do kręgu osób objętych tym przepisem.

• Pole daty i lekarza

Tu wpisujemy datę wystawienia recepty oraz podpisujemy receptę, przystawiając pieczęć. Ma ona zawierać minimum imię i nazwisko lekarza wystawiającego receptę oraz co najmniej numer prawa wykonywania zawodu. Obecnie zamiast pieczęci może to być nadruk. *Uwaga! Proszę zauważyć, że nie ma obowiązku podawania adresu i telefonu! Można zamieścić te dane, ale pozostawiono to do decyzji lekarzy.*

Jeżeli pacjent przedstawia książeczkę RUM, to recepty wystawiane są na kuponach tej książeczki. Jeśli pacjent przedstawia elektroniczną kartę ubezpieczenia, to recepty mogą być wystawiane na drukach recept zgodnych ze wzorem kuponu RUM.

Recepty na środki odurzające, substancje psychotropowe lub inne środki farmaceutyczne oznaczone symbolem „RP.w.” (zgodnie z odrębnymi przepisami) mają być wystawiane na drukach ścisłego zachowania w kolorze różowym, zgodnych ze wzorem recepty refundowanej. Wystawiane są z kopią, która pozostaje u świadczeniodawcy lub osoby wystawiającej receptę.

Uwaga! Druga strona recepty pozostaje pusta (tam aptekarze dokonują otaksowania).

Wszelkie kody kreskowe, jedno- lub dwuwymiarowe umożliwiające automatyczny odczyt danych będą umieszczane w dolnej części pola z napisem „RP” (dodatkowy zapis kreskowy przewiduje się dla danych świadczeniodawcy, numeru identyfikacyjnego pacjenta, numeru recepty).

Recepta „refundowana” ma wielkość 1/3 formatu A4, czyli wymiary nie mniejsze niż 98 na 203 mm i nie

Identyfikatory

Oddziałów Wojewódzkich Funduszu

Identyfikator - Nazwa oddziału wojewódzkiego

- 01 - Dolnośląski Oddział NFZ we Wrocławiu
- 02 - Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ w Bydgoszczy
- 03 - Lubelski Oddział NFZ w Lublinie
- 04 - Lubuski Oddział NFZ w Zielonej Górze
- 05 - Łódzki Oddział NFZ w Łodzi
- 06 - Małopolski Oddział NFZ w Krakowie
- 07 - Mazowiecki Oddział NFZ w Warszawie
- 08 - Opolski Oddział NFZ w Opolu
- 09 - Podkarpacki Oddział NFZ w Rzeszowie
- 10 - Podlaski Oddział NFZ w Białymstoku
- 11 - Pomorski Oddział NFZ w Gdańsku
- 12 - Śląski Oddział NFZ w Katowicach
- 13 - Świętokrzyski Oddział NFZ w Kielcach
- 14 - Warmińsko-Mazurski Oddział NFZ w Olsztynie
- 15 - Wielkopolski Oddział NFZ w Poznaniu
- 16 - Zachodniopomorski Oddział NFZ w Szczecinie

większe niż 103 na 211 mm. Recepta „pełnopłatna”, na której przepisano tylko leki i materiały medyczne nie podlegające refundacji, nie musi odpowiadać wzorowi recepty refundowanej. Jednak wymiary recept nie mogą być mniejsze niż 95 mm (szerokość) i 140 mm (długość) – można więc wykorzystywać stare druki recept (Mz-Pom-31). Przed treścią recepty (jak w receptce „refundowanej”) musi wystąpić adnotacja „Rp.”, muszą być dane pacjenta, data wystawienia recepty, dane wystawiającego receptę (koniecznie z numerem telefonu do kontaktu).

Gdzie można dostać nowe recepty?

Na razie kupujemy je w sklepach z drukami. W przypadku wprowadzenia przez Fundusz druków recept z nadrukowanym numerem recepty Fundusz będzie wydawać je upoważnionym podmiotom nieodpłatnie albo odpłat-



rys. Małgorzata Gryń

nie – przy czym opłata obejmie tylko koszt wytworzenia druków, bez kosztów naniesienia numerów, dodatkowych zabezpieczeń i dystrybucji recept – lub przydzielać upoważnionym świadczeniodawcom (na ich wniosek) zakresy liczb mających służyć jako numery recept.

Druki recept przechowuje się w warunkach zapewniających należytą ochronę przed zniszczeniem, utratą lub kradzieżą. W razie zniszczenia, utraty lub kradzieży druków recept refundowanych i „narkotycznych” należy niezwłocznie powiadomić o tym Fundusz (podając fakt, okoliczności i numery druków recept), który niezwłocznie przekazuje elektronicznie cechy i numery skradzionych recept wszystkim aptekom.

• Pole „Oddział NFZ” po prawej stronie

To miejsce na wpisanie identyfikatora oddziału wojewódzkiego Funduszu lub symbolu państwa instytucji właściwej dla osoby korzystającej ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji (tab. kodów państw zawarta w rozporządzeniu – str. 30). Jeśli pacjent nie jest ubezpieczony, wpisujemy „X”.

• Pole „Uprawnienia”

Kod uprawnień pacjenta: IB, IW, ZK, WP, PO, AZ, CN, DN (jak poprzednio). Wprowadzono także dodatkowy kod IN (Tabela Kodów Uprawnień przy rozporządzeniu). Jeśli pacjent nie ma dodatkowych uprawnień, wpisujemy „X”.

• Pole „Ch. Przewlekłe”

Kod dodatkowych uprawnień pacjenta związanych z chorobą wynikających z innych przepisów (patrz str. 31). Jeśli je posiada, wpisujemy „P”, jeśli nie – wpisujemy „X”.

• Zwracamy uwagę na art. 38 ust. 5 ustawy zdrowotnej, który stanowi: „Jeżeli w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2 (dotyczących leków podstawowych, uzupełniających i refundowanych w chorobach przewlekłych – red.), zamieszczono lek o nazwie międzynarodowej, apteka może wydać na zasadach określonych w art. 36 ust. 1, art. 37 ust. 1 oraz art. 43–46 również inny lek dopuszczony do obrotu, nie zamieszczony w tych wykazach, a o tej samej nazwie międzynarodowej, pod warunkiem, że jego cena nie jest wyższa od limitu ceny, a jeżeli limit nie został ustalony – od ceny leku zamieszczonego w wykazach”. Nowa ustawa włącza tu więc także leki ujęte w wykazach „P” jako bezpłatne (w poprzedniej ustawie były wyłączone z tej zasady).

• Pole treści recepty (Rp.)

Tu wpisujemy:

- nazwę handlową leku albo wyrobu medycznego i/lub nazwę substancji czynnej (międzynarodową),
- postać, w jakiej lek ma być wydany (w przypadku, gdy lek jest zarejestrowany w więcej niż jednej postaci),
- dawkę (w przypadku, gdy lek jest zarejestrowany w więcej niż jednej dawce),
- ilość leku lub wyrobu medycznego, a w przypadku leku recepturowego – nazwę i ilość surowców farmaceutycznych, które mają być użyte do jego sporządzenia,
- sposób dawkowania.

Zasady zapisywania

Używamy cyfr arabskich. Określamy liczbę opakowań (op., lag.) leku lub ma-

Uprawnienia – Choroby Przewlekłe (oznaczone na receptce „P”)

Leki i materiały medyczne przepisuje się bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością osobom chorującym na choroby psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na następujące choroby zakaźne, przewlekłe, wrodzone, nabyte:

- 1) nowotwory złośliwe, w tym również:
 - raka piersi i raka trzonu macicy, raka piersi w II rzucie hormonoterapii,
 - raka prostaty,
 - neutropenię w chorobach nowotworowych,
 - przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych,
- 2) schizofrenię oporną na leczenie,
- 3) choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe,
- 4) chorobę Alzheimera,
- 5) padaczkę, w tym
 - padaczkę oporną na leczenie,
- 6) chorobę i zespół Parkinsona,
- 7) miastenię,
- 8) stwardnienie zanikowe boczne,
- 9) stwardnienie rozsiane,
- 10) astmę, przewlekłe zespół oskrzelowo-płucne,
- 11) cukrzycę,
- 12) mukowiscydozę,
- 13) fenyloketonurię,
- 14) zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergię pokarmową i biegunki przewlekłe,
- 15) akromegalię,
- 16) moczówkę prostą przysadkową,
- 17) gruźlicę, w tym
 - gruźlicę wielolekooporną i inne mykobakteriozy,
- 18) osteoporozę,
- 19) niedoczynność tarczycy,
- 20) jaskrę,
- 21) przewlekłe owrzodzenia.

Na receptach **IB** i **IW** musimy wpisać PESEL pacjenta w polu Pacjent. Do grupy **IB** doszły osoby represjonowane, ale nie ma tu jeszcze jednoznacznej interpretacji przepisów (podobnie jest przy kodzie **IN**).

W razie wątpliwości można dzwonić do NFZ, nr infolinii 0-800 392 976 (w dni powszednie w godz. 8.00-16.00).

Podstawa prawna: Ustawa z 27.08.04 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 210, poz. 2135) oraz rozp. ministra zdrowia z 28.09.04 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. nr 213, poz. 2164).

Uwaga! Przygotowywany jest projekt rozporządzenia zawierającego przepisy dostosowane do wymogów Unii Europejskiej. Informacje te zostaną zamieszczone w następnym wydaniu, na bieżąco zaś będą podawane na naszej stronie: www.lekseek.com

teriału medycznego, jednostki dawkowania (tab., kaps., amp), ilość surowca farmaceutycznego do leku recepturowego (wagowo w systemie metrycznym – np. 0.3, 0.015 itd. lub w jednostkach międzynarodowych, np. przy witaminach: 20 j.m. itd.). Surowce płynne

dokończenie na str. 10

Jak wypisywać recepty

dokończenie ze str. 9

można podawać w kroplach (np. 20 kropli, 30 gtt. itd.). Ilość surowca obojętnego, przeznaczonego do nadania odpowiedniej postaci leku można oznaczyć wyrazami „ilość odpowiednia”, „quantum satis” lub skrótem „q.s.”

Bardzo ważne jest określenie sposobu dawkowania. Bez podania sposobu dawkowania wypisać można 2 najmniejsze opakowania leku, 100 sztuk strzykawek do insuliny wraz z igłami, 100 sztuk pasków diagnostycznych, doustny środek antykoncepcyjny na 6 miesięcy. Podając sposób i czas dawkowania możemy wypisać na jednej receptce ilość leku lub wyrobu medycznego na okres 3 miesięcy (Przykład: Rp. Nazwa leku, dawka, postać, 270 tabletek, D.S.: 3x1 przez 3 mies.). Jeśli przepisana dawka jednorazowa lub dzienna leku zawierającego w swym składzie substancję bardzo silnie działającą, silnie działającą, środek odurzający lub substancję psychotropową przekracza dawkę maksymalną, osoba wystawiająca receptę jest obowiązana obok przepisanej dawki postawić wykrzyknik, zapisać ją słownie oraz umieścić swój podpis. Leku recepturowego możemy wypisać podwójną ilość na jednej receptce refundowanej, jeśli w okresie stosowania zostanie zachowana jego trwałość. W polu recepty może być też wpis polecenia pilnej realizacji przez zamieszczenie adnotacji „Cito!” lub innej równoznacznej (np. „Pilne!”, „Statim!” = natychmiast, „Citissime!” = najszybciej). Może być też wpis „nie zamieniać”, zastrzegający konieczność wydania pacjentowi wyłącznie określonego leku (a nie – zamienika).

Uwaga! Na jednej receptce można zapisać do 5 leków (wyro-

bów medycznych). Jednak leki uspokajające, silnie działające wypisać należy pojedynczo, na osobnych receptach! Dla ułatwienia rozliczeń warto stosować tę zasadę także wypisując leki ze zniżką przysługującą pacjentom z powodu określonych schorzeń (patrz str. 29).

Uwagi ogólne

Jeśli masz uprawnienia do wystawiania recept refundowanych, a wypisujesz na „nowym” blankiecie leki i materiały medyczne nie podlegające (według spisu leków) refundacji, to musisz wypełnić wszystkie trzy „boczne półki” pola pacjenta: półko Funduszy, półko choroby, półko uprawnień – lub wpisać tam „X” (Chodzi o pełną kontrolę wydatków, gdyż z racji uprawnień lub schorzeń niektórym osobom – np. IWB – przysługuje zniżka i otrzymują bezpłatnie leki nawet „pełnopłatne”. Wszystko to musi być zatem niezwykle dokładnie opisane w dokumentacji lekarskiej).

Jeżeli nie masz uprawnień do wypisywania recept refundowanych, a wykorzystujesz „nowy” blankiet recepty refundowanej, to we wszystkie „boczne półki” pola pacjenta wpisz znaki „X” – bez względu na uprawnienia pacjenta. Chodzi o to samo – czyli o uszczelnienie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (kontrolę wydatków). Pacjent ubezpieczony ma otrzymywać recepty „refundowane” tylko od podmiotów uprawnionych.

Realizacja recepty w aptece

W aptece, w razie nie wpisania przez lekarza kodu uprawnień związanych z chorobą, aptekarz musi wpisać w to pole znak „X” – choćby uprawnienia przysługiwały. Jeśli nieprawidłowo wpisano ilość leku lub sposób dawkowania, to lek wydaje się w ilości jednego opakowania (dla leków refundowanych), a dla leków nierefundowanych – jednego najmniejszego opakowania określonego w wykazie urzędowym.

Ważność recepty określono na 30 dni od daty wystawienia. 7 dni ważna jest recepta na antybiotyki oraz recepta wystawiona w ramach pomocy doraźnej. Recepta na leki sprowadzane z

zagranicy dla użytkowników indywidualnych (wg osobnych przepisów) ważna jest 60 dni.

Leki wydawane są w pełnych opakowaniach.

Jeżeli ilość leku podana jest w jednostkach dawkowania, to wydaje się zestaw jak największych opakowań leku dających ilość leku nie większą niż przepisana przez osobę wystawiającą receptę.

Uwaga! Żeby uniknąć problemów, trzeba będzie przy pisaniu recepty sprawdzać z wykazem w ręku liczbę tabletek w opakowaniach, żeby nie mieć potem pretensji ze strony pacjentów, że dostali mniej leku niż było na receptce – bo tak się może zdarzyć (np. gdy wypiszemy sto tabletek leku z dawkowaniem „1x1, rano” – czyli niby wszystkim prawidłowo, jeśli jednak ten lek jest pakowany po 30 tab. – apteka wyda 3 op., czyli 90 tab.).

Lek refundowany może być wydawany wyłącznie w dawkach określonych na receptce.

To oczywiste. Ale jeśli wypiszemy komuś np. 100 tab. leku „ryczałtowego”, co stanowi 3

opakowania po 30 tab. i jeszcze 10 tab., ale są mniejsze opakowania, które pozwalają tak wydać – to jak pacjent płaci? Przewidziano to:

W przypadku gdy ilość leku znajdującego się w wykazie leków podstawowych, wydawanego na podstawie recepty, jest większa od ilości tego leku, za którą wnosi się opłatę ryczałtową, osoba wydająca lek pobiera wielokrotność opłaty ryczałtowej, a za pozostałą ilość leku:

– opłatę równą cenie leku, jeżeli cena za tę ilość jest niższa od opłaty ryczałtowej,

– opłatę ryczałtową, jeżeli cena za tę ilość leku jest wyższa od opłaty ryczałtowej.

Recepta po zrealizowaniu zostaje w aptece.

opr. Konrad Pszczółowski

Autor, dr med., specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej, jest członkiem Prezydium ORL w Warszawie, przewodniczącym Komisji Rejestru Lekarzy i Prawa Wykonywania Zawodu



rys. Małgorzata Gnyś

Symbole państw

Nazwa państwa
instytucji
właściwej

Symbol

Austria	AT
Belgia	BE
Cypr	CY
Czechy	CZ
Dania	DK
Estonia	EE
Finlandia	FI
Francja	FR
Grecja	GR
Hiszpania	ES
Holandia	NL
Islandia	IS
Irlandia	IE
Liechtenstein	LI
Litwa	LT
Luxemburg	LU
Łotwa	LV
Malta	MT
Niemcy	DE
Norwegia	NO
Portugalia	PT
Słowacja	SK
Słowenia	SI
Szwecja	SE
Węgry	HU
Wielka Brytania	GB
Włochy	IT

IB inwalida wojenny, uprawniony do bezpłatnych leków na podstawie książki inwalidy wojennego (wojskowego), wydanej przez ZUS, jego współmałżonek na wyłącznym utrzymaniu, wdowy po inwalidach wojennych uprawnione do renty rodzinnej – osoba posiadająca uprawnienia określone w art. 46 ustawy,

IW inwalida wojskowy (uprawniony do bezpłatnego zaopatrzenia w leki objęte wykazami leków refundowanych) – art. 45 ustawy,

ZK zasłużony honorowy dawca krwi, któremu przysługuje na podstawie recepty wystawionej przez uprawnionego lekarza bezpłatne zaopatrzenie w leki z wykazów leków podstawowych i uzupełniających oraz stosowane w związku z oddaniem krwi do celów leczniczo-zapobiegawczych – art. 43 ustawy,

WP wszyscy wojskowi i ich rodziny (poza PO, IW, IB) - dla celów statystycznych – art. 133 pkt 1, art. 134, 135 ust. 1, art. 161, 164 ust. 1, art. 170 ust. 1 i art. 206 ust. 1 ustawy z 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2002 r. nr 21, poz. 205 z późn. zm. 51),

PO żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenia lub ćwiczenia wojskowe, uprawnieni do bezpłatnych leków – art. 44 ustawy,

AZ osoby uprawnione do bezpłatnych leków przysługujących w związku z chorobami wywołanymi pracą przy azbestie – art. 7a ustawy z 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2004 r. nr 3, poz. 20, nr 96, poz. 959, nr 120, poz. 1252),

CN pacjentka nieubezpieczona, której wypisujemy leki refundowane w związku z ciążą, porodem i pójściem – art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy,

DN dzieci do 18 roku życia, których rodzice są nieubezpieczeni – art. 13 ust. 1 pkt 1 ustawy,

IN osoba nie ubezpieczona posiadająca uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów innych ustaw, o której mowa w art. 12 ustawy.

Art. 5, p. 32 nowej ustawy: przepisy o koordynacji – przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, określone w rozporządzeniu Rady (EWG) nr 1408/71 z 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie i rozporządzeniu Rady (EWG) nr 574/72 z 21 marca 1972 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie oraz w rozporządzeniu Rady (WE) nr 859/2003 z 14 maja 2003 r. rozszerzającym przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo.

Praktycznie: pacjent z UE ma okazać formularz z grupy „E” albo dowód ubezpieczenia w NFZ. Choć nie ma takiego wymogu, radzimy zrobić kopię tego formularza i załączyć do dokumentacji lekarskiej.

Uwagi redakcyjne. W oczekiwaniu na uaktualnienie wykazów leków refundowanych oraz nowelizację przepisów, które weszły w życie 1 października 2004 r. doradzamy, aby przepisując lek nie wymieniony pod nazwą handlową w aktualnych wykazach, chociaż zawierający tę samą substancję czynną, podawać w nawiasie nazwę międzynarodową. Powinno to ułatwić aptece właściwą realizację recepty – z uwzględnieniem refundacji.

Aktualne informacje w lekospisach **LEKSEEK** oraz na stronach internetowych **www.lekseek.com**

Lot po funty

Grażyna Ciechomska

Nieudana restrukturyzacja szpitali, nieustannie wzrastające zadłużenie i niepewność jutra zmuszają lekarzy do ucieczek z ojczyzny.

Niektórzy zastanawiają się, jak zatrzymać specjalistów w kraju i jak poprawić ich los. Na interesujący pomysł wpadła Łódzka Izba Lekarska. Znalazła rozwiązanie na znaczne zwiększenie wynagrodzeń. Porozumiała się z firmą zajmującą się pracownikami tymczasowymi na terenie Wielkiej Brytanii. I podpisała umowę.

„Naszą rolą jest to, aby lekarzy decydujących się na wyjazdy kierować do pracy w sposób cywilizowany – wyjaśnia Grzegorz Krzyżanowski, przewodniczący Łódzkiej Rady Lekarskiej. – Dochodziły nas słuchy, że różnego rodzaju pośrednicy proponują polskim lekarzom pracę, a następnie nie wywiązują się z zobowiązań. Niektórzy z poszkodowanych wracają do Polski. Inni starają się załatwić pobyt za granicą na własną rękę. Ale płacą horrendalne kwoty za możliwość zatrudnienia w kraju unijnym.”

Co jest istotą umowy? Łódzka Izba Lekarska ma gwarantować odpowiednie kwalifikacje wyjeżdżających lekarzy. Natomiast firma brytyjska jest zobowiązana do całkowitej opieki nad lekarzem w nowym miejscu pobytu i

pracy. I to już od momentu wylądowania na lotnisku.

Umowa jest w zasadzie eksperymentalna. Została skonstruowana w taki sposób, aby lekarze nie rezygnowali z pracy w szpitalach i przychodniach polskich. Będą wyjeżdżali na weekendowe dyżury na Wyspy Brytyjskie. Istnieje też możliwość dłuższych pobyków, np. tygodniowych, dwutygodniowych, miesięcznych, a nawet dwumiesięcznych. Grzegorz Krzyżanowski dopuszcza możliwość skorzystania przez niektóre osoby z urlopów bezpłatnych. Ale te ostatnie nie byłyby powszechne. Raczej w sytuacjach wyjątkowych.

Szefowie samorządu łódzkiego zakładają, że lekarzowi, któremu nowe miejsce pracy spodoba się i będzie miał życzenie pozostać na dłużej, nie będą stawiane przeszkody. Pod warunkiem jednak, że jego pracę i osobę zaakceptuje nowy pracodawca.

„W wyjazdach będą mogli uczestniczyć lekarze wszystkich dziedzin medycyny. Umowa nie przewiduje ograniczeń – deklaruje szef łódzkiej izby. – Podpisując umowę mieliśmy na uwadze jedynie dobro indywidualnego lekarza. Izba nie będzie miała z tego tytułu żadnych wymiernych korzyści.”

Jedynym zobowiązaniem wyjeżdżającego lekarza jest złożenie sprawozdania z pobytu i pracy po powrocie. Członkowie łódzkiej izby zastanawiają się, czy wypracowany na papierze model sprawdzi się w praktyce. Czy nie będzie żadnych wpadek? Czy firma, z którą umowa została zawarta, sprostą wszystkim zadaniom wynikającym z zawartego porozumienia? A jest ich niemało.

Przedstawiciel firmy będzie zajmował się nowo przybyłym lekarzem od momentu wylądowania. „Chodzi nam o to, żeby lekarz z Polski nie był za-

gubiony, jak dziecko we mgle, kiedy ląduje na lotnisku Heathrow czy jakimkolwiek innym – mówi rozmówca. – Do opiekuna będzie należało odebranie z lotniska, załatwienie noclegów czy mieszkania, opiekuńki do dziecka. I rozwiązanie wszystkich innych życiowych spraw.”

Czego będzie oczekiwała firma brytyjska od swoich polskich podopiecznych?

Mam II stopień specjalizacji. Jestem siedem lat po studiach. Za tydzień pracy w szpitalu po 8 godzin dostaję 310 zł na rękę – skarży się w Internecie młody lekarz. A jego jeszcze młodszy kolega dodaje: Jestem lekarzem w trakcie specjalizacji. Za tydzień pracy w szpitalu w ubiegłym roku otrzymywałem 290 zł.

Rzetelnych kwalifikacji. Solidnej pracy. I 10 proc. datku od zarobionej sumy. Ale tylko w przypadku, jeśli dochody lekarza będą wyższe niż 340 funtów tygodniowo. A z tym nie będzie kłopotu. Z pierwszych informacji wynika, że zarobki z wyjazdów weekendowych będą znaczne.

„Najważniejszą sprawą jest obietnica, jaką złożyli Anglicy naszym lekarzom. Gwarantują wynagrodzenia takie, jakie otrzymują ich angielscy koledzy na tych samych stanowiskach. Nie będzie żadnej dyskryminacji płacowej” – deklaruje Danuta Korcz, rzecznik ŁIL.

„Nie możemy godzić się na stawki porównywalne. To określenie jest nieprecyzyjne. Przy takich zapisach odlicza się naszemu lekarzowi jakieś kwoty. I w konsekwencji otrzymuje on połowę tego, co lekarz brytyjski. Musi-

TABELA 1.

Lekarz pierwszego kontaktu	Okres	Płaca w funtach
Gabinet w Londynie	5 x 2 sesje dziennie + wieczory na dyżurze	1499
Baza marynarki	5 x 2 sesje dziennie	1246
Więzienie	Pełny weekend na wezwanie	1296

my stanowczo stać przy stawkach takich samych” – dodaje Paweł Czekalski, sekretarz Łódzkiej Rady Lekarskiej.

Wstępne informacje dotyczące stawek są bardzo optymistyczne. „Ale – studzi emocje Danuta Korcz – uzyskiwany dochód będzie zależał od kilku czynników. Po pierwsze, od miejsca zatrudnienia. Od tego czy praca będzie wykonywana w dużym mieście, czy gdzieś na peryferiach. Istotne jest też, na jakim stanowisku zostanie się zatrudnionym. Jakie ma się kwalifikacje.”

Wielką zachętą są jednorazowe bonusy na zagospodarowanie. Wysokość ich została ustalona na poziomie 12-15 tys. funtów. Ale w tym przypadku deklaracje strony brytyjskiej nie są już tak jednoznaczne. Wydaje się, że nie wszyscy będą mogli je otrzymać. Kto je dostanie i czy będą musiały być spełnione dodatkowe warunki, jeszcze do końca nie zostało wyjaśnione.

Umowa brytyjsko-polska przewiduje zatrudnianie lekarzy w szpitalach i przychodniach. Poszukiwani są lekarze do podstawowej opieki zdrowotnej, a zatem: lekarze rodzinni, interniści, pediatrzy, ginekolodzy i dentyści. Do szpitali potrzebni są: radiolodzy, anestezjologowie, chirurdzy, patomorfologowie i pediatrzy. Ale mają szansę także wszyscy pozostali specjaliści.

Łódzka Izba Lekarska podaje kilka przykładów typowych stawek oferowanych przez Brytyjczyków. Paweł Czekalski zwraca uwagę na to, że zostały one przekazane izbie na wiośnię. Były wówczas ustalone w oparciu o konkretne dane z ostatnich sześciu miesięcy dla tamtejszych pracowników tymczasowych. Teraz zapewne są już inne.

Zgodnie z nimi dentysta tymczasowo zarabia 25-38 funtów w ciągu godziny. Za czterdziestogodzinny tydzień pracy otrzymuje 1000-1520 funtów. Lekarz pierwszego kontaktu pracujący w gabinecie w mieście przez pięć sesji rano, z wolnymi popołudniami zarabia 915 funtów.

Stawki te nie są ani obowiązujące, ani wiążące. W umowach indywidualnych występują zróżnicowane zakresy obowiązków, a przyznane wynagrodzenia zależą od wykształcenia, kwalifikacji i szczegółowych umiejętności oraz szeregu innych czynników. W tabelkach podaję jeszcze inne przykłady.

Ostateczną gaź, jak z każdym pracodawcą, trzeba wynegocjować. Czy nowi szefowie okażą się hojni dla lekarzy polskich?

Zapewne nie poskąpią pieniędzy ci, którym brakuje dobrych fachowców. Ale na ich decyzje mogą wpływać też doświadczenia z wcześniejszych kontaktów z lekarzami cudzoziemskimi, w tym z Polakami. Należy również pamiętać o podatkach...

Jakie jest zainteresowanie krótkimi wyjazdami bez potrzeby rezygnacji z dotychczasowej pracy?

„Na pierwszych 10 miejsc zgłosiło się 150 lekarzy. Są to ludzie raczej w średnim wieku. Specjaliści” – informuje Grzegorz Krzyżanowski.

Czy łódzkie rozwiązanie przyniesie dobre efekty? Czas pokaże. Lekarze wzięli sprawy w swoje ręce. Nie chcą być oszukiwani i naciągani przez nieuczciwych pośredników. Nie chcą tracić czasu i nerwów. Nie chcą narażać się na stresy. Wolą latać samolotami na soboty i niedziele. Chcą przekonać się na własnej skórze czy odpowiada im brytyjski system pracy. Czy mają szansę zaadaptowania się w takich warunkach?

Pierwsi przetrą ścieżki. Doświadczenia przekażą kolegom. Opowiedzą rodzinom, jak wyglądają życie i praca tam. Swoje ostateczne decyzje podejmą świadomie. Po porównaniu plusów i minusów. Nowe doświadczenia pozwolą wielu lekarzom uniknąć pomyłek, rozczarowań i porażek zawodowych. Pozwolą też tymczasowo wzmocnić indywidualne budżety.

Pierwsze loty po funty rozpoczną. Grzegorz Krzyżanowski wierzy, że współpraca będzie owocnie się rozwijała. I lotów będzie coraz więcej.

REKLAMA

REKLAMA

TABELA 2.

Lekarz w szpitalu Stopień	Zakres płac funt/godzina	Średnia płaca tygodniowa w funtach za 40 godzin
Starszy lekarz rezydent	25-31	1000-1240
Lekarz bez specjalizacji	26-35	1040-1400
Konsultant	47 i więcej	1880 +

Jubileusz prof. Zbigniewa Jańczuka

Jeden z najwybitniejszych polskich lekarzy stomatologów przełomu XX i XXI wieku prof. Zbigniew Jańczuk obchodził 80 rocznicę urodzin i 52 rocznicę pracy zawodowej.

Uroczystości jubileuszowe tego wybitnego naukowca i nauczyciela rozpoczęły się w Łodzi na posiedzeniu Sekcji Polskiej Akademii Pierre Faucharda, której profesor był założycielem, jej długoletnim przewodniczącym. Kontynuowane były w czasie ceremonii otwarcia CEDE.

Gratulacjom nie było końca. Jubilat udekorowano Medalem Uniwersytetu Jagiellońskiego i Złotą Koroną Stowarzyszenia Polskich Lekarzy Stomatologów.

Główne uroczystości jubileuszowe miały miejsce w czasie Międzynarodowego Kongresu Periodontologicznego zorganizowanego w Jachrance pod Warszawą (7-9.10.2004 r.) przez Stowarzyszenie Polskich Lekarzy Stomatologów, któremu od lat prezesuje kol. Zbigniew Klimek.

Wszystkie piękne i dobre słowa zawarte w życzeniach i gratulacjach zostały przyjęte przez Jubilata ze wzruszeniem. Wzruszenie nie ominęło i mnie, kiedy wraz z Jolantą Szczurko i Andrze-

jem Baszkowskim składaliśmy gratulacje i życzenia w imieniu NRL i jej Komisji Stomatologicznej.

Te wszystkie życzenia, słowa uznania i gratulacje najlepiej oddaje list gratulacyjny S. Czyżewskiego:

„W scenerii wielkich jubileuszy zapisujemy chwilę niezwykłą. Niezwykłą, ponieważ odnotowuje doniosłość Człowieka Niezwykłego. Z horyzontem godnym Renesansu, z myślą ścigającą się z pięknem, z uporem kropli spadającej na skałę i ze skromnością właściwą tylko ludziom prawdziwym, wzniosł Pan Profesorze pałac swego Autorytetu.



Ważniejsze daty w życiu zawodowym i naukowym Profesora

Urodzony 31 lipca 1924 r. w Połańcu. **1952** - ukończył z odznaczeniem studia stomatologiczne w AM w Łodzi; **1952-1965** - praca w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej pod kierownictwem prof. dr. Mieczysława Fuchsa; **1958** - doktorat w AM w Łodzi; tytuł pracy doktorskiej „O odczynowym rogowaceniu nabłonka błony śluzowej jamy ustnej”; **1964** - habilitacja na podstawie pracy „Kliniczna i histopatologiczna ocena próby jodowej Schillera w diagnostyce leukoplakii i liszaja Wilsona jamy ustnej”; **1965-1994** - kierownik Zakładu Stomatologii Zachowawczej PAM w Szczecinie; **1968-1971** - prodziekan Wydziału Lekarskiego PAM w Szczecinie; **1975-1978** - prorektor PAM; **1978-1981** - rektor PAM; **1994** - doktorat honoris causa PAM w Szczecinie; **1973-1990** - członek CKK ds. Stopni Naukowych przy Prezesie Rady Ministrów; **1974-1977** i **1992-1995** - członek Rady Naukowej Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej; **1978-1988** - członek Komisji Patofizjologii PAN Oddział w Poznaniu; **1992-1997** - członek Sekcji Medycyny Wieku Rozwojowego Komitetu Badań Naukowych; **1982-1988** - wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego; **1984-1988** - przewodniczący Sekcji Periodontologii Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego; **1989-2003** - założyciel i przewodniczący Sekcji Polskiej Akademii Pierre Faucharda; **2001-2002** - redaktor naczelny kwartalnika „Gabinet Stomatologiczny w Praktyce” (wyd. Verlag DASHOFER); **2001** - nadal redaktor naczelny „Magazynu Stomatologicznego” (wyd. CZELEJ); **1992** - nadal przewodniczący Sekcji Polskiej Międzynarodowej Akademii Periodontologii.

Niektóre wybrane liczby

281 monografii i prac naukowych, 77 innych publikacji (recenzje, artykuły dyskusyjne itp.); 38 wydanych książek i skryptów (w tym wydania wielokrotne); promotor 34 przewodów doktorskich i 6 habilitacyjnych, 17 filmów dydaktyczno-naukowych; redakcja 4 książek tłumaczonych z angielskiego i niemieckiego.

Nie ma w nim przepychu – bo ceni Pan użyteczność.

Nie ma w nim wyższości – bo nie chciał Pan być profesorskim urzędem.

Nie ma w nim błogostanów – bo zawsze ma Pan nowy cel.

Nie ma w nim dręczącej pośpieszności – bo z nikim nie musi się Pan ścigać.

Jest w nim za to przepysznym wiedzą tron człowieka myśli, berło z brylantem intelektu i niecierpliwość odkrywcy nowych lądów. Jest wdzięczność nasza i wdzięczność tych tysięcy doktorskich adeptów, których – bez oczekiwania na poddańczy ukłon – obdarzał Pan klejnotem najlepszej wiedzy i przymiotami swej ludzkiej autentyczności. Jest też ów, jakże często bezimiennie wyrażany, szacunek tysięcy, których jako lekarz przeniósł Pan z grona cierpiących do kręgu życiowego komfortu.

Proszę pozwolić, że do tysięcy Pańskich publikacji naukowych i książek, do milionów słów wypowiedzianych podczas wykładów, konsultacji i kursów dodamy tylko jedno: Dziękujemy” – czytamy w liście gratulacyjnym

foto: Marek Stankiewicz

S. Czyżewskiego z Wydawnictwa Qu-intesense.

Dziękujemy i my, którzy dzięki Tobie, Drogi Jubilatcie, mogliśmy realizować nasze marzenia i ambicje zawodowe.

Prof. Jadwiga Banach wygłosiła referat pt. „Co periodontologia polska zawdzięcza profesorowi Zbigniewowi Jańczukowi”, a prof. Krystyna Lisiecka przedstawiła działania Profesora w prezentacji pt. „Profesor Zbigniew Jańczuk – nestor stomatologii polskiej. Jego troska o dzieci i młodzież”.

Omawiając osiągnięcia i dorobek naukowy i dydaktyczny Profesora prelegenci zwracali uwagę na Jego szczególne zainteresowania stomatologią społeczną i epidemiologią chorób jamy ustnej jako nauką pozwalającą nie tylko na rozpoznanie rzeczywistej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa w danym czasie, ale na prognozowanie potrzeb zdrowotnych w przyszłości.

Profesor był m.in. inicjatorem utworzenia zawodu higienistki stomatologicznej w Polsce i wspierał powołanie Polskiego Stowarzyszenia Higienistek Stomatologicznych. Był długoletnim specjalistą krajowym w zakresie stomatologii zachowawczej i dziecięcej, koordynatorem Zespołu Specjalistów Krajowych w Dziedzinie Stomatologii.

Opracował wiele programów i wytycznych, które stały się podstawą organizacji opieki stomatologicznej w Polsce w latach 1975-1994.

Był w nieustannej podróży, nieustrudzony w działaniu i przekazywaniu wiedzy, do której w tamtych czasach dostęp nie był tak otwarty, jak to ma miejsce dzisiaj. Przynajmniej raz w roku wizytował 49 województw. Utworzył zespół konsultantów wojewódzkich i kierowników działających prężnie wojewódzkich przychodni stomatologicznych.

Rozbudzał ambicje. Ułatwiał kształcenie. Wielu spośród tych ludzi osiągnęło sukcesy zawodowe i zachowuje w pamięci wdzięczność za pomoc, rady i wskazówki, jakich bez ograniczeń udzielał.

Prof. Zbigniew Jańczuk w latach 1995 – 2001 był ekspertem Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej i uczestnikiem jej posiedzeń, za co serdecznie Mu dziękuję.

Andrzej Fortuna

Nowy wiceminister

Od 27 października br. miejsce zdymisjonowanej wcześniej ze stanowiska sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia dr Ewy Kralkowskiej (Unia Pracy) zajął dr Zbigniew Podraza (SLD). Nowy wiceminister zdrowia ma 51 lat. W 1978 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Jest również absolwentem Studiów Podyplomowych w Szkole Zdrowia Publicznego przy Centrum Medycznym UJ w Krakowie. Posiada specjalizację II stopnia z chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz zdrowia publicznego. Do 2001 r. był zastępcą ordynatora oddziału urazowo-ortopedycznego w Szpitalu Specjalistycznym w Dąbrowie Górniczej (w latach 1995-2001 był dyrektorem szpitala). Wcześniej udzielał się jako radny w Dąbrowie Górniczej i radny Sejmiku Województwa Śląskiego, od 2001 r. poseł na Sejm, członek Sejmowej Komisji Regulaminowej i Spraw Poselskich oraz Sejmowej Komisji Zdrowia.

Należy do żarliwych zwolenników refundacji środków antykonceptyjnych. Zdaniem Podrazy rozkład głosów podczas uchwalania ustawy zdrowotnej ukazuje spojrzenie na system zdrowia przez poszczególne partie polityczne. Podkreśla, że ustawa stabilizuje sytuację i daje gwarancje opieki medycznej pacjentów. Jeszcze przed miesiącem poseł Zbigniew Podraza wniosł o odwołanie Marka Balickiego określił mianem „hucpy politycznej”. W jego ocenie Balicki jest dobrym ministrem, a polityka ochrony



zdrowia pod jego kierownictwem rozwija się w dobrym kierunku. Zaznaczył, że zmiany muszą być ewolucyjne, a system ochrony zdrowia wymaga ciężkiej, systematycznej pracy, takiej, jaką wykonuje min. Marek Balicki.

Zbigniew Podraza jest żonaty i ma dwie zamężne córki.

(ms)

foto: Marek Stankiewicz

PORTRETY KONKRETY



Renata Furman – rzecznik prasowy Narodowego Funduszu Zdrowia

Widziane z gminy

Zwoli Sejmu zostałem przedsiębiorcą. Niezaewidencjonowanie się w gminie grozi karą ograniczenia wolności lub grzywny. Niechętnie zapłacę 100 zł wójtowi gminy, w której mieszkam, a raczej nocuję przez większość tygodnia. Mojego wójta szanuję, ale mój gabinet nie generuje mu nawet iluzorycznych kosztów, ponieważ jest w pobliskim mieście. Bez entuzjazmu patrzę na jednorazowy podatek od 70 tys. praktyk ustalony przez Sejm na rzecz gmin. Trudno! Za to jako mikroprzedsiębiorca znajdę się pod szczególną opieką państwa, które według ustawy będzie dbało o korzystne dla mnie warunki funkcjonowania i rozwoju. A jako przedsiębiorca mam otwartą drogę do środków finansowych z Unii Europejskiej – a tych jak najwięcej Państwu i sobie życzę!

Bogusław Lenard, Moszczenica k/Gorlic



foto: Marek Stankiewicz

Notatki rzecznika prasowego NRL

**Prezydium NRL na posiedzeniach
w dn. 15 i 22.10 br. oraz 5.11.br.**

• przyjęło m.in. stanowiska:

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia: 1) w sprawie wniosku do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, 2) w sprawie kierowania świadczeniobiorców na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju,

– w sprawie umów o wystawianie recept na leki podlegające refundacji, w którym stanowczo zaprotestowało przeciwko działaniom NFZ kwestionującym dotychczasowe umowy o wystawianie recept na leki refundowane i wymuszającym na lekarzach podpisywanie nowych niekorzystnych i niezgodnych z obowiązującymi przepisami umów,

– dot. projektu rozporządzenia ministra polityki społecznej w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, w którym wniosło wiele uwag do proponowanej treści rozporządzenia,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie kryteriów kwalifikacji leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, do grupy objętej wspólnym limitem cen, w którym czytamy m.in. następujące uwagi: „(...) Projekt rozporządzenia nie precyzuje stopnia podobieństwa terapeutycznego, (...) prowadzi do nieuchronnego wzrostu cen licznych leków nadmiernie obciążający pacjentów. (...) Mogą powstać również szczególne zagrożenia w dostępności do leków niektórych grup pacjentów, jak np. cierpiących na chorobę Alzheimera czy padaczkę.”

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie określenia sposobu wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, trybu potwierdzania skierowania, wysokości częściowej odpłatności świadczeniobiorcy za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym, i poziomów warunków zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym oraz okresów pobytu,

– w sprawie zmiany zasad finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych NFZ, w którym wnosi o zagwarantowanie w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jakie zostaną określone w trybie art. 137 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, płatności za świadczenia „z góry”. „Przyjęty obecnie system, w którym NFZ reguluje należność po wykonaniu świadczenia, w praktyce ok. 2 miesiące po jego udzieleniu, pogłębia trudności finansowe publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Prowadzi do sytuacji, w której zadłużone szpitale finansują system opieki zdrowotnej w Polsce. Każde bowiem świadczenie wymaga zastosowania sprzętów i leku, a także udziału pracowników. Opóźnienie w płatnościach za leki czy wypłatę wynagrodzeń, w tym składek ZUS

i podatków, powoduje narastanie zadłużenia w rezultacie naliczania ustawowych odsetek” – czytamy w stanowisku,

– w sprawie zakazu wykonywania zawodu przez lekarzy będących pracownikami NFZ, w którym czytamy m.in.: „(...) zakaz pracy lekarza, pracownika Funduszu, w szpitalu czy przychodni, która ma kontrakt z NFZ jest absurdalny. Przyjęte w ustawie procedury powinny gwarantować obiektywność przy rozstrzygnięciu konkursów na świadczenia (...) Podejrzewanie każdego pracownika Funduszu o stronniczość i działania na rzecz «swojego» szpitala z naruszeniem interesów Funduszu wydaje się być co najmniej niewłaściwe.

Równie absurdalny jest zakaz prowadzenia przez pracownika Funduszu działalności gospodarczej. Zgodnie bowiem z ustawą o swobodzie działalności gospodarczej oraz Przepisami wprowadzającymi, praktyka lekarska jest regulowaną działalnością gospodarczą, co oznacza zakaz wykonywania zawodu lekarza również w tej formie. A w tym zakazie nie można dopatrzeć się nawet uzasadnienia antykorupcyjnego.”

• powołało Ładysława Nekandę-Trepkę na przewodniczącego Zespołu ds. Rejestracji Felcerów;

• wydelegowało:

– Annę Lellę – członka Komisji Stomatologicznej NRL na spotkanie Grupy Roboczej EU Entry ERO/FDI w Brukseli,

– prof. Wiesława Jędrzejczaka, jako przedstawiciela NRL, do Krajowej Rady ds. Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

Nowa ocena ustawicznego kształcenia

20.10.br., po kilkumiesięcznych negocjacjach NRL z MZ, weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. Nowe zasady punktowania ustawicznego kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów zostały dostosowane do obecnych warunków ciągle rozszerzających się możliwości zdobywania i ugruntowywania wiedzy medycznej.

Pismo do NFZ w sprawie aneksowania umów

Opolski i Małopolski Oddziały NFZ odmawiają aneksowania umów na świadczenia POZ obejmujące także świadczenia pielęgniarские i położnictwo środowiskowe, twierdząc, że lekarz prowadzący indywidualną praktykę lub będący współnikiem grupowej praktyki lekarskiej, zatrudniając pielęgniarkę lub położną jako osoby współpracujące, nie może kontraktować świadczeń z zakresu POZ obejmujących także ich świadczenia. „Jest to interpretacja błędna i biorąc pod uwagę stan prac nad kontraktowaniem świadczeń na rok 2005 – całkowicie niezrozumiała – pisze Konstanty Radziwiłł w liście do Prezesa NFZ. – Udział pielęgniarek i położnych środowiskowych w świadczeniach POZ wydaje się oczywisty. Nie negując prawnej możliwości odrębnych kontraktów, nie znajduje podstaw do wprowadzania zakazu kontraktu łącznego. Dokonywanie interpretacji zapisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w szczególności art. 53 ust. 3 – w sposób odmienny niż dotychczasowy, przy nie zmienionych zasadach stanu prawnego – która wymusza zmianę organizacyjną praktyki lekarskiej na zakład opieki zdrowotnej lub która wymusi zarejestrowanie się pielęgniarek jako odrębnych podmiotów gospodarczych – uważam za całkowicie bezpodstawne i niezrozumiałe” – czytamy w liście.

LEP

18.11.br. Komisja Kształcenia Medycznego NRL, w obecności prof. Orkisz, podsumowała przebieg i wyniki pierwszego Lekarskiego Egzaminu Państwowego.

Spotkanie z Ojcem Świętym

Dla uczczenia 26 rocznicy pontyfikatu Jana Pawła II członkowie samorządów zawodów zaufania publicznego odbyli trzydniową pielgrzymkę (25-27.10.br.) do Rzymu, gdzie podczas audiencji u Ojca Świętego przedstawiciele NRL: prezes Konstanty Radziwiłł i członek Prezydium Andrzej Fortuna, wręczyli Papieżowi Kodeks Etyki Lekarskiej. Drugi egzemplarz Kodeksu, poświęcony przez Jana Pawła II, wrócił do siedziby NIL.



„Ojciec Święty, dziękując za dotychczasową opiekę duchową i modlitwę, proszę o błogosławieństwo dla polskich lekarzy i lekarzy dentystów” – czytamy w tekście umieszczonym na stronach Kodeksu przez prezesa NRL.

Jak wykorzystać fundusze unijne

Oddział Warszawskiego STOMOZ-u zorganizował dwudniową konferencję (5-6.11.br.) nt. „Zintegrowany program operacyjny rozwoju regionalnego o możliwości wykorzystania funduszy UE dla placówek ochrony zdrowia Mazowsza”. W spotkaniu, z ramienia NRL, uczestniczył sekretarz Krzysztof Makuch.

Europejscy lekarze w Göteborgu

Prezes Konstanty Radziwiłł i przewodniczący Komisji ds. Współpracy z Zagranicą NRL Jan Adamus uczestniczyli w kolejnym spotkaniu członków Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich, które w dn. 12-13.11.br. odbyło się w Szwecji w Göteborgu. Głównym zagadnieniem był czas pracy lekarza europejskiego.

Kolejna autopoprawka sejmowej Komisji

Sejmowa Komisja Nadzwyczajna do rozpatrzenia projektów ustaw związanych z programem rządowym „Przedsiębiorczość – Rozwój – Praca” rozpoczęła (16.11.br.) po raz kolejny obrady nad autopoprawką do „Ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych ZOZ-ów”, dot. możliwości udzielania pożyczek zakładom opieki zdrowotnej, rezygnując obligatoryjnie z przekształcania ZOZ-ów w spółki użyteczności publicznej. W spotkaniu uczestniczył sekretarz NRL.

Iwona A. Raszke-Rostkowska
tel./fax (0-2) 851-71-48
tel. kom. 0-606-440-100
e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org

Udawany kapitalizm gorszy od socjalizmu

Marek Stankiewicz

W Łańsku, najpiękniejszym zakątku Puszczy Nidzickiej na Mazurach, na siódmym już zjeździe spotkali się związkowcy z OZZL.

Jeszcze niedawno, zaszyli głęboko w lesie i oddaleni o 8 km od najbliższych siedzib ludzkich, czerpali inspirację m.in. tacy wielcy tego świata jak Leonid Breżniew, Fidel Castro, szach Iranu Reza Pahlawi, nie mówiąc już o naszych, rodzimych, czarodziejach mas. Punkt, który zaznaczano tylko na mapach wojskowych, w obawie przed ideologicznymi dywersantami, jest dzisiaj doskonałym miejscem zarówno do organizacji konferencji, szkoleń, imprez integracyjnych, jak i do indywidualnego wypoczynku.

– Nasz związek żyje i ma za co działać – odpowiadano zgodnie na pytanie o ak-

tualną liczbę członków OZZL. – Legendarny szef i niekwestionowany autorytet **Krzysztof Bukiel** jest na etacie związkowym. Jest niezależny, mobilny w każdej potrzebie, pracuje dla nas, więc nie ma sprawy – mówią delegaci. Zarząd Krajowy ma miesięcznie do dyspozycji średnio 60,793 zł ze składek. Najsilniejsze ogniwą są na Lubelszczyźnie, gdzie regionalna siedziba związku kryje się pod jednym gościnnym dachem Lubelskiej Izby Lekarskiej. W innych częściach kraju stosunki z samorządem lekarskim są bardziej poprawne niż kiedyś, choć już nie tak rodzinne jak w Lublinie.

– Między nami nie ma w zasadzie różnicy zdań, to chyba raczej różnice punktu widzenia i patrzenia – wyjaśniał gość zjazdu **Konstanty Radziwiłł**. – OZZL powiada, że zbieranie punktów edukacyjnych jest niemożliwe. Samorząd zaś cieszy się, że minister docenił to, iż lekarze chcą się kształcić. Ale domagamy się, aby temu towarzyszyło prawo do 2-tygodniowego urlopu, prawo do odpisywania tych kosztów od uzyskanego przychodu; instytucje do tego powołane mają kształcić za darmo, lekarze wykładowcy powinni zachować umiar w żądaniu wynagrodzeń i nie powinni współpracować z instytucjami nastawionymi na wyzysk tych, którzy się kształcą. Które podejście jest lepsze? A może oba wzajemnie się uzupełniają? – pyta Radziwiłł.

Zjazd OZZL w Pasymiu jesienią 2002 r. zalecił Zarządowi skupienie się wokół reformy ochrony zdrowia, spraw pracowniczych i poprawy wzajemnej komunikacji. W ciągu ostatnich dwóch lat Związek zaznaczał swoje istnienie bynajmniej nie tylko symbolicznie. Krytykował kasy chorych, bo widział w nich zbyt mało rynku. Chciał likwidacji konkursu ofert, zakazu limitowania świadczeń zdrowotnych, zapewnienia kasom chorych prawa

do zmiany wysokości składki, współpłacenia za niektóre świadczenia. Wreszcie określenia maksymalnego czasu oczekiwania na poszczególne procedury, aby płatnik nie traktował kolejki jako buforu, który pozwala na niedofinansowanie opieki zdrowotnej.

Udział w obradach Okrągłego Stołu to było widowisko bez żadnej refleksji ze strony polityków – zauważa Bukiel. Ale nie był to czas stracony. Zbliżenia i kontakty zaowocowały porozumieniem środowisk medycznych. Urodził się Racjonalny System Opieki Zdrowotnej, który o dziwo poparły nawet tak liberalne instytucje jak Krajowa Izba Gospodarcza i Centrum im. Adama Smitha, Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali i UPR.

Jest to – jak dotąd – najszersza koalicja różnych uczestników systemu opieki zdrowotnej skupiona wokół jednego, konkretnego programu. – Ten system powinien z lekarzy uczynić klasę średnią. Słamszeni biedacy nie będą ostrzeżeni – realizować swoich zadań – ostrzegł **Andrzej Sośnierz**, były dyrektor Śląskiej Kasy Chorych, dziś sympatyk Związku, wymieniany jako kandydat na najwyższe stanowiska w przyszłej koalicji prawicowej.

– Choć zebraliśmy 100 tys. podpisów, naszej ustawy nigdy nie wprowadzono pod obrady Sejmu. Dzisiaj rosną szeregi przeciwników NFZ. Ciekawe dlaczego wówczas było ich tak mało? – zastanawia się Bukiel. – Jesteśmy za prywatyzacją z prawdziwym rynkiem. Udawany kapitalizm jest gorszy od socjalizmu. Dla liberałów jesteśmy zbyt związkowi, a dla związkowców zbyt wolnorynkowi – odpowiada sobie szef Związku.

Związek nie stronił od akcji czysto politycznych, jak poparcie dla wyborczych okręgów jednomandatowych, widząc w nich szansę na przewrót zasiedlonych elit politycznych.



Bukiel: System utrzymuje się z wyzysku lekarzy.

W sprawach pracowniczych już nie szło tak dobrze. Na szczęblu krajowym OZZL nie ma możliwości negocjacji wynagrodzeń lekarzy, a czasy jednorazowego, gwałtownego buntu OZZL już minęły. O postulatach płacowych należałoby dyskutować na poziomie szpitali, ale w tych z kolei dyrektorzy niewiele mogą zrobić. System utrzymuje się z tego, że wyzyskuje lekarzy – ubolewa szef OZZL.

Średnia płaca lekarza w kraju, zatrudnionego na podstawie umowy o pracę, powinna wynosić trzykrotne średnie krajowe wynagrodzenie, w przeliczeniu na jeden etat. To wspólny postulat samorządu lekarskiego i Związku – przypominał **Andrzej Ciolko**, związkowiec i szef Lubelskiej Izby Lekarskiej.

Związkowi przybył jeszcze jeden konkurent, który w ostatnim roku zrobił wśród lekarzy prawdziwą furorę. – Nieprawda, że lekarze nie mogą niczego załatwić – grzmiał w Łańsku **Marek Twardowski** z Porozumienia Zielonogórskiego. – PZ jako jedyne reprezentuje dziś praktycznie całą opiekę ambulatoryjną. Negocjujemy z NFZ nie tylko POZ, ale też specjalistykę, stomatologię, psychiatrię i rehabilitację. A przecież jeszcze parę miesięcy temu straszono nas karą za zrzeszanie się.

Politycy antagonizują środowisko, aby ukryć skutki swoich nieudolnych decyzji. Dzięki naszym ekspertom pokonujemy kolejne absurdy, które przez pół wieku były zakorzenione w polskiej służbie zdrowia – przekonywał Twardowski.

OZZL stwierdza, że ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która zastąpiła ustawę o Narodowym Funduszu Zdrowia, powieli wszystkie wady swojej poprzedniczki – czytamy w uchwale zjazdowej. Związek uważa, że lekarze muszą być objęci powszechnie obowiązującymi normami czasu pracy w Polsce. Opowiada się za zachowaniem dyżuru lekarskiego, a nie pracy zmianowej jako formy zapewnienia opieki lekarskiej nad pacjentami szpitalnymi. Czas dyżurów lekarskich musi być wliczony do czasu pracy.

Delegatom nie spodobał się LEP, a zwłaszcza uzależnienie uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza od zdania tego egzaminu. – To próba centralizacji nauki – stwierdził **Janusz Spustek**, szef OZZL na Lubelszczyźnie.



Czas dyżurów musi być wliczony do czasu pracy.

Jaki jest sens egzaminów zdawanych w czasie studiów medycznych i jaka wiarygodność ich wyników? – pytali delegaci. Ich zdaniem niepowodzenie na egzaminie zamknie mu drogę do realizacji życiowych planów. Wprowadzenie LEP-u jest raczej wyrazem pewnej ideologii, która głosi przekonanie o konieczności administracyjnej kontroli państwa nad obywatelami, co ma wynikać z większej „mądrości” urzędników niż zwykłych ludzi. Pomysłodawcy LEP-u uważali, że bez tego egzaminu lekarze nie zadbają o swoje wykształcenie.

fot. Autor

Pieniądze potrzebne są na edukację



Z prof. **Jackiem Łuczakiem**, przewodniczącym Stowarzyszenia Rozwijania Opieki Paliatywnej w Krajach Europy Środkowo-Wschodniej rozmawia Grażyna Ciechomska

• **Rada Europy wydała wytyczne dotyczące organizacji opieki paliatywnej. Na czym one polegają? Co z nich wynika dla Polski?**

– Jest to pierwszy tak wysokiej rangi dokument. Były akty poprzedzające, które zwracały uwagę na konieczność rozwijania opieki paliatywnej i hospicyjnej we wszystkich krajach europejskich. Na naszym kontynencie społeczeństwa starzeją się. Coraz większa liczba osób wymaga wszechstronnej, w tym specjalistycznej opieki. Zabezpiecza ona przed wielkim cierpieniem, które wiąże się ze schyłkowym okresem życia człowieka. Opieka ta chroni przed bólem somatycznym. Także przed cierpieniami psychosocjalnymi i duchowymi. Pomaga również uporać się z rozpaczą rodzinom chorych.

Rekomendacje zobowiązują do zintensyfikowania działań i dokładnego ustalenia zasad, które określają, jak należy organizować opiekę paliatywną i hospicyjną. Dokument Rady Europy był przygotowywany przez półtora roku przez europejskich ekspertów z zakresu opieki paliatywnej z udziałem Piotra Mierzewskiego. Jest on przedstawicielem Departamentu Programu Socjalnego i Medycznego Rady Europy.

Ustalono, że program nakreślony w Rekomendacjach powinien stać się programem narodowym i być niezbywalną częścią systemu ochrony zdrowia. Powinien być priorytetem. Podobnie jak programy kardiologiczne czy onkologiczne.

• **Polska ma dobre doświadczenia i tradycje w organizowaniu specjalistycznej medycznej opieki nad ludźmi przewlekle chorymi...**

– Oblicza się, że w Polsce opieki paliatywno-hospicyjnej wymaga 200 tys. dorosłych i 2,3 tys. dzieci rocznie. Umierają oni z powodu postępujących chorób przewlekłych. Dlatego należy zintensyfikować wszelkie działania

wspólne organów i instytucji, które są odpowiedzialne za wprowadzenie programu w Polsce.

U nas bardzo dużo zostało już zrobione. Myślę, że jesteśmy krajem, który zajmuje drugie miejsce po Wielkiej Brytanii w zakresie opieki paliatywnej w Europie. Jesteśmy też jedynym krajem, który ma specjalizację z medycyny paliatywnej. Ponadto dysponujemy ok. 500 ośrodkami opieki paliatywnej i hospicyjnej.

• **Osiągnięcia mamy niewątpliwie. A jakie są niedociągnięcia?**

– Ciągłe w wielu miejscach opieka ta jest niedostępna. Powinna być zorganizowana w promieniu 30 km od miejsca zamieszkania. I powinna być świadczona na dwóch poziomach. Jeden poziom obejmuje opiekę specjalistyczną, która jest świadczona w tych 500 ośrodkach. A także w ośrodkach akademickich, których jest dziewięć.

Po wtóre, powinny być stosowane podstawowe zasady takiej opieki i dostępne wszędzie tam, gdzie chory trafia do lekarza. A zatem u lekarza pierwszego kontaktu. W szpitalu. W domach pomocy długoterwałej. We wszystkich tych punktach powinny być osoby odpowiednio wyszkolone. Lekarz czy pielęgniarka powinni ustalać, czy opieka taka możliwa jest na miejscu. Czy wymagane jest zasięgnięcie opinii konsultanta. Czy może należy przekazać chorego do ośrodka specjalistycznego.

Nierównomierny rozwój opieki hospicyjno-paliatywnej w różnych regionach kraju tworzy zadania dla konsultanta krajowego i konsultantów regionalnych. Powinni oni opracować dokładne plany-programy wypełniania tych białych plam. Trzeba tworzyć ośrodki specjalistyczne, jak i zintensyfikować programy edukacji lekarzy pierwszego kontaktu i pielęgniarek. Teraz są niedostateczne.

Nie można czekać. Trzeba szybko programy te realizować.

• **Programy i pieniądze już kiedyś były. Ale się skończyły...**

– Od 1991 r. Ministerstwo Zdrowia dawało specjalne, programowe pieniądze na opiekę paliatywno-hospicyjną. Już wówczas udało się to wywalczyć. Później w 1993 r. powstała Krajowa Rada Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, która uchwałała wytyczne i określiła potrzeby w zakresie opieki paliatywnej. Rada uświadamiała instytucjom i społeczeństwu, że trzeba dawać pieniądze na edukację. Mówiła, że wszędzie w rozwijających się krajach, a Polska do takich należy, rządy krajów, ministerstwa zdrowia powinny finansować edukację lekarzy tej specjalizacji. Również edukację społeczeństwa.

W 1998 r. Ministerstwo Zdrowia opracowało program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej. Można go teraz rozwijać czy dopracowywać. W programie były środki na edukację. Jednak w 2001 r. program ten został zlikwidowany z braku pieniędzy. Mimo że to nie były wielkie pieniądze.

• **Całkiem mało!**

– Ale Ministerstwo Zdrowia prowadziło akcje różnych zakupów. Np. zakupiono karetki dla wszystkich hospicjów. Rozdano podstawowy sprzęt jak: strzykawki, infuzory, materace przeciwdrażynowe itp. Dawano pieniądze na rozpoczęcie działalności. Na remonty budynków. Były również środki na kształcenie w Wielkiej Brytanii. Wówczas skorzystało z tego dużo osób. Przeszkoliliśmy 100 osób w Wielkiej Brytanii. Owocuje to teraz wysokim poziomem opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Jednak w pewnym momencie Ministerstwo Zdrowia przestało finansować opiekę paliatywną. Uważam, że ten program powinien zostać przywrócony. Głównie na edukację. W 2002 r. na opiekę paliatywną było przeznaczone 0,3 proc. z całkowitego budżetu ochrony zdrowia. Wyniosło to ok. 100 mln zł. A

np. na program zwalczania antyretrowirusowych zakażeń dla chorych z AIDS jest 150 mln zł rocznie.

Kontrakty dla ośrodków są mizerne. Dofinansowanie jest na poziomie 50-70 proc. Resztę środków trzeba zdobywać. W wielu ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej standardy nie mogą być spełnione. Przede wszystkim w zakresie zatrudnienia.

• Brak pieniędzy nie ułatwia pracy w ośrodkach?

– Ta praca jest bardzo ciężka. Personel jest przeciążony. Zwłaszcza lekarze i pielęgniarki. Część osób pracuje wolontaryjnie. To są ludzie dobrego serca. Chcą to robić. Ale to wszystko powinno opierać się na profesjonalnych pracownikach doskonale przygotowanych i wyszkolonych. Dla nich powinno być to jedyne miejsce pracy. A oni z tego nawet nie utrzymują się.

• Wolontariuszy też trzeba szkolić!

– Wolontariusze są szkoleni. Zwracam jednak uwagę, że standardem jest zatrudnianie lekarzy, pielęgniarek, psy-

chologa, pracownika socjalnego, rehabilitanta. Wszystkie te osoby są niezwykle ważne. Oni są uzupełniani przez wolontariuszy. A to są ludzie spoza medycyny. Mają dobre przygotowanie. Sam prowadzę dla nich kursy szkoleniowe. Rocznie przybywa około 500 nowych wolontariuszy. Jest to nasz dorobek. W Polsce wolontariat jest bardzo rozwinięty. Ale to nie wystarczy. Ludzie ci nie zastąpią pielęgniarki ani lekarza. Oni są po to, żeby umilić życie chorym. Wyслуchać ich. Posiedzieć z nimi.

• Jakie zadania wynikają z rekomendacji europejskich dla naszych lekarzy?

– Z dużym wysiłkiem utworzyliśmy specjalizację z medycyny paliatywnej. Udało się ją wprowadzić od 1999 r. Ustaliliśmy, że mogą się z niej specjalizować ci wszyscy, którzy mają już specjalizację z podstawowej dyscypliny klinicznej takiej jak: interna, chirurgia, pediatria, położnictwo, neurologia, anestezjologia, również medycyna rodzinna. Tacy, którzy mają jakieś doświadczenie.

Lekarze ci muszą mieć doświadczenie w opiece nad ludźmi cierpiącymi. Umierającymi. Medycyna paliatywna jest trudną dyscypliną wiedzy. Nie wdzięczną. Pacjenci umierają. Przysparza to dużo cierpienia lekarzom. Lekarze czasem mają opory...

• Lęk przed śmiercią jest powszechny...

– Ludzie nie są przygotowani do śmierci. Do umierania. Nie ma rozmów na ten temat. Trzeba walczyć o prawa ludzi cierpiących i umierających. W tej chwili w trakcie powoływania jest Stowarzyszenie Obrony Praw Osób Umierających i ich Bliskich. Ktoś musi wpływać na opinie tych wszystkich ludzi, którzy decydują o tym, co jest ważne w Polsce, na co mają być środki przeznaczone i jak opieka zdrowotna państwa ma być rozwijana.

Myszę, że instytucja taka ma niezwykle ważne znaczenie opiniotwórcze. Ma wpływ na decyzje władz, decydentów. Oddziałuje na środki masowego przekazu. Musi uświadamiać ludziom, jakim ważnym problemem społecznym jest godne umieranie.

Godna śmierć

Rada Europy uchwaliła 12 listopada 2003 r. Rekomendację. Dotyczą one organizowania opieki paliatywnej w krajach członkowskich Rady Europy.

Rekomendacjom towarzyszą zalecenia oraz komentarz. Dokumenty zostały przygotowane przez Komitet Ekspertów, któremu przewodniczył Tony O'Brien z Irlandii, a sekretarzem był Piotr Mierzewski z Polski, reprezentujący Departament Polityki Zdrowotnej Rady Europy.

W kwietniu 2004 r. z inicjatywy Carla Johana Fursta i Sylwii Sauter z Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej w poszczególnych krajach członkowskich Rady Europy wybrano osoby odpowiedzialne za upowszechnienie i realizację Rekomendacji. W Polsce koordynatorem programu został Jacek Łuczak, kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

W Rekomendacjach zawarte są wytyczne programowe, których realizacja

zapewni każdemu mieszkańcowi kontynentu warunki do godnego odejścia z grona ludzi żywych. Ważne jest stworzenie w Europie sprzyjającej atmosfery dla promowania rozwoju opieki paliatywnej.

Do Rady Europy należy 46 państw. Reprezentuje ona 800 mln ludzi. Przyjęte dokumenty zalecają, aby rządy państw członkowskich:

- podjęły działania programowe, legislacyjne i inne konieczne do opracowania ram dla spójnych i wszechstronnych narodowych regulacji prawnych w zakresie opieki paliatywnej,
- dążyły do zrealizowania ujętych w dokumentach działań, uwzględniających specyfikę danego kraju,
- promowały rozwój współpracy międzynarodowej pomiędzy organizacjami, instytucjami badawczymi i innymi aktywnymi strukturami w zakresie opieki paliatywnej,
- wspierały aktywne, celowe rozpowszechnianie Rekomendacji oraz materiałów wyjaśniających i ich tłumaczeń.

Autorzy Rekomendacji mają nadzieję na znaczną poprawę opieki paliatywnej w poszczególnych państwach

członkowskich Rady Europy. Przed Polską stoi duże wyzwanie. W 2002 r. wśród 385,85 tys. wszystkich zgonów aż 322,62 tys. było spowodowanych chorobami przewlekłymi. Na nowotwory zmarło 82,6 tys. Polaków.

W naszym kraju oficjalne fundusze na opiekę hospicyjno-paliatywną są nieporównywalnie mniejsze niż w krajach zachodnich. I tak w Polsce na pobyt jednej osoby przez jeden dzień w oddziale stacjonarnym ośrodka państwo wydaje 20-30 euro. Na ten sam cel we Włoszech wydaje się 300 euro, a w Niemczech 260 euro.

W hospicjum domowym wizyta domowa lekarza jest w Polsce wyceniona na 6 euro, podczas gdy np. w Wlk. Brytanii na 80 funtów. Nasi lekarze spodziewają się, że Rekomendacje Rady Europy przyczynią się do przywrócenia ministerialnego programu opieki paliatywnej i hospicyjnej wstrzymanego w 2001 r. Sądzą też, że w budżecie NFZ zostaną przewidziane środki na rzetelne finansowanie istniejących ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz państwo przeznaczy fundusze na programy edukacyjne dla pracowników hospicjów i wolontariuszy.

Grac

Zakładanie obroży wężowi

Ryszard Kijak

Początkowo wydawało się, że postanowienia dyrektywy 93/104/WE z 23 listopada 1993 r., zastąpionej dyrektywą 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 4 listopada 2003 r., pozwolą na ucywilizowanie wszystkich problemów związanych z czasem pracy w Unii Europejskiej.

Okazało się jednak, że niektóre przepisy nie bardzo dają się zastosować do pracowników pełniących dyżury, w tym m.in. do lekarzy. Nie mogą bowiem skorzystać nie tylko z 11-godzinnego minimalnego okresu nieprzerwanego odpoczynku dobowego, ale często i z 24-godzinnego minimalnego nieprzerwanego odpoczynku tygodniowego. Ich czas pracy znacznie przekracza maksymalną 48-godzinną normę tygodniową, w którą wchodzi też i godziny nadliczbowe.

Nieaktywny czas dyżuru

Niedawno więc Komisja Europejska przedstawiła Radzie projekt zmiany dyrektywy 2003/88/WE {SEC(2004) 1154}. Przewiduje on: wydłużenie okresu rozliczeniowego czasu pracy do 12 miesięcy w drodze ustawowej, udzielanie równoważnego okresu odpoczynku w terminie nie przekraczającym 72 godz., korzystanie z możliwości indywidualnej zgody pracownika (klauzula *opt-out*) na zwiększenie liczby godzin pracy do 65 tygodniowo tylko po uprzednim zawarciu takiej ewentualności w układzie zbiorowym lub w porozumieniu społecz-

nym (z prawem bezpośredniego stosowania tej klauzuli jedynie wtedy, gdy u danego pracodawcy nie ma przedstawicieli pracowników uprawnionych do zawarcia układu lub porozumienia), oraz niewliczanie tzw. nieaktywnego okresu dyżuru do czasu pracy.

Polskiemu rządowi treść tych prawek nie odpowiada. Popiera on co prawda 12-miesięczny okres rozliczeniowy, ale nie zgadza się na zamknięcie równoważnego okresu odpoczynku w 72 godz., proponując wydłużenie go do 7 dni. Nie zgadza się też z uzależnieniem stosowania klauzuli *opt-out* od treści układów zbiorowych lub porozumień społecznych i z wprowadzeniem zakazu pracy powyżej 65 godz. w każdym tygodniu.

W zamian strona polska postuluje, aby przesłanki, po spełnieniu których będzie można stosować klauzulę *opt-out*, były regulowane w ustawodawstwie krajowym, i aby wykorzystywany dzięki tej klauzuli 65-godzinny limit czasu pracy był rozliczany przeciętnie w danym okresie rozliczeniowym, a nie sztywno w każdym tygodniu.

Odnosnie zaś dyżurów, Polska akceptuje propozycję, aby ich nieaktyw-

ny czas nie był wliczany do czasu pracy. Wnioskuję jednakże, by dyrektywa upoważniała kraje członkowskie do określenia w przepisach krajowych minimalnej części dyżuru, która obligatoryjnie byłaby wliczana do czasu pracy.

Ewidencja science-fiction

„Polska jest zainteresowana określeniem w ustawie tej części dyżuru medycznego, która byłaby w każdym przypadku traktowana jako czas pracy. Powinna to być możliwie jak najmniejsza część dyżuru. Każde inne rozwiązanie wiąże się bowiem z dodatkowymi kosztami, których Polska na obecnym etapie reformowania służby zdrowia mogłaby nie udźwignąć. Dodatkowo należy zauważyć, że rozwiązanie proponowane przez komisję zakłada konieczność nałożenia na pracodawców nowych obowiązków w postaci prowadzenia rejestru czynności rzeczywiste wykonywanych przez pracownika w czasie dyżuru oraz wprowadzenia systemu kontroli w tym zakresie, co w konsekwencji pociągnie za sobą dodatkowe koszty dla pracodaw-

ciąg dalszy na str. 26

REKLAMA

REKLAMA

Korupcja i transparentność w służbie zdrowia

REKLAMA

5 listopada br. w siedzibie
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
odbyła się,
zorganizowana przez
Komisję Etyki DRL
Konferencja Okrągłego Stołu
nt. „Korupcja i transparentność
w służbie zdrowia”.

Korupcja i transparentność w służ-
bie zdrowia to temat bardzo te-
raz chętnie podejmowany przez media.
Korupcja, niestety, dotknęła już chy-
ba wszystkie środowiska, jest wszech-

obecna w życiu pu-
blicznym. Na pewno
ten problem istnieje
w środowisku leka-
rzy. Jaka jest jego
skala? – pytał prze-
wodniczący DIL
Andrzej Wojnar.

Próbie zdefinio-
wania pojęcia ła-
pownictwa w służ-
bie zdrowia podję-
li dr Janusz Schim-

mel i prof. Michał Jeleń z Polskie-
go Stowarzyszenia Obrony Godności
Lekarskiej. Mecenas Andrzej Malic-
ki mówił o przyjęciu korzyści mająt-
kowej i łapownictwie w służbie zdro-
wia w świetle praktyki sądowej. Prof.
Marek Bojarski zreferował odpowie-
dzialność karną lekarza. Mgr Janusz
Jarocho omówił znaczenie noweli an-
tykorupcyjnej z 13 czerwca 2003 r.
w znaczeniu korupcji w służbie zdro-
wia. Dr Grzegorz Luboiński poruszył
problem obszarów zagrożeń korup-
cyjnych w służbie zdrowia. Zjawis-
ko korupcji w środowisku medycz-
nym w świetle postępowań prowadzo-
nych przez dolnośląską policję omó-
wił inspektor Andrzej Matejuk. Prof.
Zbigniew Czernicki, naczelny rzecznik
odpowiedzialności zawodowej, za-
jął się zagadnieniem korupcji w pracy
rzecznika odpowiedzialności zawodo-
wej, a prof. Leszek Paradowski, rektor
wrocławskiej AM, poruszył główny te-
mat konferencji, czyli korupcję i trans-
parentność w służbie zdrowia.

Spotkanie i dyskusję nad poruszany-
mi tematami prowadził dr Jerzy Friedi-
ger, przewodniczący Okręgowej Izby
Lekarskiej w Krakowie.

R. Rz.



REKLAMA

• **Jak wyjechać na zagraniczne stypendium lub staż naukowy?** W Warszawie za-inaugurowano działalność sieci Centrów Informacji dla Naukowców. Zadaniem sieci ma być m.in. informowanie polskich badaczy o możliwościach wyjazdów naukowych. Więcej informacji dot. działania sieci, a także ofert pracy i staży naukowych można znaleźć na stronie Polskiego Portalu dla Naukowców: www.eracareers-poland.gov.pl.

• **Będziemy testowali nowe leki.** Ze względu na wysokie koszty badań nad nowymi lekami, np. w Wielkiej Brytanii, firmy farmaceutyczne przenoszą testy kliniczne do... Indii i Polski – donosi „The Guardian”.

• **Wojna i medycyna.** Od początku naszej obecności w Iraku ewakuowano stamtąd 34 polskich żołnierzy, u których rozpoznano zaburzenia psychiczne w postaci zespołu stresu pourazowego (PTSD) – poinformował płk Mirosław Karasek z Ministerstwa Obrony Narodowej.

• **Jadą znieczulać za granicę.** „Z Polski wyjechało już 400 anestezjologów, co stanowi 10 proc. wszystkich anestezjologów w Polsce” – powiedział w wywiadzie udzielonym „Gazecie Prawnej” Jerzy Gryglewicz, wiceprzewodniczący Związku Zawodowego Anestezjologów.

• **Niemieckie alkoholizmy w polskich szpitalach.** „Na oddział krótkoterminowej detoksykacji alkoholowej bydgoskiego Szpitala Miejskiego mogą już wkrótce trafić alkoholizmy z Niemiec. Pacjentki miałyby tu pełną anonimowość. Zależy im na tym, bo są to osoby z pozycją – aktorki, lekarki i prawniczki” – pisze „Rzeczpospolita”.

• **Wabienie lekarzy.** Wielka Brytania szuka do pracy polskich lekarzy oferując ich współmałżonkom pracę w... supermarketach Tesco – donosi „The Times”.

• **Szybko, daleko i długo nie wracać.** Z listów do redakcji portalu medycznego Esculap.pl: „Szanowni Koledzy! Mój śp. Tatusz (uciekł trzy razy z pociągu na Sybir) pouczał mnie, że jak uciekać, to szybko, daleko i długo nie wracać. Pozdrowienia.” (Z komentarzy do informacji „Exodus polskich lekarzy”).

• **Spadają zawsze na cztery łapy.** Nawet po odebraniu specjalnych przywilejów dla VIP-ów urzędnicy, posłowie i senatorowie nie muszą się martwić o stan w kolejkach do lekarzy-specjalistów. Leczą się bowiem w zamkniętej dla innych, a utrzymywanej ze środków NFZ przychodni Kancelarii Prezydenta RP – informuje „Życie Warszawy”.

• **Narodowy Fundusz Zarobków (Tajnych).** Ile zarabiają urzędnicy w łódzkim oddziale NFZ częściowo ujawnia „Dziennik Łódzki”. Średnia płaca brutto to 3200 zł.

Zakładanie obrożi wężowi

ciąg dalszy ze str. 24

ców. W polskiej praktyce najtrudniejszą sprawą będzie zapewnienie kontroli rzetelności prowadzonego przez dyżurującego pracownika rejestru czynności” – czytamy w projekcie stanowiska rządu z 8 października.

Rząd chciałby więc uniknąć zobowiązania pracodawców do ewidencjonowania czynności wykonywanych przez personel na dyżurach, ponieważ byłoby to bardzo skomplikowane i kosztowne. Nasza władza zakłada z góry, że pisane przez pracowników raporty miałyby więcej wspólnego z *science-fiction* niż z dokumentacją rzeczywistości, w związku z czym dodatkowo pracodawcy musieliby zatrudnić tabuny kontrolerów do tropienia nocnych naciągaczy. Zamiast całego tego ambarasu chytry urzędnicy rządowi wymyślili więc, iż najlepiej będzie, gdy określi się po prostu, że np. „do czasu pracy wlicza się co najmniej 30 proc. czasu trwania dyżuru medycznego”.

Obroża dla węża

A co, jeśli lekarz w czasie dyżuru będzie pracował dłużej niż te przykładowe 30 proc. jego czasu trwania? Jak to udowodnić? Wówczas, niestety, trzeba będzie wprowadzić te niechciane i kosztowne ewidencje. Ponieważ jednak mogą mieć więcej wspólnego z *science-fiction* niż z dokumentacją rzeczywistości, w związku z tym pracodawcy będą musieli dodatkowo zatrudnić tabuny kontrolerów do tropienia nocnych naciągaczy...

I tak oto koło się zamknie, bo bez odpowiedniej ewidencji żaden pracodawca nie doliczy przecież do czasu pracy nawet jednej sekundy. W ten sposób określenie „co najmniej 30 procent” zaczęnie oznaczać „ani mniej, ani więcej, lecz dokładnie 30 procent”. Tak jak to się stało w przypadku słynnego wynagrodzenia za każdą godzinę dyżuru medycznego (art. 32j ust. 4 i 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej): „co najmniej 130 proc., co najmniej 165 proc. i co najmniej 200 proc. stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego”. Mimo że w ustawie wyraźnie jest napisane „co najmniej”, to jeszcze nie sły-

szalem, aby ktoś dostał choć o pół procenta więcej.

Zatem wyłazek polskiego rządu polegający na zastąpieniu konieczności ewidencjonowania wykonywanych podczas dyżuru czynności określeniem minimalnej części dyżuru wliczanej obligatoryjnie do czasu pracy tak naprawdę tej konieczności wcale nie eliminuje. Rządowe przymiarki przypominają raczej próbę założenia obrożi wężowi: za mocno ścisnąć się jej nie da, bo wąż się udusi, ale za słabo też nie można, bo się wyślizgnie. Czas sobie uświadomić, że to zwierzę do tej obrożi po prostu się nie nadaje. Potrzebna jest zmiana całego systemu.

Najlepiej, żeby lekarz tyrał za darmo

Poza tym wszystkim, nie bardzo wiadomo, jak propozycja Komisji Europejskiej i stanowisko Polski mają się do treści prawomocnych przecież wyroków Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (ETS) z 3 października 2000 r., gdzie skarżącymi byli hiszpańscy lekarze, i z 9 września 2003 r. w sprawie niemieckiego chirurga z Kilonii Norberta Jaegera. W obydwu tych przypadkach ETS uznał, iż cały czas dyżuru lekarskiego jest czasem pracy.

Polski Kodeks pracy proroczo zignorował te wyroki i po ostatniej nowelizacji nadal stanowi (w art. 151⁵), że czasu dyżuru, podczas którego pracownik nie wykonywał pracy, nie wlicza się do czasu pracy. Jeśli zaś chodzi o ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, to w ogóle wyłącza ona dyżur medyczny z czasu pracy, i tu się też nic nie zmieniło.

Licząc czas pracy lekarzy wg wyroków ETS wydłużył się on niepomierzenie i przekroczył wszelkie dopuszczalne normy. Aby się do nich dostosować, należałoby radykalnie zmniejszyć liczbę dyżurów przypadających na każdego z medyków. Lecz wówczas nie da się zapewnić całodobowej ciągłości udzielania świadczeń w szpitalu. Wobec tego powstanie konieczność zatrudnienia nowych lekarzy. Tych jednak na unijszym rynku pracy przeważnie brak.

Oceniając skutki społeczne ewentualnego wprowadzenia proponowanych przez komisję zmian dotyczących dyżuru strona polska stwierdziła, że wzrośnie zapotrzebowanie na lekarzy we wszystkich krajach UE (co może doprowadzić do dalszego zwiększenia emigracji polskich lekarzy) oraz

dojdzie do wymuszenia dalszych zmian w prawnej organizacji służb medycznych (np. przechodzenie lekarzy na samozatrudnienie).

Z kolei skutki finansowe potraktowania rzeczywistego czasu wykonywania obowiązków w trakcie dyżuru jako czasu pracy to – zdaniem naszego rządu – narażenie pracodawców na dodatkowe koszty związane z prowadzeniem rejestru tych czynności i uruchomieniem systemów kontroli. Poza tym, każdy nowy etat, to też dodatkowe koszty.

Z analiz rządowych wynika, że jeśli do czasu pracy wliczyłoby się 30 proc. czasu pełnienia dyżuru medycznego, to konsekwencje finansowe wyniosłyby 390 mln zł rocznie, a przy wliczeniu 50 proc. wyniosłyby 450 mln zł. Wliczenie natomiast całości dyżuru do czasu pracy kosztowałoby 750 mln zł rocznie i wiązałoby się z koniecznością dodatkowego zatrudnienia w Polsce ok. 15 tys. lekarzy.

Kompromis w zasięgu ręki

Wprawdzie już teraz dyrektywa 2003/88/WE przewiduje odstępstwa od ustalonych norm (jak np. zastosowanie 14-dniowego okresu rozliczeniowego w odniesieniu do minimalnego czasu odpoczynku oraz zastosowanie 4-miesięcznego okresu rozliczeniowego w odniesieniu do maksymalnego 48-godzinnego wymiaru czasu pracy), ale ich wprowadzenie w Polsce byłoby niezwykle trudne, ponieważ odstępstwa te mogą zostać – jak na razie – przyjęte „w drodze przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych lub w drodze układów zbiorowych, lub porozumień pomiędzy partnerami społecznymi”. Zakładowe układy zbiorowe pracy zawierane są w ochronie zdrowia bardzo niechętnie, gdyż proponowane w nich zapisy dotyczące wynagrodzeń zupełnie nie satysfakcjonują pracowników. Dlatego mogą nie odegrać roli w regulacji czasu pracy.

Problem dyżurowy mógłby zostać znacznie zminimalizowany poprzez wdrożenie tych odstępstw na mocy innych przepisów. Zastosowanie wydłużonych okresów rozliczeniowych pozwoliłoby na kumulowanie przysługujących pracownikowi okresów odpoczynku i oddawanie ich w postaci dni wolnych. Nastąpić by jednak musiała nowelizacja m.in. art. 32j. ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (w kierunku wliczenia całego dyżuru do czasu pracy) oraz art. 32j. ust. 7 tejże ustawy

(zobligowanie pracodawcy do udzielenia lekarzowi dnia wolnego po każdym dyżurze, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia). Wydłużenie dopuszczalnego maksymalnego czasu pracy lekarzy do 65 godz. przeciętnie w tygodniu umożliwiłoby im pełnienie 5-6 dyżurów w miesiącu, co zabezpieczyłoby potrzeby dyżurowe zdecydowanej większości szpitali i jednocześnie w dużym stopniu zaspokoiłoby potrzeby finansowe dyżurantów.

W warunkach polskich do czasu wyrażonej poprawy (na co się jednak nie zanoszą) skandalicznie niskich wynagrodzeń lekarzy, zwłaszcza tych pracujących w szpitalach publicznych, najlepszym rozwiązaniem byłoby więc uelastycznienie przepisów unijnych. O ile w krajach, w których lekarze zarabiają nieźle, łatwiej pogodzić się z utratą dyżurów, to w Polsce, gdzie zarobki w tym zawodzie są 5-10-krotnie niższe niż w UE (i nie nie zapowiada ich wzrostu), pełnienie dyżurów jest w większości przypadków jedyną możliwością dorobienia do marnej pensji. Ale proponowane przez rząd polski rozwiązania dotyczące dyżurów są wręcz przeciwnie do oczekiwań wielu lekarzy, ponieważ ich wdrożenie spowodowałoby drastyczny spadek wynagrodzeń.

Implementacja bez wyzysku

– Ustawodawca, czy raczej „dyrektowodawca”, nie przyjmuje do wiadomości, że praca lekarza wymaga dłuższej obecności w szpitalu, i że przepisy opisujące pracę urzędników czy robotników budowlanych po prostu nie dają się tu zastosować – twierdzi prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł. – I co ważne: nie wynika to z wąsko pojętych interesów lekarzy, ale stawką są tu takie sprawy jak konieczność zapewnienia ciągłości leczenia oraz możliwości kształcenia młodszych lekarzy i studentów.

W swoim stanowisku na ten temat NRL stwierdziła, iż podjęte przez Polskę działania dostosowawcze powinny m.in. doprowadzić do wzrostu bezpieczeństwa pacjentów, a w przyjętych rozwiązaniach należy także uwzględnić te postanowienia, które przewidują możliwość odstępstw od niektórych rygorów, przy czym owa implementacja nie może się dokonać kosztem zarobków lekarzy, zwłaszcza gdy konsekwencją przyjęcia w pełni na grunt polski roz-

dokończenie na str. 28

• **Lepiej zamykać publiczne szpitale niż leczyć komercyjnie?** W szpitalu w Kościerzynie zainteresowani pacjenci po podpisaniu specjalnego oświadczenia mogą leczyć się odpłatnie. Szpitalowi skończyły się bowiem środki na usługi zakontraktowane z NFZ. Tymczasem minister zdrowia Marek Balicki komentuje: „Od leczenia komercyjnego są prywatne placówki” i grozi: „Za pobieranie opłat w publicznych ZOZ-ach grozi kara grzywny w wysokości do 5 tys. zł”. • **Skupują szpitale długi.** Już ponad 100 firm skupuje w Polsce długie szpitale. Ich działalność jest dyskretna i głównie nastawiona na szybki zys – pisze „Gazeta Prawna”. • **Kto, z kim i jak wyrzucił w błoto miliony dolarów?** Według radia RMF w Ministerstwie Zdrowia sfałszowano dokumenty dot. budowy Laboratorium Frakcjonowania Osocza w Mielcu. W rozmowach na temat budowy laboratorium brał udział Waldemar Deszczyński, b. dyrektor gabinetu politycznego min. zdrowia Mariusza Łapińskiego, a wśród przedsiębiorców mających budować fabrykę był Włodzimierz W. – znajomy Aleksandra Kwaśniewskiego, Marka Siwca i Wiesława Kaczmarka – pisze „Rzeczpospolita”. • **Leczenie prywatne i funduszowe.** „Pojawienie się prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych nie zwiększy istotnie nakładów na służbę zdrowia i nie odciąży NFZ” – twierdzi prezes NFZ Jerzy Miller. • **Prawo do dokumentów.** Pacjent sam musi zdecydować, kto ma prawo do jego dokumentacji medycznej w razie jego śmierci. Nowelizację rozporządzenia w tej sprawie podpisał minister zdrowia Marek Balicki. • **Zarobi firma windykacyjna, straci szpital i pacjenci.** Wrocławski Szpital im. Gromkowskiego nie płacił rachunków za wodę. Teraz długie placówki Miejskie Przedsiębiorstwo Wodociągów i Kanalizacji sprzedało innej firmie, której szpital będzie musiał zapłacić o 100 tys. zł więcej. • **Warszawa oddłuży swoje szpitale.** Trzy stołeczne szpitale: Grochowski, Praski i Śródmiejski, dostaną w przyszłym roku z miejskiego budżetu 80 mln zł na spłatę swoich długów. • **Ziarno do ziarnka.** Dzięki darowiznom pochodzącym z wielu różnych źródeł Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu otrzyma nowy sprzęt i aparaturę medyczną o wartości 2,8 mln zł. • **Ranking polskich szpitali.** W opracowanym przez redakcję dziennika „Rzeczpospolita” rankingu polskich szpitali zwyciężyło Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Najwięcej szpitali, w których pacjenci mogą

dokończenie na str. 28

dokończenie ze str. 27

czuć się bezpiecznie, jest na Mazowszu i Śląsku oraz na Lubelszczyźnie.

• **Proszę czekać do przyszłego roku.** Chorzy, którzy nie są w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, są odsyłani ze szpitala białostockiej AM na przyszły rok. Przyczyną jest wyczerpanie limitu na rok bieżący.

• **„Ciepły efekt lekarzy i pielęgniarek”.** W związku z problemami z dostawami gazu do kotłowni szpitala w Gryficach dyrektor placówki wystosował pismo, w którym stwierdził, że „spanie pielęgniarek z lekarzami poprawi efekt ciepły zainteresowanych osób, a zakład uchroni przed koniecznością zakupu ciepłej bielizny nocnej”.

• **Uratować respirator.** Kompletne wyposażenie OIOM-u, bloku operacyjnego, stacji dializ, pracowni EKG, a nawet karetkę reanimacyjną będzie można kupić podczas licytacji organizowanych w zadłużonych szpitalach.

• **Samotność w dużym szpitalu.** W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy ruszył wolontariat. Grupa wolontariuszy utworzona przez ks. Romana Raczaka liczy już kilkadziesiąt osób.

• **Skok na przychodnię.** Z przychodni specjalistycznej przy ul. Konopnickiej w Elku złodzieje ukradli m.in. komputer z bazą danych pacjentów – pisze „Gazeta Olsztyńska”.

• **Krew biorą, ale nie płacą.** Szpitale Dolnego Śląska są winne za krew Regionalnemu Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Wałbrzychu ponad 4,5 mln zł. 300 ml krwi kosztuje 100 zł, a osoba (250 ml) – 65 zł – informuje „Słowo Polskie – Gazeta Wrocławska”.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 60000 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

Zakładanie obrożi węzowi

dokończenie ze str. 27

wiązań europejskich będzie ograniczenie liczby dyżurów. Środki finansowe uwolnione w wyniku ich likwidacji w obecnej postaci powinny zostać włączone do wynagrodzeń lekarzy, tak by nie ponieśli uszczerbku w następstwie reorganizacji zasad całodobowej opieki nad pacjentem.

NRL uznała też za konieczne wyeliminowanie z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przepisów nie uznających dyżuru medycznego za czas pracy, określających wymiar dyżuru, oraz utrzymujących fakultatywne prawo do czasu wolnego po zakończonym dyżurze. Dyżur powinien być w całości wliczony do czasu pracy, a prawo do czasu wolnego musi być obligatoryjne.

Podobne stanowisko reprezentuje Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. Popiera on propozycje zmian dyrektywy 2003/88/WE idących w kierunku dopuszczenia możliwości wydłużenia dozwolonego czasu pracy lekarzy do 65 godz. tygodniowo, przy rocznym okresie rozliczeniowym, za zgodą pracownika (ale bez konieczności uwzględniania tego w zakładowym

układzie zbiorowym pracy), przy wliczeniu całego czasu dyżuru lekarskiego do czasu pracy.

Główna wada dyrektywy

Pomysły w rodzaju zastosowania pracy zmianowej lekarzy, przychodzenia do pracy na parę godzin po południu lub w nocy czy też dyżuru pod telefonem nic tu nie pomogą. To wszystko prowadzi bowiem do pogorszenia jakości opieki lekarskiej nad pacjentem, a nie do jej poprawy. Jednocześnie nie ulega wątpliwości, że musi dojść do uelastycznienia dyrektywy 2003/88/WE. Ale trzeba to zrobić z głową.

Cele zmian proponowanych Radzie UE przez komisję są naprawdę wzruszające. Chodzi bowiem o „zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia i życia pracowników”, „umożliwienie pracodawcom elastycznego zarządzania czasem pracy” i „umożliwienie pracownikom godzenia obowiązków zawodowych z rodzinnymi”.

Szkoda tylko, że unijni i polscy urzędnicy zapomnieli zaproponować wpisania do swojej dyrektywy punktu zabraniającego wynagradzania polskich lekarzy poniżej średniej, jaką zarabiają ich unijni koledzy. Bo jak inaczej można zapewnić im „godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi” i „wysoki poziom życia”, skoro dzięki tej szlachetnej dyrektywie ledwo będą wiązali koniec z końcem?

Ryszard Kijak

8-9 października 2004 r. w Strasburgu spotkały się delegacje zrzeszone w Europejskiej Federacji Lekarzy Etatowych (FEMS) i jednogłośnie zaprotestowały przeciw wszystkim poprawkom proponowanym przez Komisję Europejską zmierzającym do zmiany dyrektywy 2003-88/EC. Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) przyjął to stanowisko do akceptującej wiadomości.

Powołując się na przepisy prawa, lekarze europejscy odrzucają proponowane wyjątki, powodujące odstępstwa od zasad zawartych w przyjętym 9 grudnia 1989 r. Akcie Socjalnym, oraz ignorujące werdykty Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (w sprawach SiMAP i Jaegera).

Propozycje te zagrażają bezpieczeństwu europejskich pacjentów i lekarzy.

Przyjęcie tych zmian stwarza zagrożenie dla europejskiej opieki zdrowotnej jako całości, poprzez obniżenie poziomu bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy.

• Nowa koncepcja wyłączenia z czasu pracy okresów nieaktywnych nie jest zgodna z aktualnymi wymogami stawianymi lekarzom dyżurnym, którzy zarówno aktywnie udzielają świadczeń zdrowotnych, jak i zajmują się monitoringiem: wykonują więc oni pracę przez cały czas, gdy tylko są w pełni dostępni. Każda godzina, w której lekarz jest dostępny i w każdym przypadku gotowy do udzielenia świadczenia, jest częścią jego czasu pracy.

• Wydłużenie udzielania równoważnego okresu odpoczynku do 72 godz. po dyżurze jest propozycją nonsensowną, zagraża jakości świadczeń lekarskich, redukuje bezpieczeństwo pacjenta, i zwiększa ryzyko popełniania błędów w pracy, co pociąga za sobą odpowiedzialność indywidualną.

• Proponowany maksymalny wymiar tygodniowy czasu pracy stanowi ryzyko dla bezpieczeństwa i funkcjonowania lekarzy, a poza tym wprowadzenie tego uregulowania spowoduje spiętrzenie trudności w naborze lekarzy.

FEMS odrzuca wszelkie próby zmierzające do pogorszenia warunków socjalnych i do dyskryminacji zawodu lekarza. FEMS intensyfikuje swoje kontakty w celu zbudowania europejskiego ruchu na rzecz poprawy warunków pracy lekarzy, a także utrzymania i poprawy poziomu jakości oraz bezpieczeństwa systemu opieki zdrowotnej europejskich obywateli.

Thomas Percival

twórca podstaw współczesnych kodeksów etyki lekarskiej

Paweł Grabowski, Romuald Krajewski

W 2004 r. mija 200 lat od śmierci Thomasa Percivala.

To dobra okazja, aby przypomnieć sylwetkę tego niezwykłego lekarza.

Thomas Percival (1740-1804), lekarz, intelektualista i humanista urodzony w Warrington, w Anglii, był autorem publikacji uważanej za pierwszy kodeks lekarskiej etyki zawodowej – „*Medical Jurisprudence*”, wydanej w roku 1794. Wersja rozszerzona, zatytułowana „*Medical Ethics or, Code of Institutes and Precepts Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*” ukazała się drukiem w roku 1803.

Cztery rozdziały kodeksu dotyczyły postępowania lekarzy w praktyce szpitalnej, w praktyce prywatnej, w relacjach z aptekarzami, w przypadkach, które wymagać mogą znajomości prawa.

Anglicy uważają ten kodeks za pierwszą próbę kodyfikacji etyki lekarskiej od czasów Hipokratesa. Autor wprowadził w niej nowe wyrażenia: „etyka zawodowa” i „etyka medyczna”.

W czasach Percivala brytyjskie prawo oparte było na orzecznictwie sądowym (na precedensach). Ustawy były przyjmowane odpowiednio do ściśle określonych problemów, rozstrzyganych przez sędziów. Jeremy Bentham chciał zastąpić prawo oparte na orzecznictwie sądowym prawem ustawowym. To on wprowadził do nauk prawnych słowo „kodyfikacja”, oznaczające ujednolicenie i normalizację, i próbował wprowadzić je do brytyjskiego prawa. Etyka lekarska, nazwana pierwotnie przez Percivala prawoznawstwem lekarskim, była analogiczną próbą wprowadzenia systemu służącego do wydawania indywidualnych moralnych sądów (orzeczeń) wobec praktykujących lekarzy.

Kodeks etyki lekarskiej powoli wypierał kodeks honorowy i do początku XX stulecia stał się dominującą formą regulowania norm zawodowej etyki.

Od bardzo dawnych czasów lekarze składali przysięgę. W oryginalnej przysiędze Hipokratesa lekarz zobowiązywał się, że „...wedle mej możliwości i rozważań będę dochowywał tej przysięgi i tych zobowiązań”. Leczenie było sztuką i dla społeczeństwa jedyną gwarancją dobre-

go jej wykonywania była uczciwość, prawość i zaangażowanie lekarza. Jeszcze na początku XIX w. członkowie Towarzystwa Lekarskiego Stanu Nowy Jork, aby uzyskać prawo do prowadzenia praktyki lekarskiej w tym stanie, przysięgali m.in.: „*Uroczystie oświadczam, że będę uczciwie, moralnie... postępował w mojej praktyce lekarza i chirurga, mając przywilej wykonywania tego zawodu, z wiernością i honorem zrobię wszystko, co w mojej mocy, dla dobra chorego powierzonego mojej opiece*”. Przysięga nakazywała lekarzom postępować uczciwie i moralnie, w sposób prawy. Nakazując kierowanie się „wiernością i honorem” odwoływała się do dżentelmeńskiego honoru i koncentrowała się na charakterze praktykującego lekarza, jego uczciwości, prawości i moralności.

R. Baker (*Code of Ethics: Some History. Perspectives on the Professions. 1999, 19, No. 1*) zwraca uwagę na subiektywny język przysięgi, odwołanie się do ogólnych ideałów, wyrażonych w podniosłym języku, użycie pierwszej osoby liczby pojedynczej. Ponieważ charakter był głównym gwarantem uczciwości w postępowaniu zawodowym, nawet cień na honorze praktykującego lekarza stawał się poważnym problemem. Dla zachowania dobrego imienia i reputacji wnoszono pozwy do sądów i posuwano się nie raz do nadzwyczajnych środków – dochodziło nawet do pojedynków.

Potrzeba obrony osobistego honoru przez pojedynczych praktykujących lekarzy być może pomagała zachować zawodowe normy i wartości, ale również sprzyjała naruszaniu zasad współpracy, której wymagają współczesne organizacje i instytucje, nie tylko medyczne.

Percival był świadkiem konfliktu pomiędzy lekarzami w swoim szpitalu w Manchester. Istotą sporu były z jednej strony, związane z epidemią tyfusu, projekty rozbudowy szpitala i zatrudnienia większej liczby lekarzy postrzeganych jako „gorsi” przez szpitalną elitę, a z drugiej walka o wpływy pomiędzy gru-

pami reprezentującymi odmienne grupy społeczne i przekonania polityczne. W trakcie sporu część lekarzy zrezygnowała z pracy, aby zablokować zmiany. Zarządcy szpitala powołali komisję kierowaną przez Percivala w celu spisania reguł zapobiegających powtórzeniu się takich kryzysowych sytuacji.

Opracowano przepisy, które początkowo dotyczyły głównie zasad zachowania lekarzy i nie używały terminu „etyka”. Wyrażały jednak przekonanie, że dla ówczesnego „profesjonalizmu” potrzebna jest jakaś alternatywna koncepcja „moralności zawodowej”.

Kodeks etyczny opublikowany później przez Percivala różnił się od wcześniejszych przysięg i przyrzeczeń lekarskich. Pierwszą osobą liczby pojedynczej zastąpiono pierwszą i trzecią osobą liczby mnogiej. Wyliminowano subiektywny język. Normy postępowania były sformułowane jako „obowiązki”. Obowiązki te, niektóre dość szczegółowe, były uzasadniane wspólną odpowiedzialnością zawodową lekarzy za chorego.

Pisząc o odpowiedzialności Percival bronił i domagał się moralnego autorytetu, a także autonomii praktykujących lekarzy, szczególnie niezależności od administratorów szpitali, którzy byli ich nominalnymi pracodawcami. Tworzył w ten sposób podstawy niezależności zawodowej lekarzy.

Podobnie do sytuacji znanych i współcześnie stwierdzał, że administratorzy szpitali nie zawsze są godnymi zaufania opiekunami chorych. Ograniczali oni autonomię lekarzy, kiedy chcąc obniżyć koszty leczenia nadmiernie zacieśniaли sale chorych, albo nakazywali stosowanie tańszych, gorszej jakości, leków. Percival twierdził, że lekarzy i chirurgów, członków grup zawodowych opartych na zaufaniu i zobowiązanych do niesienia pomocy, żadne względy oszczędnościowe nie mogą powstrzymywać od stosowania metod leczenia, czy przepisywania leków, które sami uznają za najlepsze. „*Lekarze i chi-*

rudzy nie powinni być powstrzymywani od przepisywania leków, nawet drogich, w przypadku wyjątkowo złośliwej choroby i niebezpieczeństwa (...)".

Kodeks dawał środowisku lekarskiemu moralny mandat do oceny postępowania nie tylko swoich pracodawców i zwierzchników – administratorów szpitala, kierowników, opiekunów i dobroczyńców, ale również kolegów lekarzy. Można w nim m.in. przeczytać: „(...) *Powinno się unikać nadmiernej ingerencji w wypadku sprawowania opieki przez innego lekarza (...)*”, czy: „(...) *zachęca się do udzielania konsultacji (...)*”. Umożliwiał ówczesnym lekarzom ograniczanie konfliktów międzyludzkich, wywołanych przywiązywaniem nadmiernego znaczenia do indywidualnego (osobistego) honoru, ustalenie wspólnych norm niezbędnych do skutecznego współdziałania, tworzenie struktur, które pozwalały bronić niezależności od pracodawców. Był równocześnie podstawą do domagania się szczególnego statusu i zaufania dla lekarzy, co już w XIX w. stało się przedmiotem dyskusji i krytyki trwającej do naszych czasów.

Podstawy kodeksu zostały opracowane dla potrzeb środowiska lekarskiego w Manchesterze w odpowiedzi na trudności szpitala i były połączeniem zasad

etycznych z regułami prawnymi oraz z innymi przepisami. Zapewne pozostałyby mało znane, gdyby nie rozpowszechnienie ich w Ameryce.

Od 1807 r. członkiem Towarzystwa Medycznego Stanu Nowy Jork mógł zostać tylko lekarz, który złożył przysięgę lekarską, a prawo do prowadzenia praktyki lekarskiej mieli jedynie członkowie Towarzystwa. Sprowadzony do Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej przez profesora Samuela Browna kodeks Percivala był podstawą zasad etycznych lokalnych stowarzyszeń lekarskich, a w roku 1847 stał się podstawą dla opracowania Kodeksu Etyki Lekarskiej Amerykańskiego Towarzystwa Lekarskiego (*American Medical Association*).

Był to pierwszy w świecie zbiór zasad przyjęty przez narodowe stowarzyszenie zawodowe i pierwszy, który został nazwany „kodeksem etycznym”. Kodeks *American Medical Association (AMA)* można traktować jako bezpośredni i najważniejszy efekt pracy Percivala. W notatce do pierwszego wydania kodeksu z 5 czerwca 1847 r. wspomina się, że wszystkie dotychczasowe kodeksy przyjęte w USA zawierały cytowania z pracy Thomasa Percivala i że pierwszy kodeks zawiera również znaczną liczbę cytowań tego autora.

W roku 1875, w czasie gdy w środo-

wisku lekarskim w Polsce toczyły się dyskusje o konieczności wydania kodeksu deontologii lekarskiej, w „Przeglądzie Lekarskim” zamieszczono notkę redakcyjną: „*W Nowym Jorku opracowano i ogłoszono drukiem kodeks etyki lekarskiej (...) Przydałby się i w Polsce Kodeks Etyki Lekarskiej.*” Pierwsze polskie kodeksy etyczne na pewno korzystały ze wzoru *AMA* i można stwierdzić, że praca Thomasa Percivala miała bardzo rozległy wpływ na etykę lekarską poprzez kształtowanie kodeksów etyki lekarskiej w innych krajach.

Organizacje zrzeszające lekarzy były najczęściej pierwszymi, które ustanawiały reguły deontologiczne obowiązujące członków ich grupy zawodowej. Obecnie formalny kodeks etyczny jest wszędzie znakiem probierczym profesjonalizmu grup wykonujących wolny zawód.

Chociaż zasady etyki zawodowej lekarzy zwykle chętnie wywodzi się z czasów starożytnych, dwieście lat temu Thomas Percival niewątpliwie był jednym z pierwszych, którzy sformułowali je w sposób nowoczesny i stworzyli podstawy obowiązujących współcześnie kodeksów.

E-mail: p_grab@poczta.onet.pl (Paweł Grabowski).

Piśmiennictwo u autorów.

Co, gdy nas zabraknie

Magdalena Kornak

Każdy, kto prowadzi własną firmę, wie, jak wiele wkładu pracy i troski ona wymaga.

Zdaje też sobie z pewnością sprawę z tego, iż jest w wielkiej lub głównej mierze kapitanem na tym okręcie. Niewielu jednak przedsiębiorców zastanawiało się kiedykolwiek nad tym, co stałoby się z ich firmą, gdyby nagle byli zmuszeni, bez zapowiedzi i ostrzeżenia oraz możliwości scedowania swoich obowiązków na zaufaną osobę, opuścić firmę i zniknąć na dłuższy czas bez wyjaśnienia.

Warto wyobrazić sobie taki scenariusz i zastanowić się jak będzie funkcjonowała nasza spółka, prywatna firma, nasza rodzina, gdy nas nagle zabraknie. Takie porównanie można zastosować w przypadku (odpuścić) naszej lub naszego wspólnika naglej śmierci lub poważnego, wykluczającego dalszą pracę wypadku.

Jak wynika z obserwacji statutów spółek, bardzo mało jest przypadków unormowań takiego stanu rzeczy. Nikt nie znajduje przyjemności w zakładaniu, iż może mu się coś stać, mamy wszyscy nadzieję, że w naszym przypadku nie będzie to po prostu miało miejsca. Należy się jednak zastanowić nad przyszłością nie tylko naszej spółki, czy też prowadzonej przez nas jednoosobowo działalności gospodarczej, ale także wziąć pod uwagę kilka innych aspektów. W szerszym i głębszym zrozumieniu tego pojęcia pomocne mogą okazać się pytania pomocnicze, a odpowiedzi na nie mogą ułatwić sprecyzowanie daleko- siężnych potrzeb założycieli firm:

1. Czy w statucie Państwa spółki znajduje się jakiegokolwiek zapis odnoszący się do unormowania sytuacji udziałów po śmierci jednego ze wspólników?
2. Jak uregulowane zostały i czy w ogóle wzięto pod uwagę prawa spadkobierców zmarłego wspólnika i ich wstąpienie do spółki bądź też wykluczenie z niej?
3. Ważne w przypadku wykonywania wolnych zawodów – Czy spółka zakłada wejście spadkobierców o ściśle określonych kwalifikacjach, czy może pozwolić sobie na wejście wspólników zupełnie nie związanych z jej profilem i jaka może być wtedy ich rola w spółce (a bardzo często zdarza się, że nagle spadkobiercą i potencjalnym wspólnikiem spółki jest małoletni)?

4. Czy przewidziano rezerwy finansowe na spłatę spadkobierców nie wchodzących do spółki w razie podjęcia takiej decyzji przez żyjących wspólników bądź gdy testament zmarłego wspólnika zakłada taką możliwość?

5. W jakiej wartości są wyceniane udziały: nominalnej, bilansowej czy rzeczowej?

6. Czy przy wycenie wartości rzeczywistej spółki będą brane pod uwagę niematerialne składniki majątku, a więc np. marka, udział w rynku (nasi pacjenci), nasz wkład w udział w spółce wnoszony w postaci wiedzy, doświadczenia, zaufania, jakim darzą nas pacjenci?

7. Jak spółka rozliczy się ze spadkobiercami nie wchodzącymi do spółki jeśli jej wynik finansowy będzie oscylował blisko zera (nigdy nie wiadomo w jakim etapie funkcjonowania spółki akurat się znajdziemy i w jakiej kondycji finansowej ona będzie)?

Pytania powyższe stanowią jakby odnośnik w głównej mierze do spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółek partnerskich, niemniej jednak, podobne pytania postawić może każdy, kto w ogóle prowadzi samodzielnie własną firmę, wypracowuje pewien zysk i przykłada wagę do zabezpieczenia finansowego. W spółce cywilnej prowadzonej przez dwóch wspólników, gdzie śmierć jednego z nich *de facto* powoduje jej rozwiązanie – polisa może okazać się skutecznym narzędziem finansowego zabezpieczenia spadkobierców. Jeśli na dodatek jest tak, że dochody jakie wypracowuje spółka i jej wspólnicy są głównym źródłem finansowego bytu ich rodzin, odszkodowanie wypłacone z polisy wydaje się być dobrym rozwiązaniem.

Ubezpieczenia na życie, powszechnie znane, a niekoniecznie powszechnie lubiane, wchodzą obecnie na drogę innowacji w zakresie swojego oddziaływania. Ubezpieczonym może być teraz nie tylko prywatna osoba, ale także wspólnik w spółce, co jednocześnie oznacza, iż zabezpieczenie finansowe będzie obejmowało go osobiście, ale też zabezpieczy interesy jego spadkobierców lub samej spółki (zależy to od wskazania uposażonego z polisy).

Z takiego rozwiązania wynika wiele pozytywnych, lecz niewątpliwie najważniejszych, to być przekonaniem, iż ta regulacja prawna (w przypadku spółek – odpowiedni zapis w umowie, odnoszący się do dziedziczenia naszych udziałów) oraz finansowa rzeczywistość nam odpowiada i ma w naszym mniemaniu rację bytu. Takie zjawisko warto naświetlić, a lekarze, którzy jak mało kto zdają sobie sprawę z nieuchronności i nieprzewidywalności śmierci, są z pewnością w stanie zrozumieć lepiej od innych powagę powyższego, ale przede wszystkim innowacyjny poniekąd charakter takich ubezpieczeń. Mówienie o tym, co nie jest dla nas zbyt przyjemne, na pewno nie zaszkodzi, a może tylko pomóc w rozsądnym zaplanowaniu przyszłości.

Sprostowanie

W nr. 11/2004 w artykule „*Którędy po unijne fundusze*” wystąpił błąd. **Wielkość dotacji**, jaką można uzyskać na pozostałych terenach Polski, to nie 30%, a **50%**, za co Państwa bardzo przepraszam.

Autorka zajmuje się zawodowo doradztwem gospodarczym, finansami i ubezpieczeniami.

Więcej informacji – tel. 0-509-731-248 lub e-mail: kancelaria_doradcy@o2.pl

Raport na temat badań klinicznych w Polsce

Badania kliniczne są zasadniczym etapem powstawania nowych leków. Od kilkunastu lat polscy lekarze aktywnie uczestniczą w międzynarodowych projektach badawczych o wysokim standardzie, z korzyścią dla służby zdrowia i pacjentów w naszym kraju. Z uwagi na fakt, że niewiele wiadomo było o odbiorze społecznym i skali tej działalności, Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych przeprowadziło w czerwcu br. dwa badania: opinii społecznej i rynku badań w Polsce.

Pierwszą ankietę przeprowadzono przy pomocy specjalistycznych firm RUN i TNS OBOP wśród reprezentatywnej próbki Polaków. Istotnym argumentem wspierającym prowadzenie badań klinicznych jest fakt, że zdecydowana większość (niemal 90%) respondentów nie chciałaby przyjmować leków, których działanie nie zostało wcześniej sprawdzone na ludziach. Ale jedynie 15% ewentualnie zdecydowałoby się (odpowiedź: „zdecydowanie tak” lub „raczej tak”) na udział w badaniu skuteczności nowego leku. Odsetek ten jednak rośnie wielokrotnie do 71%, jeśli dzięki udziałowi w teście respondenci mieliby szansę – ale niekoniecznie pewność – na poprawę własnego stanu zdrowia.

Ważne znaczenie ma waga, jaką Polacy przywiązują do badań klinicznych nad nowymi lekami i preparatami, choć tylko ok. 1/4 deklaruje, że zetknęło się z zagadnieniem badań nowych leków. Otóż ponad 90% zgadza się, że korzyści z prowadzenia testów nowych leków to postęp w medycynie, a 81%, że efektem jest też edukacja lekarzy. Niecałe 60% docenia też korzyści finansowe dla kraju, jakie wynikają z prowadzenia w Polsce tych testów.

Ale ankietę ujawniła też negatywne opinie społeczne: 80% respondentów zgadza się, że skutkiem prowadzenia badań klinicznych może być pogorszenie stanu zdrowia uczestników, 42%

sądzi, że lekarze prowadzący badania mniej dbają o pozostałych chorych, a aż 70% uważa, że prowadzenie testów nowych leków sprzyja korupcji wśród lekarzy. Niekorzystny wydźwięk ma fakt, że dwie trzecie badanych wyraża pogląd, iż pacjenci odnoszą korzyść materialną z udziału w testach.

Tak więc, w umysłach Polaków ścierają się dwie skrajnie przeciwstawne postawy: ogólnego lęku przed badaniami i nadziei, że jednak dadzą one coś pozytywnego. Jeśli, przypomnijmy, weźmie się pod uwagę, że testowanie leków uważa się za potrzebne, to wydaje się, że narzucającą się interpretacją może być lęk przed nieznanym i nagromadzenie w społecznej świadomości mitów na temat eksperymentów medycznych jako takich.

W ankiecie oceniającej rynek badań klinicznych wzięło udział ponad 60 sponsorów i organizacji prowadzących badania (CRO) w Polsce. Działalność ta dynamicznie rozwija się w naszym kraju od połowy lat 90-tych. Według uzyskanych danych w ciągu ostatnich 10 lat ponad 100 tys. chorych wzięło udział w 1360 badaniach. Ogólna liczba badań w raporcie wydaje się niska jako że w Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych (CEBK) odnotowano blisko 3000 projektów, ale należy podkreślić, że pytanie w ankiecie dotyczyło już zakończonych badań.

Firmy, które udzieliły odpowiedzi, prowadzą obecnie w Polsce ponad 300 ak-

tywnych badań, co w świetle uczestnictwa w ankiecie na poziomie 70% dobrze koresponduje z ok. 400 badaniami rocznie rejestrowanymi przez CEBK. Dominują międzynarodowe badania fazy III (ok. 50%), ale prowadzone są też projekty w fazie I i II, jak też dość liczne w fazie IV. Działalność badawcza dotyczy wszystkich specjalności, jednak najwięcej dotyczy kardiologii i onkologii. Fakt ten świadczy pozytywnie o ocenie polskich ośrodków i lekarzy pełniących rolę badaczy, gdyż dziedziny te są uważane za dominujące w światowych „rankingach” technologii medycznych. Jakość badań prowadzonych w Polsce jest oceniana wysoko: 55% stwierdziło, że jest ona bardzo wysoka lub raczej wysoka, natomiast ponad 40% uważa, że jest porównywalna z jakością osiąganą w innych krajach.

Zdaniem respondentów badania kliniczne są korzystne dla służby zdrowia, m.in. poprzez wpływ na poziom wiedzy medycznej i dostęp do nowoczesnych technologii. Badania klinicznie dobrze służą także bezpośrednio pacjentom pozwalając na skuteczne leczenie. Stanowią także liczącą się korzyść materialną – wg szacunków Stowarzyszenia prowadzenie badań przyniosło Polsce inwestycję co najmniej 880 mln złotych w ciągu ostatniego dziesięciolecia.

Piotr Soszyński

Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce, GCPpl

CEDUS. Szkoła Ultrasonografii.

Kursy szkoleniowe (na poziomie podstawowym i zaawansowanym) w 2004 i 2005 r.:

- 1-05.12.2004., 6-10.04. *USG brzucha*
 - 5-10.12.2004., 17-22.04., 5-10.06. *Echokardiografia*
 - 9-14.01., 18-21.03., 8-13.05. *Doppler*
 - 7-10.03. *Radiologiczny-USG-MRI w ortopedii*
 - 13-18.03. *USG w ginekologii i położnictwie*
 - 6-11.03., 12-17.06. *Ortopedia i reumatologia*
 - 15-20.05. *USG. Narządy powierzchniowe*
- Uczestnicy otrzymują certyfikaty i punkty PTU i PLTR. Zajęcia „Pod Tężniami” w Ciechoćniku. Informacje: www.cedus.edu.pl lub 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

Esdent Dental Equipment.

Szkolenia w 2004 i 2005 r.:

- 4-5.12.04. *Strategia w leczeniu ortodontycznym. Wektory i momenty sił. Wygięcia, V teoria, pętla T, łuk intruzyjny, łuk ekstruzyjny, prostowanie i przesuwanie zębów trzonowych.* (Szkolenie praktyczne. Uczestnicy muszą przywieźć własne komplety kleszczy do techniki straight-wire, -cewka -suszarka, -igłotrzymacz!)
- 18.12.04. *Fizjoterapia, profilaktyka i leczenie skutków pracy statycznej i monotypii ruchowej u lekarzy dent.* Zajęcia warsztatowe. *Psychologia stosowana w praktyce stom.* *Od uznania pacjentów po sukces finansowy. Stres zawodowy w pracy lekarza stomatologa i asysty*
- 8-9.01.05. *Strategia w leczeniu ortodontycznym. Wektory i momenty sił. Wygięcia, V teoria, pętla T, łuk intruzyjny, łuk ekstruzyjny, prostowanie i przesuwanie zębów trzonowych* (szkolenie praktyczne)
- 22.01.05. *Kosmetyczne rekonstrukcje z zastosowaniem „anatomicznej techniki warstwowej”. Rekonstrukcje w odcinku bocznym – wypełnienia bezpośrednie i techniki pośrednie (pokaz praktyczny). Profesjonalne wybielanie zębów. Odbudowa w leczeniu endodontycznym*
- 29-30.01.05. Zajęcia warsztatowe z *ergonomii pracy*
- 12.02.05. *Podopieczni w praktyce. Postępowanie profilaktyczno-lecznicze u dzieci z grup wysokiego ryzyka próchnicy. Odbudowa zębów stałych i mlecznych po urazach. Postępowanie endodontyczne w przypadku zębów stałych z niedotworzonym wierzchołkiem*
- 19.02.05. *Periodontologia praktyczna. Sukces z periodontologią w gabinecie stomatologii ogólnej.* Doświadczenia i wskazówki praktyka

Uczestnictwo należy potwierdzić telefonicznie: (0-71) 353-83-51 lub 354-02-17.

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki. Praktyczne kursy ultrasonograficzne w 2004 i 2005 r.:

- 9-12.12.2004. *Ultrasonografia gruczołu piersiowego*
- 16-19.12.2004. *Ultrasonografia dopplerowska (tętnice szyjne i kręgowe, naczynia kończyn dolnych, aorta, przetoki tętniczko-żylnie)*
- 18-20.02. *Ultrasonografia dopplerowska kończyn dolnych* – kurs doskonalący

- 25-27.02. *Ultrasonografia gruczołu piersiowego* – kurs doskonalący
 - 10-13.03. *Ultrasonografia dopplerowska*
 - 17-20.03. *Echokardiografia*
- Szkolenia dają prawo do punktów edukacyjnych TIP. Szkolenia dopplerowskie są obowiązkowe do specjalizacji z chirurgii naczyniowej. Zajęcia i zakwaterowanie w Puszczykowie k. Poznania na terenie WPN. Konto: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. 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

Centrum Edukacji Medycznej Instytutu Jaskry. Warsztaty szkoleniowe w 2004 i 2005 r.:

- 11.12.2004., 29.01. *Zastosowanie pachymetrii ultrasonograficznej do diagnostyki jaskry*
 - 8.01. *Monitorowanie jaskry przy pomocy HRT i GDXVCC*
 - 15.01., 5.02. *Jaskra z zamykającym się kątem przesączania – diagnostyka (UBM, pachymetria, GDXVCC)*
 - 12.02, 26.02. *Biomikroskopia ultrasonograficzna (UBM) w diagnostyce jaskry pierwotnej i wtórnej*
 - 5.03., 12.03. *Ultrasonografia w okulistyce: trójwymiarowe obrazowanie zmian wewnątrzgałkowych – volumetria (A + B + 3D)*
- Szkolenia zakończone będą wydaniem certyfikatów. W ramach programu kształcenia ustawicznego istnieje możliwość uzyskania punktów edukacyjnych. Opłaty za uczestnictwo na miesiąc przed wybranym terminem szkolenia. Organizatorzy zastrzegają sobie prawo odwołania warsztatów w wypadku małej liczby osób zainteresowanych szkoleniem. Informacje i zgłoszenia: Olga Polakowska, tel. 0-604-704-731, Izabella Bogucka, tel. 0-502-200-189; Instytut Jaskry, ul. Okrąg 1A, Warszawa 00-415, tel. (0-22) 622-65-09, fax (0-22) 622-65-83.

- 11.12.2004 r. Warszawa. Hotel InterContinental, ul. Emilii Plater 49, godz. 11.00. Polska Akademia Zdrowia, przy współudziale Izby Gospodarczej Medycyna Polska, organizuje jednodniowe seminarium-szkolenie, warsztaty menedżerskie w dziedzinie profilaktyki i promocji zdrowia: *Kreowanie nowych możliwości finansowych w praktyce lekarskiej.* Koszt uczestnictwa 50 PLN.
- Informacje i zgłoszenia: Europejskie Centrum Medyczne, tel.: (0-22) 644-11-77, (0-22) 644-53-11, 0-501-103-456, e-mail: siwike@op.pl

Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii. Kursy w 2005 r.:

- 9-15.01. *Echokardiografia w kardiologii*
- 16-22.01. *Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej*
- 30.01.-5.02. *Diagnostyka USG narządu ruchu*
- 6-12.02. *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- 20-26.02. *Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych: szyi, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych*
- 27.02.-5.03. *Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy, narządów miednicy mniejszej – Ultrasonografia w gabinecie lekarza rodzinnego*

- 13-19.03. *Diagnostyka USG układu moczowo-płciowego:*
 - *gruczoł krokowy – badania transrektalne wraz z biopsją monitorowaną USG*
 - *nerki, pęcherz moczowy, moshna*
 - 19-20.03. *Ultrasonografia w pediatrii i neonatologii* – kurs teoretyczny (miejsce: Kraków)
 - 10-16.04. *Diagnostyka USG narządów położonych powierzchownie:*
 - *diagnostyka obrazowa sutka,*
 - *diagnostyka USG tarczycy, węzłów chłonnych i innych narządów szyi*
- Informacje i zapisy: (0-84) 638-55-12, 638-80-90, www.usg.com.pl

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii.

Szkolenia podstawowe w 2004 i 2005 r.:

- 14-17.12.04 *Diagnostyka USG narządów małych powierzchniowo leżących (ślinianki, gruczoł piersiowy, tarczyca)*
 - 11-14.01.05 *Diagnostyka USG jamy brzusznej*
 - 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
 - 22-25.02.05 *Diagnostyka USG gruczołu piersiowego*
- Informacje i zgłoszenia: WCP ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. (0-71) 348-39-66, 0-606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, <http://www.usg.neostrada.pl/>

Klinika Ortopedii i Rehabilitacji

II Wydz. Lek. AM w Warszawie
Woj. Szpitala Bródnowskiego organizuje kursy doskonalące w 2005 r.:

- 14-15.01. I Międzynarodowa Konferencja Naukowa *Inżynieria Tkankowa w Ortopedii* Kurs Doskonalący *Technik Rekonstrukcyjnych Chrzastki Stawowej* – www.ekonferencje.pl/cartilage
- 10-11.03. *Metody leczenia złamań za pomocą stabilizatora zewnętrznego „Dynastab”* – www.artroskopia.org lub www.ekonferencje.pl/dynastab
- 14-15.03., 17-18.10. *Artroskopia stawu kolanowego* – kurs podstawowy – www.artroskopia.org lub www.artroskopia.com.pl
- 16-17.03., 24-25.10. *Chirurgia artroskopowa barku* – www.artroskopia.org lub www.artroskopia.com.pl
- 17-18.03., 20-21.10. *Leczenie rekonstrukcyjne uszkodzeń więzadła krzyżowego przedniego (WKP) z wykorzystaniem przeszczepów autogenych* – www.artroskopia.org lub www.artroskopia.com.pl

- 15-16.01. 2005 r. Warszawa. **Proktologia.** Kurs specjalistyczny: *Anatomia i fizjologia odbytu i odbytnicy; Badania kliniczne w proktologii; Badania diagnostyczne w proktologii: badania czynnościowe, (ano-rectal assessment), badania endoskopowe, badania USG, endorektalne, defekografia, wartość TK, MRJ w proktologii; Przygotowanie chorego do badań diagnostycznych i zabiegów proktologicznych; Znieczulenie w proktologii: do operacji i po operacji; Zwiększenie odbytu; Szczelina odbytu; Ropnie i przetoki odbytu; Przetoki odbytniczo-pochwowe; Kłykciny kończyste; Samotny wrzód odbytnicy; Świąd odbytu;*

Zaburzenia kontroli stolca (nietrzymanie stolca); Zaparcia; Wypadanie odbytnicy; Uchylek odbytniczo-pochwowy; Nowotwory kanału odbytu i brzożu odbytu; Urazy odbytu i odbytnicy; Choroby odbytu i odbytnicy przenoszone drogą płciową; Choroba Leśniowskiego-Crohna odbytu i odbytnicy; Wady wrodzone odbytu i odbytnicy (w tym choroba Hirschsprunga, guzy krzyżowo-ogonowe); Ropne zapalenie gruczołów potowych okolicy odbytu; Przewlekłe samoistne zespoły bólowe odbytu i odbytnicy; Stomia wskazania, wykonanie, powikłania, pielęgnacja; Ocena jakości życia u chorych proktologicznych; Wyposażenie gabinetu proktologicznego. Podstawowy zestaw narzędzi i aparatów. Informacje i zgłoszenia: Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o., 01-450 Warszawa, ul. Astronomów 3 pok. 424, tel. 877-28-60, 862-10-51, fax 862-10-50, abacus@abacus.edu.pl, www.abacus.edu.pl

Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT. Konferencje i kursy w 2005 r.:

- **12-13.02.** Lwów. Międzynarodowa Konferencja: *Wczesna Diagnostyka Pourazowa Kręgosłupa Szyjnego*
- **12-13.03.** Wrodzona dysplazja stawu biodrowego. Kurs doskonalący dla specjalistów i specjalizujących się w ortopedii, rehabilitacji i pediatrii
- **14-15.05.** Ustroń Śl. *Osteoporoza: niedoceniany problem medyczny*
8 punktów edukacyjnych
Zgłoszenia: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, ul. Kopernika 8/2, 40-064

Katowice, tel./fax (0-32) 251-22-64, 0-601-423-243, www.msp-pakt.med.pl, e-mail: medycznesympozja@poczta.onet.pl

- **5-9.03.2005 r.** Zakopane. Kurs: *Ultrasonograficzne badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafa*. Informacje: dr Michał Kulej SONO-MEDICUS 34-500 Zakopane, skr. poczt. 411, tel./fax (0-18) 201-24-17, 0-609-999-000, e-mail: kulej@ozzl.org.pl
- **11-12.03. 2005 r.** Poznań. II Konferencja Szkoleniowa. II Repetytorium **Pulmonologiczne** Poznań 2005: *Diagnostyka chorób układu oddechowego, zakażenia układu oddechowego, gruźlica, choroby obturacyjne układu oddechowego, zatorowość płucna, rak płuca, postępy w diagnostyce obrazowej w pulmonologii*, głównie dla lekarzy specjalizujących się w **internie, medycynie rodzinnej i lekarzy rodzinnych**. Formularz rejestracyjny na stronie Kliniki www.sk1.am.poznan.pl/ftyzjo pod odnośnikiem konferencja lub pocztą elektroniczną: repetytoriumpoznan@poczta.fm. Zgłoszenia do 1.02.2005 r. Decyduje kolejność zgłoszeń. Opłata 100 zł. Konto: Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej, Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań WBK S.A. 82 1090 1362 0000 0001 0200 1772 „KONFERENCJA” Konferencja zostanie objęta punktami edukacyjnymi. Uczestnicy otrzymają certyfikat. Informacje: Sekretariat Katedry i Kliniki Ftyzjopneumonologii AM Poznań, Szamarzewskiego 84, tel./fax 841-70-61, 60-569 Poznań

- **14-16.04.2005 r.** Poznań. XXVII Sympozjon **Retinologiczny** Sekcji Retinologicznej Polskiego Towarzystwa **Okulistycznego**, Katedra i Klinika Okulistyki AM w Poznaniu: *Najnowsze osiągnięcia w retinologii*. Informacje i zgłoszenia tylko drogą elektroniczną: www.retinologicum2005.pl; tel. (0-61) 869-44-79, fax (0-61) 867-42-01, e-mail: bokiz@osteoplant.com.pl

- **3-4.06.2005 r.** Dom Polonii w Pułtusku. VI sympozjum Sekcji Informatyki Medycznej Polskiego Towarzystwa **Okulistycznego**: *Monitorowanie jaskry – diagnostyka, optymalny dobór leków, zabiegi laserowe i chirurgiczne. Monitorowanie zmian zwyrodnieniowych siatkówki – diagnostyka i leczenie. Współczesna diagnostyka chorób narządu wzroku wsparta o techniki komputerowe*. Zgłoszenia uczestnictwa oraz referatów do 31.01.05 r. Koszt uczestnictwa zgłaszanego w tym terminie 200 zł (dla lekarzy specjalizujących się 150 zł). Informacje i zgłoszenia: Polskie Towarzystwo Profilaktyki Jaskry – Instytut Jaskry, ul. Okrąg 1A, 00-415 Warszawa, tel. (0-22) 622-65-09, tel./fax (0-22) 622-65-83.

- **7-10.06.2005 r.** Poznań. XLII Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa **Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi**: *Rak krtani i części krtaniowej gardła; Niedosłuch czuciowo-nerwowy; Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych; Zaburzenia oddychania w czasie snu*. Informacje: www.amp.edu.pl/orl

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

W sprawie projektu ustawy o świadomym rodzicielstwie

KSLP podziela opinię Naczelnej Rady Lekarskiej z 17 września 2004 r. w sprawie wymienionego w tytule Projektu Ustawy, uznając go za absurdalny. Autorzy projektu ustawy:

1. Pozwalają matkom zabijać własne nie narodzone dzieci, kiedy same tego zechcą.
2. Pozwalają młodocianym ciężarnym (nie uprawnionym do podejmowania samodzielnych decyzji): zabijać własne nie narodzone dzieci lub podejmować działania zagrażające ich zdrowiu i życiu.
3. Pozbawiają ojca prawa głosu w sprawie własnego nie narodzonego dziecka.
4. Zobowiązują prawnie lekarza do działań, co do których nie ma wskazań lekarskich i które naruszają zasady etyki lekarskiej.
5. Obciążają każdego obywatela kosztami aborcji na życzenie, środków wczesnoporonnych oraz środków antykoncepcyjnych.

Projekt ustawy wymaga odrzucenia w całości jako naruszający liczne zasady prawne, głęboko nieetyczny i antyludzki.

Jan Paweł II w Encyklice „Evangelium Vitae” pisze:

„W tym miejscu pragniemy jednak zwrócić szczególną uwagę na inny rodzaj zagrożeń wymierzonych przeciwko życiu poczętemu lub życiu, które zbliża się do końca: dostrzegamy w nich nowe aspekty nie znane w przeszłości oraz problemy niezwyklej wagi związane z faktem, że w świadomości zbiorowej te zamachy na życie tracą stopniowo charakter «przestępstwa», a w paradoksalny sposób zyskują stan «prawa», do tego stopnia, że żąda się uznania ich pełnej legalności przez państwo, a następnie wykonywania ich bezpłatnie przez pracowników służby zdrowia. Zamachy te uderzają w ludzkie życie, gdy jest ono najsłabsze i całkiem pozbawione możliwości obrony (...).”

„Rozpatrując całą sytuację z tego punktu widzenia można mówić w pewnym sensie o wojnie silnych przeciw bezsilnym: życie, które domaga się większej życzliwości, miłości i opieki, jest uznawane za bezużyteczne lub traktowane jako niezdolny ciężar, a w konsekwencji odrzucane na różne sposoby (...). Powstaje w ten sposób swoisty «spisek przeciw życiu»”.

Międzynarodowa konferencja w Kiszyniowie

W dn. 24-26 września 2004 r. odbyła się w Kiszyniowie, zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Medyczne w Mołdawii wspólnie z Federacją Polonijnych Organizacji Medycznych, konferencja z okazji dziesięćrocznicy utworzenia Federacji.

Tematem były „Współczesne metody kształcenia i warunki pracy lekarzy polonijnych ze szczególnym uwzględnieniem krajów Europy Wschodniej”. Uczestniczyli w niej lekarze z Francji, Niemiec, Kanady, Szwecji, Polski, Białorusi, Rosji, Ukrainy, Gruzji i oczywiście z Mołdawii.

24 września w Sali Departamentu Mniejszości Narodowych w Kiszyniowie odbyło się uroczyste otwarcie Konferencji Lekarzy Polskich i Polonijnych. Uczestników powitali ambasador RP w Mołdawii Piotr Marciniak i senator RP, członek Komisji Emigracji i Polaków za Granicą Wojciech Pawłowski. Dr Bożena Pietrzykowska z Naczelnej Rady Lekarskiej odczytała list Prezesa NRL, w którym, doceniając dziesięcioletnią działalność Federacji Organizacji Medycznych dla rozwoju i integracji Polonii Medycznej, życzył dalszych sukcesów na tym polu. W imieniu Polskiego Towarzystwa Medycznego w Mołdawii witali zebranych prezesi Augustyn Zagórski i Andżela Bogucka i przedstawili zarys działalności Towarzystwa.

Wykład inauguracyjny o dziesięcioletniej działalności Federacji przedstawił jej prezes Jakub Bodziony.

Po części oficjalnej wystąpiły dziecięce zespoły wokalne i taneczne z

Domu Polskiego w Bielcach, które śpiewały i tańczyły polskie i mołdawskie pieśni i tańce wzbudzając ogromny zachwyt i wzruszenie oglądających.

Następnego dnia w sali konferencyjnej Hotelu Institutul Munci (Instytut Pracy) odbyła się konferencja naukowa, na którą złożyły się trzy sesje. Pierwsza nt. „Kształcenie specjalizacyjne i pospecializacyjne lekarzy w różnych krajach i kształcenie przez Internet”, prowadzona przez Jakuba Bodzionego z Niemiec (8 referatów). Drugą sesję nt. „Różne aspekty medyczno-społeczne” (5 referatów) moderował Jan Borowiec ze Szwecji. Trzecia miała tytuł „Nostryfikacja dyplomu lekarza i praca poza krajem kształcenia” (3 referaty), a prowadził ją Janusz Kasina ze Szwecji.

Po podsumowaniu i zakończeniu konferencji odbyło się posiedzenie Rady Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych.

Wieczorem przy akompaniamencie orkiestry „Mugurel” odbył się bankiet pożegnalny. Następnego dnia uczestnicy wyjeżdżali do swych krajów, wspominali Stary Orhej – zabytkowy muzealny zakątek Mołdawii i mamalygę, która im bardzo smakowała.

Andżela Bogucka



Zaproszenie na obóz NARCIARSKI

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zaprasza na obóz narciarski w **alpach francuskich w La Plagne w terminie 11-20.03.2005 r.** (10 dni). Zakwaterowanie w hotelu apartamentowym, na wys. Kasprowego Wierchu. Tereny narciarskie to 113 różnych kolejek i wyciągów (7 przed hotelem), ponad 200 km tras różnych trudności. W cenie zakwaterowanie, dojazd autokarem lux, jednodniowa wycieczka na narty do Val d'Isere, ski-pass, ubezpieczenie turystyczne i SKI, taksa klimatyczna. Cena 445 euro – płatne w zł lub euro. *Informacje i zgłoszenia: OIL w Warszawie, tel./fax (0-22) 822-36-86, e-mail: praca68@oil.org.pl.* Zainteresowanym będzie przesłany szczegółowy program i warunki uczestnictwa.

VIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy w NARCIARSTWIE ALPEJSKIM „Bystre 2005”

odbędą się w **Bystrem k. Baligrodu w dn. 11-13.02.2005 r.** Jak co roku rozegrany zostanie slalom gigant dla kobiet i mężczyzn z klasyfikacją indywidualną i drużynową. Zostaną również przeprowadzone zawody dla dzieci, sympatyków i sponsorów mistrzostw. Komunikat z kartą zgłoszenia zostanie przesłany do stałych uczestników mistrzostw, pozostałych prosimy o kontakt telefoniczny. Termin zgłoszeń upływa 31.01.2005 r. *Informacje: Biuro OIL w Rzeszowie, tel. (0-17) 853-58-37, fax (0-17) 853-94-31.*

Wydział Lekarski AM w GDAŃSKU rocznik 1950-55

13 maja 2005 r., w związku z 50 rocznicą ukończenia studiów, odbędzie się uroczystość odnowienia dyplomów oraz spotkanie towarzyskie. Niestety nie są nam znane adresy wymienionych poniżej kolegów ani ich rodzin. Są to: *Aleksandra Dembowska-Wiese, Danuta Dziubińska, Andrzej Dybczyński, Andrzej Filus, Rita Folciewska, Maria Frankowska (Uruska), Jarosław Gajdziński, Mieczysław Giećewicz, Henryk Gierszewski, Alicja Golik, Tomasz Hosbejn, Janina Jaśkiewicz, Czesława Koziatek, Lucyna Makowska, Ksawery Martyniak, Janina Patryn-Skrzełowska, Elżbieta Pawlak, Genowefa Whuczek-Wilk, Irena Zaborowska, Zbigniew Zygmunt Zaborowski, Irena Zasada, Tadeusz Ziółkowski, Barbara Tymoszevska.* Zwracamy się z gorącym apelem o pomoc w nawiązaniu kontaktów z nimi lub ich rodzinami. *Informacje w tej sprawie prosimy przekazywać na adres Komitetu: Eliza Myczkowska-Wilska, ul. Podleśna 39, 80-255 Gdańsk-Wrzeszcz.*

Wydział Lekarski AM w LUBLINIE lata 1974-1980

2005 – XXV rocznica ukończenia. Zainteresowani pierwszym wspólnym spotkaniem proszeni są o zgłoszenie swojego udziału na adres: *Andrzej Borzęcki, Katedra i Zakład Higieny AM w Lublinie, ul. Radziwiłłowska 11, 20-080 Lublin. Tel./fax (0-81) 53-203-06, tel. kom. 0-504-690-694.*

Absolwenci AM i Wojskowej AM w ŁODZI w latach 1954-1960

17 września 2005 r. w Łodzi zjazd absolwentów z okazji 45 rocznicy otrzymania dyplomu. Zainteresowanych prosimy o kontakt ze Stowarzyszeniem Absolwentów AM i UM w Łodzi, Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź, pok. 5a. *Informacje: Janina Ostrowska, tel. (0-42) 639-39-00 (01-03); dr n. med. Antoni Nikiel, tel. (0-42) 684-17-43; bieżące informacje na stronie internetowej UM w Łodzi: www.umed.lodz.pl*

Wydział Lekarski AM we WROCŁAWIU – „Szósty Rocznik” – Absolwenci z 1955 r.

Zjazd jubileuszowy w dn. **24-25 czerwca** z odnowieniem dyplomów lekarskich z okazji 50 rocznicy ich uzyskania. Opłatę 200 zł od uczestnika (absolwenta i każdej osoby towarzyszącej) należy wpłacać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: BOS S.A. O/Wrocław 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do końca stycznia 2005 r. z dopiskiem „Zjazd Jubileuszowy Szóstej Roczni”. *Informacje: Tadeusz Bross, ul. Wiktora Brossa 53, 53-134 Wrocław, tel. (0-71) 783-84-82; Jerzy B. Kos, ul. Bliska 4 a, 52-230 Wrocław, tel. (0-71) 364-47-55.*

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl

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

10 maja 2004 r. powstało Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej i Tropikalnej z siedzibą w Gdyni

Skupia pracowników medycyny morskiej, tropikalnej, podróży i transportu oraz osoby zainteresowane tą problematyką. Celem działania Towarzystwa jest stałe rozwijanie wiedzy w zakresie medycyny morskiej, tropikalnej, podróży i transportu, promocja polskich osiągnięć naukowych na forum krajowym i zagranicznym oraz wspieranie organizacyjne i merytoryczne osób podejmujących działania w dziedzinach będących przedmiotem działania Towarzystwa.

Osoby specjalizujące się w dziedzinie medycyny transportu lub pragnące zdobyć umiejętność w zakresie medycyny morskiej lub medycyny tropikalnej, poprzez przynależność do Towarzystwa, uzyskają wsparcie w tych dążeniach.

Serdecznie zapraszamy PT Kolegów do współpracy i złożenia deklaracji członkowskiej.

Adres: **81-519 Gdynia, ul. Powstania Styczniowego 9B**,
tel.: **(48-58) 699-85-93**, fax: **(48-58) 622-33-54**,
e-mail: **www.ptmmit.acmmit.pl**, regon: **193066905**,
konto: **Lukas Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu**,
nr rachunku: **32 1940 1076 5171 5535 2000 0001**.

Leszek Mayer
sekretarz PTMMiT

Bogdan Jaremin
prezes PTMMiT

Świąteczny konkurs literacki

Podaj nazwiska polskich poetów, autorów podanych niżej czterech wierszy tematycznie związanych z BOŻYM NARODZENIEM. Dla ułatwienia podajemy nazwiska autorów wierszy ułożone w porządku alfabetycznym. Należy przypisać je do niżej wydrukowanych utworów i na kartach pocztowych przesłać na adres redakcji do 10 stycznia 2005 r.

opr. Lidia Compa

1. Krzysztof Kamil Baczyński
2. Konstanty Ildefons Gałczyński
3. Jarosław Iwaszkiewicz
4. Leopold Staff



A

I drzewa mają swą Wigilię...
W najkrótszy dzień bożego roku,
Gdy błękitnieje śnieg o zmroku;
W okiściach, jak olbrzymie lilie,
Białe smreki, sosny, jodły,
Z zapartym tchem wsłuchane w cisze,
Snują zadumy jakieś mnisze,
Rozpamiętując święte modły.
Las niemy jest jak oczekiwanie,
Bo coś się dzieje, coś się stanie,
Coś wyśni się, wyjawi lica.
Chat izbom posłał las choinki,
Któż jemu w darze dziw przyniesie?
Śnieg jeno spadł na drzewa w lesie,
Dłoniom gałęzi w upominki.
Las drży w napięciu i nadziei,
Niekiedy srebrne sfruną puchy
I polatują jak snu duchy...
Wtem bić przestało serce kniei,
Bo z pierwszą gwiazdą nieb rozłogów,
Z gęstwiny, rozgarniając zieleń,
Wynurza głowę pyszny jeleń
Z świeczkami na rosochach rogów...

B

Górą białe konie przeszły,
trop dymiący w kłębach stanął,
w gwiazdach płonąc cicho trzeszczy
wigilijne siano.
Spoza gór czy sponad ziemi
anioł biały? Kruchy mróz?
starcy w niebo nachyleni?
Anioł biały szopkę niósł.

*

Zamknąć tak- to ironicznie-
w daszek gwiazdom pobielany,
płomień wieków i człowieka
w tekturowe cztery ściany.
Zamknąć tak-to z odległości-
w dwie figurki - czarną białą,
rozdeptanych epok kości
i spalone żądzą ciało.

*

W naprężone kusze burz
anioł biały - szopkę niósł.

*

A figurki w męce gasnąc
coraz słabły, zanikały
w napowietrzną gwiazdy jasność
tekturowo-popielaty.

Śmiał się anioł półuśmiechem
z ich uporu, a nie grzechu,
że tak jedni - choć ich stu.

*

Aż na grudzie stopą lekką
stanął niby mgłą i skałą
i koślawe, głodem ścięte
ujrzał w grudę wbite - ciało,
żeber czarnych łuki, spięte,
poskręcane rydle rąk,
brzuch jak bęben życia - wzdęty,
brzuch zsiniały, brzuch jak tłok,
i zawrócił. W nieba plusk
poczerniałą szopkę niósł.

C

Już dzisiaj który to raz
pędzi pocztą przez las!
Cóż, nie dzwota, przed każdą Gwiazdką
pekają banie z manią pisarską:
Jacek, co pióra nie bierze w ręce,
nagle napisał listów dziewięćset.
Pisze Alojzy, Funia i Mania.
Rośnie gwiazdkowa życzeniomania.
Wczoraj w Krakowie na placu Kingi
listy wypchnęły denko od skrzynki,
bo tyle listów, ktoś by to zniósł-
O! znów pocztowy wóz;
jeszcze ten mostek, jeszcze ta rzeczka
i njedzie pocztą w mury miasteczka,
śnieg przed pocztą biegnie jak zając,
trąbki pocztowe gromko grają:
Listy, paczki stamtąd stąd!
WSZYSTKIM WESOŁYCH ŚWIĄT!



A druga powiada
Mój syn w Ameryce
Przysłał piękną suknię
Późno dzisiaj wstałam

A trzecia powiada
Jestem stara panna
Towar dziś nie znany
Dawniej pospolity

I ŁAMIA OPLATEK
Nad białym obrusem
Młodzi się po kątach
Śmieją ze starości

D

Trzy stare kobiety
Usiadły przy stole
Przy białym obrusie
Na gwiazdkę czekają

Młodzi nie czekali
Wódkę już wypili
Słodkie ryby zjedli
Ości zostawili

A jedna kobieta
Nad pustym nakryciem
To dla syna- mówi-
Co uciekł od życia

A one żdźbła siana
Spod płótna wyciągną
Wróżby sobie wróżą
Choć nic ich nie czeka

To za nasze dzieci
Dzieci zbuntowane
Lub nie narodzone
Lub zamordowane

Trzy stare kobiety
Usiadły przy stole
Czarne wino piją
Na gwiazdkę czekają

REKLAMA

REKLAMA

A.B.E. Marketing

Wydawnictwo Światowe – Publishers' Distribution 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.



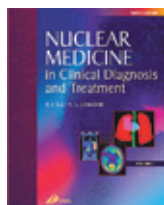
Rosai and Ackerman's SURGICAL PATHOLOGY
Juan Rosai, Richard D. Brunning, Valeer J. Desmet,
Nelson G. Ordonez, Marc K. Rosenblum,
Lee Cyn Ang, Juan M. Bilbao

wyd.: **Mosby**, III 2004, s. 3150, il. 3951, c. katal. 242,00 GBP
Referencyjne źródło wiadomości z zakresu patomorfologii. Dużo miejsca poświęcono najnowszym metodyce laboratoryjnej, w tym technikom molekularnym oraz immunohistochemicznemu. Na uwagę zasługuje obszerny materiał ilustracyjny. Do książki dołączono CD-ROM.



KELLY'S TEXTBOOK OF RHEUMATOLOGY
Edward D. Harris Jr., Ralph C. Budd,
Gary S. Firestein, Marc C. Genovese,
John S. Sargent, Shaun Ruddy, Clement B. Sledge
wyd.: **Saunders**, VIII 2004, c. katal. 250,00 GBP

Publikacja dwutomowa zawiera wiadomości z zakresu nauk podstawowych i codziennej praktyki klinicznej. Omówiono etiologię i patogenęz chorób reumatycznych, mechanizmy immunologiczne leżące u podstaw schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, badanie kliniczne chorego, patofizjologię bólu reumatoidalnego, najnowsze testy diagnostyczne oraz ostatnie osiągnięcia w zakresie farmakoterapii (w tym leczenie biologiczne). Możliwość korzystania z wiadomości, bibliografii i materiału ilustracyjnego w formie dostępu do strony internetowej.



NUCLEAR MEDICINE IN CLINICAL DIAGNOSES AND TREATMENT

Peter J. Ell, Sam Gambhir
wyd.: **Churchill Livingstone**, VII 2004, s. 1950, il. 2580, c. katal. 250,00 GBP

Publikacja opracowana przez ponad 180 specjalistów światowej klasy z dziedziny medycyny nuklearnej pod kątem praktycznego wykorzystania najnowocześniejszych technik diagnostyczno-terapeutycznych.

Szczegółowej analizie poddano metody obrazowania mózgu, układu sercowo-naczyniowego oraz wykorzystywane w diagnostyce schorzeń hematologicznych, neurologicznych i osteoporozie. W książce znalazły się nowe rozdziały poświęcone m.in. chłoniakom, badaniom PET i SPECT, diagnostyce molekularnej oraz densytometrii.

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, fax (0-22) 695 44 87,
pocztą: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1, skr. poczt. 379, Internet: www.pzwl.pl. Koszty wysyłki za zamówieniem pocztowym 7 zł, przy zamówieniach powyżej 150 zł koszty wysyłki pokrywa wydawca. Zamówienia realizowane są w ciągu 3 dni.



TRANSPLANTOLOGIA KLINICZNA
pod red. **Wojciecha Rowińskiego, Janusza Wałaszewskiego**
i **Leszka Pączka**

wyd. I, s. 808 s., il. 176, tab. 66, c. katal. 199,00 zł
Autorzy reprezentują doświadczenie kliniczne na światowym poziomie. Monografia poświęcona zagadnieniom przeszczepiania narządów. W książce podano ogólne wiadomości z zakresu immunologii, omówiono też aspekty prawne, etyczne-obyczajowe i organizacyjne pobierania narządów i doboru biorców. Zaprezentowano najnowsze leki immunosupresyjne, łącznie z będącymi jeszcze w trakcie badań klinicznych, oraz szczegółowe protokoły leczenia chorych po przeszczepieniu narządu z uwzględnieniem wariantów odpowiednio do sytuacji klinicznej. Omówiono techniki operacji przeszczepiania narządów unaczynionych, szpiku i komórek krwiotwórczych, a także opiekę pooperacyjną i odległą nad pacjentami z przeszczepami. Publikacja adresowana jest do lekarzy transplantologów, internistów, chirurgów i anesteziologów. Może także zainteresować lekarzy pracujących w poz. coraz częściej spotykających w swojej praktyce pacjentów z przeszczepionym narządem.

**LINGUA LATINA PRO USU MEDICO**

Witold Faldrowicz, Zofia Grech-Żmijewska
wyd. I, s. 216, tab. 80, c. katal. 47,00 zł

Podręcznik do nauki języka łacińskiego dla studentów medycyny i stomatologii AM. Jego celem jest ułatwienie przyswojenia przez studentów specjalistycznej terminologii łacińskiej, wchodzącej w zakres nauk medycznych, opanowanie podstawowych form gramatycznych, nabycie umiejętności posługiwania się poprawną łacińską terminologią medyczną w czasie studiów i w praktyce lekarskiej.

PIELĘGNIARSTWO**Podręcznik dla studiów medycznych**

pod red. **Kazimierza Zahradniczek**

wyd. I, s. 656, il. 135, tab. 21, c. katal. 99,00 zł

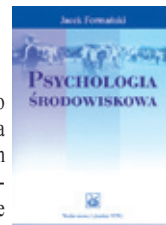
Autorzy (doświadczeni nauczyciele akademicki Wydz. Pielęg. i N. o Zdr. AM w Krakowie i Lublinie) uświadamiają przyszłej pielęgniarsce jej rolę i miejsce w systemie opieki zdrowotnej oraz oczekiwania społeczne wobec niej. Kładą nacisk na promowanie zdrowia, uwzględniają zagadnienia komunikowania się pielęgniarki z pacjentem oraz proces pielęgnowania. Treść podręcznika jest zgodna z zatwierdzonymi programami dla studiów licencjackich, magisterskich oraz uzupełniających studiów pielęgniarstwa.

**PSYCHOLOGIA ŚRODOWISKOWA**

Jacek Formański

wyd. I, s. 324, il. 20, tab. 4, c. katal. 79,00 zł

Autor, mgr. psychologii i dypl. pielęgniarz, napisał podręcznik z myślą o pielęgniarzach/tzach kształcących się po ukończeniu szkoły, zwłaszcza specjalizujących się w pracy środowiskowej. Może być przydatny studentom wydz. pielęgn. na akademiach med. oraz studentom innych wydziałów kształcących się w zakresie różnego rodzaju interwencji środowiskowych. Ukazuje zagadnienia przydatne w praktycznych działaniach na rzecz zdrowia w środowisku. Istotnym elementem jest omówienie funkcjonowania w środowisku osób w podeszłym wieku. Wiele miejsca poświęcono psychoprofilaktyce omawianych problemów.

**Górnicki Wydawnictwo Medyczne**

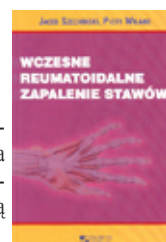
50-357 Wrocław, ul. Grunwaldzka 90, tel. (0-71) 328 08 43,
fax (0-71) 328 11 67, www.gornicki.pl

WCZESNE REUMATOIDALNE
ZAPALENIE STAWÓW

Jacek Szechiński, Piotr Wiland

wyd. I, Wrocław 2004, s. 142, c. 45,00 zł

Monografia poświęcona wczesnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów, przygotowana w oparciu o najnowsze doniesienia piśmiennictwa i własne doświadczenia autorów. Adresowana do reumatologów i lekarzy rodzinnych, pediatrów i internistów, do których najczęściej trafiają chorzy we wczesnym okresie choroby.

**Ponadto nadesłano:****STANY NAGŁE W ALERGOLOGII**

M. Kurek

wyd. I, s. 190, wym. 16,5 x 23,5 cm, opr. miękka,

Medical Tribune Group, 2004, c. 84 zł

dystrybucja: **Składnica Medyczna LSM**

Interesująca i niezwykle przydatna książka skierowana jest do lekarzy reprezentujących różne specjalności. Zawarta w niej wiedza i wskazówki praktyczne pomogą w leczeniu nagłych przypadków nadwrażliwości o etiologii alergicznej i niealergicznej. Autor omawiając wybrany problem przedstawia najistotniejsze zagadnienia analizując je na przykładzie konkretnego przypadku klinicznego.

**GRYPA I JEJ PROFILAKTYKA**

L. B. Brydak

wyd. II, s. 272, wym. 15 x 21 cm, opr. miękka,

Wydawnictwo **terMedia**, 2004, c. 40 zł

dystrybucja: **Składnica Medyczna LSM**

Autorka, w przystępny sposób, stara się przekazać czytelnikowi podstawowe informacje o tej chorobie, o zagrożeniach przez nią powodowanych, profilaktyce oraz badaniach prowadzonych również w polskich ośrodkach, które zostały uznane za międzynarodowe autorytety medyczne. Publikacja ta powinna zainteresować lekarzy wszystkich specjalności, a w szczególności lekarzy rodzinnych.



opr. md