12 2005

Gazeta Lekarska

ISSN 0867-2146

Egzemplarz bezpłatny

Pismo Izb Lekarskich

Kontrakty 2006

Krytyczne 98 mm

REKLAMA

Nam szczekać nie kazano

Ściganie łapówkarstwa wśród lekarzy z biegiem czasu nabiera nowego kolorytu. Po spektakularnych aresztowaniach 238 lekarzy w mijającym roku zmieniła się sceneria, choć obiekty pozostały te same. W listopadzie, na warszawskim lotnisku aresztowano znanego ortopedę, którego sława daleko wykraczała poza Lubelszczyznę. Od lat przywracał sprawność złamanym nogom znanych pierwszoligowych piłkarzy. Lotnisko zaś wybrano po to, by obwieścić społeczeństwu, że pan doktor wracał z polowania na niedźwiedzie w Kanadzie. Nawet wybitny znawca prawa karnego prof. Zbigniew Hołda zastanawiał się nad zasadnością tymczasowego aresztowania ortopedy w sytuacji, gdy dowody zebrano, a niebezpieczeństwu ucieczki za granicę można zapobiec innymi środkami. Tymczasem z internetowego forum dyskusyjnego dochodził frenetyczny chichot zadowolenia i taniec nad trafionym zwierzem. Nie ma się co łudzić, oparcia w opinii publicznej nie mamy. Zrozumienia także. Próbę dyskusji, że po ukończeniu studiów lekarz zarabia niewiele więcej niż kasjerka po podstawówce w Biedronce, ucina syczenie: nająłeś się za psa, to musisz szczekać.

Nie wszyscy lubią, chcą i muszą zaszczekać. W listopadzie odwiedziłem nową kolonię polskich lekarzy w Irlandii Północnej. W samym tylko Ulsterze jest ich blisko setka. Więcej zarabiamy, krócej pracujemy, mamy do pomocy sekretarki medyczne, nie wytrząsa się nad nami administracja, mamy wszystko, by skutecznie leczyć ludzi, a szacunku dla lekarza nie idzie już nawet porównywać – jednym tchem, od Belfastu i Londonderry po Omagh i Enniksillen mówią ci, którzy szczekać już nie zamierzają. I wcale nie pojechali tam zmywać naczyń, ale są równorzędnymi specjalistami i konsultantami. Niektórzy zarabiają do 60 tysięcy funtów rocznie, a wynajęcie mieszkania z czterema sypialniami kosztuje 415 funtów. O łapówkach nikt tam nie słyszał ani nie pisał. Bez żalu rozstali się w Polsce z posadami ordynatorów, kierowników i wiecznych adiunktów. Mówią, że do takiej Polski już nie wrócą. Za miesiąc opowiem o nich szerzej i więcej.

Na tym polskim bałaganie nieoczekiwanie wyrasta nowa jakość. Niemieccy i austriaccy organizatorzy ochrony zdrowia kreślą coraz odważniejsze strategie marketingowe w turystyce medycznej. Pacjentów o niskim ubezpieczeniu zachęcają do korzystania z dobroczynnego, ich zdaniem, systemu ochrony zdrowia w Polsce. W biznesie nie ma przyjaciół. Ceny usług w Polsce są nierealnie niskie. Przecież my nie odróżniamy euro od złotówki – irytuje się prof. Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca, obleganego przez pacjentów z zagranicy. Już nie tylko oscypki i koronki kujawskie, ale chirurgia kosmetyczna, stomatologia, okulistyka, audiologia, sanatoria i medycyna naturalna to najatrakcyjniejsze kierunki mostów powietrznych starej Europy i Ameryki. Ale i standardy postępowania z chorym też są nowe, choć sprzęt, technika i kompetencje w pełni porównywalne. Nadchodzi czas partnerstwa i lekarzom czas zejść z piedestału, nie tylko wyniki leczenia się liczą – ostrzega Romuald Cichoń, ordynator w Klinice Kardiochirurgii w Dreźnie, jednocześnie szef prywatnej spółki lekarskiej we Wrocławiu. Wypracowanie rodzimej, polskiej, marki turystyki medycznej nie będzie łatwe. W oferowaniu usług medycznych dla cudzoziemców przodują Tajlandia, Malezja i Singapur, ich dochody przekraczają miliard dolarów, a roczny wzrost szacuje się już dziś na 20%. Jak zabezpieczyć się przed ewentualnymi roszczeniami pacjentów z zagranicy? Czy walor należytej staranności jest jednakowo oceniany po obu stronach granicy? To nowe dylematy. Zachęcam do lektury. Dziękuję za listy i emaile.

Marek Stankiewicz
naczelny@gazetalekarska.pl

W NUMERZE
między innymi

Okiem Prezesa	5
Krytyczne 98 mm	6-8
Przydałby się w Polsce	10-11
Wiceprezes NRL Zbigniew Żak nie żyje	12-13
Kontrakty 2006	14-15
Idziemy do Betlejem...	16-17
Monopolistyczna pijawka	18-19
Jeszcze o czasie pracy lekarzy	24-25
Przychodzi lekarz do prawnika	28-29
Problemy bioetyczne w pracy lekarza ginekologa	30,32-33
Strach przed Krankenkasami	36-37
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	38-39
Lekarski sport	40-42
Książki nadesłane	43
Konkursy, ogłoszenia różne	44-57
Biuletyn NRL	

„Gazeta Lekarska" w Internecie
www.gazetalekarska.pl

REKLAMA

Służba w sensie dosłownym

Trzeba podnieść pensje lekarzy i pielęgniarek, bo inaczej będą uciekać do pracy za granicą – apelował do członków sejmowej Komisji Zdrowia minister zdrowia prof. Zbigniew Religa. Według Religi jest to jednak zadanie parlamentu, a „minister zdrowia nie ma nic do tego". No to fajnie! Lekarz w Polsce jest przecież tanią zdobyczą socjalizmu, ogólnie dostępną o każdej porze dnia i nocy, nie ma prawa być zmęczony, a jego żenujące wynagrodzenie jest tak niskie, bo w Polsce przecież praca lekarza to przede wszystkim powołanie i misja.

Po co lekarzowi pieniądze, powinien żywić się satysfakcją pacjentów, po co mu wakacje w ciepłych krajach, przecież powietrze sal szpitalnych przesycone lizolem, w których żeby zarobić spędza wiele nocy w tygodniu. I to najbardziej boli. Jeśli zarobki lekarzy będą nadal tak żenujące, to współczuję przede wszystkim biednym pacjentom... Zostaję w Danii, bo nie traktuje się mnie tutaj jak służbę.

Urolog Piotr B.
Ringkøbing Fjord

PORTRETY KONKRETY

Minister zdrowia Zbigniew Religa:
Program ochrony zdrowia PiS jest zły i niebezpieczny. To jest tąpnięcie w systemie, odwrócenie od wszystkiego, co jest, i powrót do stanu sprzed reformy w 1999 r. Znowu politycy będą decydowali o tym, ile pieniędzy będzie przeznaczanych na służbę zdrowia **(wypowiedź dla Polskiej Agencji Prasowej – 13.10.2005).**

fot. Marek Stankiewicz

Nowi przewodniczący i rzecznicy

Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w **BIAŁYMSTOKU**
przew. – **Jan Stasiewicz**
OROZ – **Anatol Aksiucik**

Beskidzka Izba Lekarska z siedzibą w **BIELSKU–BIAŁEJ**
przew. – **Zyta Kaźmierczak-Zagórska**
OROZ – **Mariusz Ciopała**

Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w **BYDGOSZCZY**
przew. – **Radosława Staszak-Kowalska**
OROZ – **Stanisław Prywiński**

Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w **CZĘSTOCHOWIE**
przew. – **Zbigniew Brzezin**
OROZ – **Jerzy Baranowski**

Okręgowa Izba Lekarska w **GDAŃSKU**
przew. – **Krzysztof Wójcikiewicz**
OROZ – **Grażyna Świątecka**

Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w **GORZOWIE WLKP.**
przew. – **Jolanta Małmyga**
OROZ – **Włodzimierz Wichliński**

Śląska Izba Lekarska z siedzibą w **KATOWICACH**
przew. – **Maciej Hamankiewicz**
OROZ – **Stefan Kopocz**

Świętokrzyska Izba Lekarska z siedzibą w **KIELCACH**
przew. – **Marek Jodłowski**
OROZ – **Krzysztof Bidas**

Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w **KOSZALINIE**
przew. – **Roman Łabędź**
OROZ – **Ryszarda Staryk**

Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w **KRAKOWIE**
przew. – **Jerzy Friediger**
OROZ – **Ewa Mikosza-Januszewicz**

Lubelska Izba Lekarska z siedzibą w **LUBLINIE**
przew. – **Andrzej Ciołko**
OROZ – **Jacek Niezabitowski**

Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w **ŁODZI**
przew. – **Grzegorz Krzyżanowski**
OROZ – **Zbigniew Muszyński**

Warmińsko –Mazurska Izba Lekarska z siedzibą w **OLSZTYNIE**
przew. – **Leszek Dudziński**
OROZ – **Zygmunt Ziółkiewicz**

Opolska Izba Lekarska z siedzibą w **OPOLU**
przew. – **Stanisław Kowarzyk**
OROZ – **Jacek Mazur**

Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w **PŁOCKU**
przew. – **Paweł Sobieski**
OROZ – **Bogdan Gotowicki**

Wielkopolska Izba Lekarska z siedzibą w **POZNANIU**
przew. – **Stefan Sobczyński**
OROZ – **Krzysztof Kordel**

Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w **RZESZOWIE**
przew. – **Krzysztof Szuber**
OROZ – **Elżbieta Michniewska-Szawica**

Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w **SZCZECINIE**
przew. – **Wojciech Jagielski**
OROZ – **Marek Rybkiewicz**

Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w **TARNOWIE**
przew. – **Jacek Stanula**
OROZ – **Marek Chrobak**

Kujawsko–Pomorska Izba Lekarska z siedzibą w **TORUNIU**
przew. – **Maciej Czerwiński**
OROZ – **Krystyna Małecka**

Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w **WARSZAWIE**
przew. – **Andrzej Włodarczyk**
OROZ – **Janina Barbachowska**

Dolnośląska Izba Lekarska z siedzibą we **WROCŁAWIU**
przew. – **Andrzej Wojnar**
OROZ – **Krystian Blok**

Okręgowa Izba Lekarska z siedzibą w **ZIELONEJ GÓRZE**
przew. – **Anna Mackiewicz**
OROZ – **Piotr Dorocki**

WOJSKOWA Izba Lekarska w **WARSZAWIE**
przew. – **Marian Brocki**
OROZ – **Krzysztof Chomiczewski**

Listy do redakcji

Kontrolerom NFZ do sztambucha

Konrad Pszczołowski w artykule NFZ – kontrola ordynacji lekarskiej *(„GL" nr 10/2005) pisze m.in. że* „(...) poważnymi uchybieniami, skutkującymi koniecznością zwrotu pełnej kwoty refundacji są: brak jakiejkolwiek dokumentacji medycznej; bezpodstawne, nieudokumentowane używanie uprawnień pacjenta do leków refundowanych (np. «IB», «IW», «ZK») i choroby przewlekłej «P»; brak jakiejkolwiek adnotacji o przepisanych lekach."

Rzecz cała trąci horrorem pomieszanym z absurdem. De facto *wyłącza lekarzy ordynujących leki na kontraktach z NFZ z ogólnego systemu prawnego, bo w stosunku do tzw. ogólności prawo wszelakie, nawet polskie, stosuje zasadę, że karać za kradzież można tego, kto coś ukradł, to znaczy zabrał coś cudzego dla siebie. I to jeszcze pod warunkiem, że mu się to udowodni w tzw. majestacie prawa. A w kontroli NFZ co? Od razu wszystko jasne: nie wpisał w dokumentację, znaczy tyle samo, co przywłaszczył sobie i teraz ma to, co sobie przywłaszczył oddać. Przecież to paranoja!*

Czyż beneficjentami świadczeń wszelakich nie jest pacjent? Czyż miarą prawidłowości ordynacji nie powinno być to, i tylko to, czy to, co zostało przepisane dotarło do uprawnionego pacjenta? Bo jeśli nie dotarło, to faktycznie doszło do zawłaszczenia cudzej własności i należy to, co najmniej zrekompensować.

Za błędy i uchybienia w dokumentacji można stosować kary umowne, a nie zwrot wartości refundacji, jak za jej kradzież. To jest bezprawie i w ogóle kpina z jakiejkolwiek praworządności. Czy urzędnik, który swoim niekompetentnym postępowaniem naraża petenta na wymierne straty jest za to w jakikolwiek sposób karany?

Robert Bukalski
Rudniki k.Wielunia, woj. opolskie

Ma być bezpieczniej

Zapytał mnie jakiś czas temu kolega ze szpitala, co sądzę o ułatwieniach w dostępie do adwokatury. Odpowiedziałem, że dla mnie wiadomość ta jest dobra i zła zarazem. Dobra z punktu widzenia obywatela, który być może będzie musiał kiedyś skorzystać z pomocy przyzwoitego i niezbyt drogiego prawnika. Zła z punktu widzenia lekarza, który może paść ofiarą szukającego zarobku mecenasa. Być może nie stanie się u nas tak jak w Stanach Zjednoczonych, gdzie pacjent lub jego rodzina są nagabywani przez akwizytorów kancelarii adwokackich w chwilę po przekroczeniu progu szpitala, jest jednak bardzo prawdopodobne, że coraz więcej osób będzie chciało zarobić na naszych rzeczywistych i wyimaginowanych potknięciach. (...)

Na razie jesteśmy wdzięcznym tematem do wyrabiania wierszówki przez przedstawicieli tak zwanego dziennikarstwa śmietnikowego. Dzieje się tak, bo jako grupa zawodowa o szczególnej, powiedziałbym najwyższej odpowiedzialności związanej z wykonywaniem pracy, nie potrafiliśmy zapewnić sobie minimum bezpieczeństwa. Nie chodzi tu o coś na kształt poselskiego immunitetu, chroniącego przed pospolitymi wybrykami... Nie może być jednak tak, że na lekarza wolno publicznie wydać fałszywy wyrok i nie ponieść z tego powodu żadnych konsekwencji. Dlatego zapowiedź doktora Macieja Z. Czerwińskiego, że w nadchodzącej kadencji będzie on walczył o zapewnienie atakowanym przez media lekarzom ochrony prawnej, uważam za ważny i potrzebny środowisku sygnał.

Zadaniem, które samorząd powinien rozwiązać w trybie pilnym, jest powołanie lekarskiego towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Osoby pracujące jako biegli sądowi wiedzą doskonale jak szybko rośnie liczba i wysokość zasądzanych odszkodowań. Problem ten dotyczy przede wszystkim szpitali oraz zabiegowców. (...)

Obok bezpieczeństwa prawnego równie ważne jest bezpieczeństwo finansowe. Zgodnie z zapowiedzią z poprzedniego numeru „Meritum", wracam do funkcjonującego u naszych zachodnich sąsiadów systemu zabezpieczenia emerytalno-rentowego lekarzy. Niemieccy lekarze wiedzą, co należy zrobić, by starość była spokojna. Przynajmniej pod względem finansowym. (...)

Z myślą o takiej przyszłości trzeba działać już dziś. Początek nowej kadencji to doskonała ku temu okazja.

Sławomir Badurek

„Meritum" (listopad) 5/2005

Okiem Prezesa

Dobiegły końca wybory w okręgowych izbach lekarskich. Od początku drżeliśmy o powodzenie tego maratonu. Frekwencja na rejonowych zebraniach wyborczych nie była imponująca. Powiedzmy sobie otwarcie, w większości rejonów kandydaci na działaczy naszego samorządu walczyli o mandaty na V kadencję nie tyle z konkurentami, co raczej z często nieobecnym quorum. Towarzyszyły tym wyborom narzekania na małą skuteczność reprezentowania lekarskich interesów przez izby. Niską frekwencję tłumaczono właśnie brakiem akceptacji dla samorządu w środowisku lekarskim. Wśród kilku tysięcy delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy znalazło się wiele nowych koleżanek i kolegów. Wydawać by się mogło, że szykuje się rewolucja we władzach samorządu. Okazało się jednak, że wszystkie okręgowe zjazdy lekarzy udzieliły absolutorium ustępującym władzom. Spośród siedemnastu przewodniczących okręgowych rad lekarskich ponownie kandydujących na te stanowiska aż piętnastu zostało wybranych ponownie. Wydaje się, że jest to potwierdzenie pełnienia przez samorząd swojej misji w sposób zgodny z oczekiwaniami środowiska.

Przed nami finał wyborów samorządowych. W pierwszych dniach stycznia przyszłego roku odbędzie się VIII Krajowy Zjazd Lekarzy, który wyłoni władze Naczelnej Izby Lekarskiej. Uchwali on także program samorządu lekarzy i lekarzy dentystów na V kadencję.

Już dziś widać dwa najważniejsze zadania dla izb lekarskich na najbliższe lata:

– Bardziej gromkim głosem niż dotychczas samorząd musi domagać się znaczącego zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia. Po sfinansowaniu przez państwo reformy świadczeń emerytalno-rentowych, górnictwa, rolnictwa i innych musi przyjść kolej na ochronę zdrowia. Izby jeszcze bardziej niż dotychczas muszą domagać się podniesienia wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów. Coraz częściej mówi się, że istnieje potrzeba ustalenia minimalnego wynagrodzenia w tej grupie zawodowej na poziomie dwukrotności średniego wynagrodzenia w przemyśle (lub odpowiednio 1/150 tej kwoty za godzinę).

W sytuacji powszechnego niezadowolenia z systemu podyplomowego doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów istnieje konieczność bardziej energicznego działania samorządu lekarskiego na tym polu. System ten musi być bardziej przyjazny dla wszystkich, którzy chcą się kształcić, w tym przede wszystkim specjalizować się. Państwo musi ponosić przynajmniej część odpowiedzialności (w tym także finansowej) w tym zakresie. Wobec lat chaosu i licznych, często zaskakujących i niezrozumiałych zmian w systemie przyszedł czas, aby to izby lekarskie mogły wziąć odpowiedzialność za organizację doskonalenia zawodowego we wszystkich jego obszarach.

Nowy sejm i senat, w których zasiada 27 lekarzy oraz nowe kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, w którym przeważają lekarze, dają podstawę do ostrożnego optymizmu co do szansy na uważniejsze niż dotychczas słuchanie głosu polskiego środowiska lekarskiego. Miejmy nadzieję, że nasze koleżanki i nasi koledzy, którzy opuścili (na jakiś czas) swoje miejsca przy boku chorego, nie zapomną o swoim zawodzie oraz związanych z nim powinnościach.

Czy te nadzieje sprawdzą się – zobaczymy, tymczasem zaś z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia pragnę złożyć wszystkim Państwu najserdeczniejsze życzenia pokoju i radości Stajenki Betlejemskiej, a w nadchodzącym Nowym Roku wielu dobrych dni.

Konstanty Radziwiłł

fot. Marek Stankiewicz

Krytyczne 98 mm

Krystyna Knypl

Lubimy wyroby domowej roboty, ale wiele wskazuje na to, że produkowane tym sposobem recepty numerowane są tworem zakalcowatym.

Wysokonakładowe medium codzienne na pierwszej stronie dodatku stołecznego w artykule o szerokości 190 mm barwnie opisało kłopoty wynikające z pomniejszenia szerokości niektórych recept o 2 mm, które to uchybienie wykrywają pracownicy aptek uzbrojeni w linijki z podziałką milimetrową. Niegdyś w aptecznym armamentarium były moździerze, butelki z ciemnego szkła z łacińskimi napisami i wagi o przysłowiowej dokładności. Dziś zastąpiła je linijka długości dziesięciu centymetrów. Nie ustalono czy najnowszy apteczny przyrząd pomiarowy w każdym wypadku jest atestowany, ale z pewnością trwają prace legislacyjne w tym zakresie.

Przedstawiając sprawę przytoczono przykłady nie zrealizowanych lub przepłaconych recept, zacytowano wypowiedzi oficjalnych czynników pryncypialnie broniących urzędowej szerokości recepty w tonacji „nie ustąpimy ani o milimetr" oraz tradycyjnie wskazano winnych. Któż to taki? Wiadomo – lekarze!

Money, money, money...

Artykułom o ochronie zdrowia tradycyjnie towarzyszą rozważania o pieniądzach. Na początek warto przypomnieć, że lekarze nie są ani poborcami składki, ani administratorami zgromadzonych funduszy. Okrzyk o zwrot poniesionych wydatków fruwa więc niezaadresowany i nie wiadomo kto ma oddawać pieniądze. Wznoszącym hasła doradzałabym, aby podpisując jakiekolwiek umowy zawsze sprawdzali, czy istnieje możliwość uzyskania zwrotu pieniędzy i jakie są warunki ewentualnego ich odzyskania.

Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z 13 października 1998 r. jasno określa, że zatrudnienie o pracę zobowiązuje wszystkich do płacenia składki zdrowotnej. Jest więc ona specyficznym podatkiem na rzecz społeczeństwa, a nie indywidualnym kontem bankowym o najwyższym i ciągle wzrastającym oprocentowaniu, z którego nie następują żadne wypłaty.

Ustawa nie podaje żadnych informacji dotyczących możliwości odzyskania nie skonsumowanej składki. W tej sytuacji okrzyki windykacyjne są chyba nawoływaniem do naruszenia prawa i wysokonakładowe medium publikując komentarz zatytułowany „Oddajcie moje pieniądze" powinno mieć świadomość, że jest to oczekiwanie pozaprawne. Nie ma dnia, aby z łam owego medium nie płynęła sugestia, że nikt tak w ojczyźnie nie miłuje prawa jak jego redaktorzy, a tu taka plama, plama, plama...

Trudna specjalizacja

Gdy wprowadzono recepty numerowane, przewidywałam na łamach „GL", że specjalizacja „mały drukarz" będzie trudna w realizacji. W przededniu wejścia w życie wzorów nowych recept zadzwoniła do mnie koleżanka nefrolog i podzieliła się zaskakującym spostrzeżeniem, że jej recepty mają różną szerokość. Jest osobą skrupulatną, skupioną na tak małych jednostkach anatomicznych jak nefrony, nie zdziwiłam się więc, że wychwyciła taki szczegół. Nie czując grozy tematu pomyślałam, że koleżanka jest przewrażliwiona w następstwie przemęczenia nadmiarem pracy na rzecz płatników składek zdrowotnych.

Niebawem jednak pojawili się pierwsi pacjenci z niezrealizowanymi receptami. Trzeba więc było wziąć linijkę i przemierzyć problem wzdłuż i wszerz. Z pierwszej porcji moich dziewięćdziesięciu wydrukowanych recept aż trzydzieści było niewymiarowych. Odłożyłam je na koniec kolekcji do wypisywania specyfików nierefundowanych. Odrzuciłam rozwiązanie zakupu recept w jednym z wyznaczonych przez NFZ punktów dystrybucji. Kwota 2,48 zł za bloczek mieści się wprawdzie w moich możliwościach inwestycyjnych, ale postanowiłam zdobyć kolejną specjalizację: małego drukarza domowego. Jeśli nie powierzam innym osobom wysłania streszczenia na kongres zagraniczny, prowadzenia bankowości internetowej, zarezerwowania hotelu na końcu świata, to i nieszczęsne recepty opanuję – zdecydowałam i rozpoczęłam analityczne badanie zagadnienia.

Zawsze warto na początek przeczytać instrukcję obsługi. Niestety, lektura pierwotnego zbioru informacji pod adresem (http://www.nfz-warszawa.pl/index/swiadcze/raz_recepty) nie wyjaśnia jak uzyskać właściwy wymiar recept. Z czasem na stronie mazowieckiego oddziału NFZ pojawiło się w punkcie 16 tajemnicze zdanie: „W celu otrzymania recept w poprawnym wymiarze należy usunąć autoskalowanie (marginesy) przed wydrukowaniem".

Temu kto znalazł to zdanie na stronach NFZ, przeczytał ze zrozumieniem i potrafił zastosować się do wskazówki, należałoby wręczyć jakiś medal. Sprawa autoskalowania nie jest chyba powszechnie znana, skoro praktyczne jej zastosowanie w jednym z programów pakietu biurowego omawiało specjalistyczne pismo PC World Komputer w 2003 r.

Instrukcja obsługi instrukcji

Spróbujmy opisać problem drukowania recept w prostych lekarskich słowach i zilustrujmy to rysunkami. Zacznijmy od podstawowych wyjaśnień: recepty drukujemy za pomocą programu Acrobat Reader (w nowszej wersji Adobe Reader), który obsługuje pliki w formacie pdf.[1] Po wydaniu polecenia „Drukuj" pojawia się na ekranie okno parametrów drukowania. Przy domyślnych (fabrycznych) ustawieniach włączone jest autoskalowanie (rys. 1), czyli program uwzględnia to, że drukarka nie może nanosić wydruku aż do krawędzi kartki, lecz zostawia wokół jej brzegów kilkumilimetrowy odstęp (rys. 4 dół). W takiej sytuacji strona A4[2] dokumentu zostaje zmniejszona, aby w całości zmieściła się w obszarze zadruku.[3] W wypadku tak drukowanych recept owocuje to zmniejszeniem recept z uwzględnieniem „martwych" marginesów drukarki. Wszystkie recepty będą miały szerokie marginesy dolny i górny, lewa recep-

dokończenie na str. 8

REKLAMA

REKLAMA

Krytyczne 98 mm

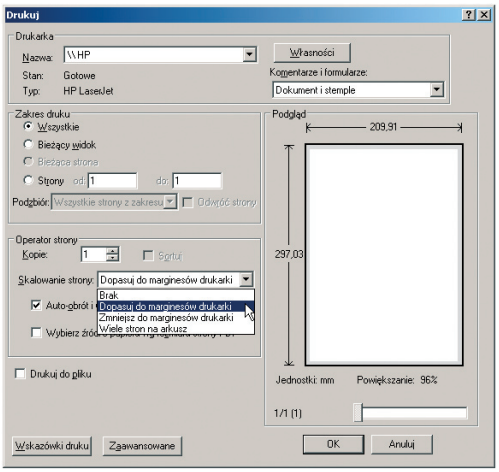
ciąg dalszy ze str. 6

ta będzie miała poszerzony lewy margines, prawa – prawy, a środkowa zarówno lewy, jak i prawy margines będzie miała zmniejszony, czyli będzie za wąska.

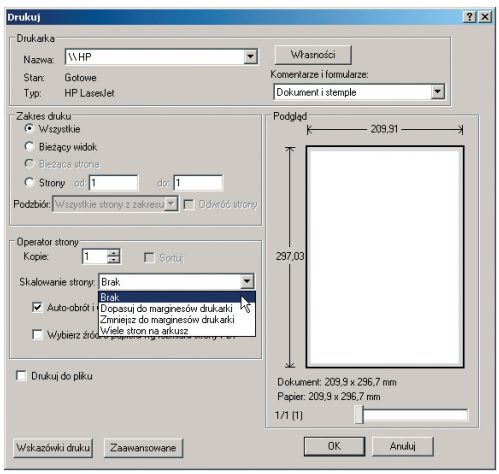
W celu uzyskania drukowania dokumentu w skali 1:1 (100%) należy w okienku „Skalowanie strony" wybrać opcję „Brak" (rys. 2). Podaję graficzne zilustrowanie konsekwencji prawidłowego ustawienia parametrów wydruku (rys. 3 góra) i nieprawidłowego (rys. 3 dół).

Diabeł tkwi w szczegółach

Rozporządzenie ministra zdrowia z 28.09.2004 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. nr 213, poz. 2164) szczegółowo opisuje jak powinna wyglądać recepta refundowana: „Recepta ma wymiary nie mniejsze niż 98 mm (szerokość) i 203 mm (długość) oraz nie większe niż 103 mm (szerokość) i 211 mm (długość)". Urzędnicy pytani o powody trzymania się wymiarów szerokości recept mają pod ręką jedynie slogany typu „sformalizowana forma", „nieprawidłowa wielkość", „druk ścisłego zarachowania", „recepta jest rachunkiem", które niczego nie wyjaśniają. Tymczasem znajomość arytmetyki na poziomie podstawowym i umiejętność korzystania z wyszukiwarki Google wystarczy dla wyjaśnienia krytycznego wymiaru 98 mm.

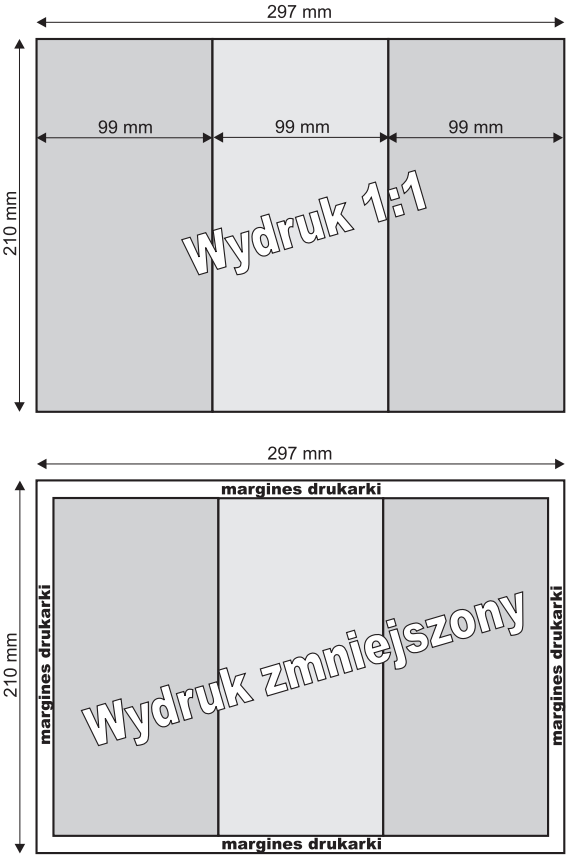


1. Lista opcji skalowania wydruku – wybrano dopasowanie do marginesów drukarki (autoskalowanie); strona A4 zostanie zmniejszona



2. Lista opcji wydruku – wybrano brak skalowania

Skoro na jednej stronie formatu A4 drukują się trzy recepty, a długość kartki wynosi 297 mm, to na jedną receptę przypada 99 mm. Jak widać, zostawiono 1 mm zapasu na nieprecyzyjność druku i cięcia. Z niewiadomych powodów w rozporządzeniu przewidziano znaczny rozrzut wymiarów recept,[4] tak jakby jego twórca jednak myślał o autoskalowaniu. Wydaje się, że gdyby zamiast 98 mm podał 93 mm,[5] nie byłoby sprawy.[6] Teraz jednak, przycinając skrupulatnie papier według zaznaczonych przez system komputerowy delikatnych kresek na kartce formatu A4, własnoręcznie przyczyniamy się do współautorstwa w bublu, jakim jest wprowadzenie recept numerowanych w mazowieckim oddziale NFZ.



3. Podgląd wydruku recept: w skali 1:1 (góra) i z dopasowaniem do marginesów drukarki (dół)

Kilka słów prawdy

Wybraliśmy nasz zawód, aby leczyć ludzi, a nie „realizować kontrakty z NFZ-em" i specjalizować się w przycinaniu papieru z milimetrową dokładnością. Skoro jednak sugeruje się nam współautorstwo w opisanym bałaganie, powiedzmy wyraźnie, dobitnie i jasno:

- żaden praktykujący lekarz nie opracowywał zasad działania systemu recept numerowanych
- żaden praktykujący lekarz nie opracowywał instrukcji obsługi, która w początkowym brzmieniu nie zawierała dostatecznie dokładnych wyjaśnień jak należy obsługiwać system internetowej edycji recept
- żaden lekarz nie wpadł na pomysł, aby najważniejszą informację o szczegółach drukowania napisać w żargonie komputerowym i umieścić ją na końcu jednej z setek tysięcy stron internetowych.

Podobno na scenie STS-u kiedyś powiedziano, że „myślenie ma kolosalną przyszłość". Po latach bezimienny internauta dopisał: „a praktyka jeszcze większą".

Wszystko co opisałam przećwiczyłam praktycznie w ramach specjalizacji mały drukarz i jako wykwalifikowany „receptolog domowy" mogę udzielać konsultacji oraz odpowiadać na pytania pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl

Krystyna Knypl

[1]PDF, portable document format, wymyślono po to, aby dokument otwarty na dowolnym komputerze, z dowolnym systemem operacyjnym, bez względu na zestaw zainstalowanych czcionek, zawsze wyglądał tak samo.

[2]Formaty z rodziny A są opisane w międzynarodowej normie ISO 216 (http://pl.wikipedia.org/wiki/Format), a sama idea sięga korzeniami XVIII w. Zasada formatu A jest taka, że stosunek boków strony jest jak 1 do 1,41 z zaokrągleniem do pełnych milimetrów. Kolejne wielkości tej rodziny są tworzone przez dzielenie arkusza A w połowie dłuższego boku.

[3]Przy włączonym autoskalowaniu mniejszy dokument, np. formatu A5, zostanie na wydruku powiększony.

[4]Ale skąd wymiar 211 mm? Kartka A4 ma wzdłuż krótszego boku 210 mm!

[5]W moim wypadku na wydruku z dopasowaniem do marginesu drukarki dwie skrajne recepty mają szerokość 102 mm, a środkowa recepta 93 mm.

[6]Pełne uwzględnienie autoskalowania wymagałoby przeprowadzenia eksperymentów z różnymi drukarkami, zwłaszcza starszych typów.

REKLAMA

REKLAMA

fot. Marek Stankiewicz

Przydałby się w Polsce

Romuald Krajewski

Kiedy piszę ten artykuł nie wiadomo jeszcze jakie zmiany w systemie ochrony zdrowia nastąpią w Polsce po wyborach i czy nastąpią w ogóle.

To sprawa dla polityków i na pewno mają oni mnóstwo innych, być może niekoniecznie ważniejszych, ale za to bardziej pilnych czy głośnych spraw do załatwienia. Trudno byłoby jednak znaleźć kogoś, kto by uważał, że system powinien zostać jak jest. Byłaby więc to dobra pora do uporządkowania różnych aspektów jego funkcjonowania i do rozpoczęcia wdrażania sprawdzonych rozwiązań, które miałyby szanse przetrwać dalsze zmiany polityczne.

Amerykański system kodowania procedur i świadczeń medycznych (Current Procedural Terminology – CPT), o którym już wcześniej pisaliśmy, mógłby być dobrym rozwiązaniem do definiowania i sprawozdawania tego, co dzieje się na poziomie lekarz-pacjent lub mówiąc ogólniej świadczeniodawca-pacjent. Zainteresowanym szczegółami polecamy wcześniejsze artykuły i informacje na stronach internetowych Naczelnej Izby Lekarskiej. Jest to stale doskonalony i uaktualniany system oparty na zasadach klinicznych, przez co jest przejrzysty i zrozumiały dla fachowego personelu ochrony zdrowia. Stanowi merytoryczny opis czynności medycznych i może być używany w bardzo zróżnicowanych warunkach, do rozmaitych celów.

Dzięki gościnności *American Medical Association* (AMA) mogliśmy w październiku zapoznać się z wykorzystaniem CPT przez płatnika publicznego (*Centers for Medicare and Medicaid Services* – CMS), który finansuje ok. 40% świadczeń zdrowotnych w USA, z pracą Komitetu Redakcyjnego, który jest odpowiedzialny za modyfikacje i publikowanie co roku uaktualnionej wersji CPT, z organizacją i zasadami pracy *Relative Value Scale Update Committee* (RUC), który ustala skalę względnej wartości procedur opisanych w CPT, oraz z pracą części biura AMA zajmującej się CPT. Umożliwiło to nam lepsze poznanie praktycznych zastosowań tej klasyfikacji.

Po przeczytaniu powyższego akapitu można by powziąć mniemanie, że system jest niezwykle skomplikowany i niejasny. Tak jednak nie jest. Z powodów politycznych oraz z powodu zróżnicowania opieki zdrowotnej w USA (skąd my to znamy?) rozdzielono etapy klasyfikowania i sprawozdawania, wartościowania, wyceny i opłacania. Niezależność, udział wielu zainteresowanych w każdym etapie i pełna przejrzystość procesu gwarantują, że są one bardzo szczegółowo dopracowane.

Podstawą jest CPT, czyli spis tego, co jest wykonywane, która jest oficjalnym standardem sprawozdawania wykonanych świadczeń i używana jest zawsze, ale równolegle z nią funkcjonują inne klasyfikacje (ICD-10 czyli rozpoznania, ICD-9 CM czyli rozpoznania i procedury szpitalne, systemy własne płatników), które ułatwiają rozliczenia i weryfikację.

W definiowaniu procedur główną rolę odgrywa AMA i organizacje reprezentujące lekarzy i innych fachowych pracowników ochrony zdrowia, którzy na co dzień te procedury wykonują. Powstaje w ten sposób stale doskonalony słownik służący wszystkim do porozumiewania się.

Wykonanie każdej procedury wiąże się z wysiłkiem i zużyciem materiałów. Cena procedury może być zmienna, zależnie od miejsca wykonywania, ale jej wartość względem innych procedur powinna być stała. Ustaleniu względnej wartości służy odrębne postępowanie, którego podstawą jest lista kodów CPT. Biorą w nim udział z prawem głosu przedstawiciele towarzystw naukowych.

Wartości wyjściowe ustalono na podstawie badań przeprowadzonych przez Harvard University w latach osiemdziesiątych, następnie zostały one zweryfikowane, poprawione i uzupełnione. Obecnie nowe procedury najczęściej odnoszone są do już istniejących, a wniosek o nadanie określonej wartości składany przez towarzystwo naukowe musi być bardzo szczegółowo uzasadniony i uzyskać akceptację RUC.

Powstałą w ten sposób skalę względnych wartości otrzymują płatnicy i na jej podstawie ustalają ile będą płacić za procedury określone kodami CPT. Są oni oczywiście niezależni i mogą ograniczać liczbę procedur, za które zapłacą, mogą płacić więcej lub mniej niż wynikałoby z względnej wartości, łączyć różne procedury w jedno świadczenie. Płatnik publiczny (CMS) używa ok. 90% kodów CPT i przyjmuje bez zmian 98% wartości względnych ustalonych przez RUC, a cena jednostki używanej w skali jest ustalana w zależności od przyjętego poziomu finansowania. Płatnicy prywatni średnio płacą o 50% więcej niż płatnik publiczny.

Prace nad CPT i skalą wartości procedur prowadzone są od wielu lat i poziom szczegółowości definicji oraz wyliczeń jest imponująco wysoki. Dla każdego świadczenia (jest ich prawie 8000) występującego w książce kodów istnieje dokładny opis odpowiednich sytuacji klinicznych, szczegółowe omówienie w publikacjach uzupełniających, a przed umieszczeniem na liście procedura musi być wykonywana przez dużą liczbę lekarzy, być opisana w recenzowanych czasopismach, popierana przez towarzystwa naukowe. Definicje są dokładnie sprawdzane pod kątem spójności i jednoznaczności. W dokumentacji skali względnych wartości każda procedura również ma opis typowego zastosowania, bardzo szczegółowo wyliczone zaangażowanie personelu i zużycie materiałów.

Długotrwałe doświadczenie i zgromadzenie ogromnej liczby informacji umożliwia identyfikację problemów. Niektóre definicje lub ich opisy w praktyce okazują się niedostatecznie precyzyjne i sprawiają trudności użytkownikom lub powodują konflikty z płatnikami. Analiza wydatków prowadzona przez świadczeniodawców lub płatników może wskazywać na nieadekwatną

wartość. Wszystkie tego rodzaju uwagi są zgłaszane do CPT-EP i/lub RUC. Zarówno klasyfikacja, jak i skala wartości są stale analizowane i poprawiane, co zapewnia maksymalną zgodność z realiami praktyki lekarskiej.

Wymagania płatników co do poprawności kodowania dają również dodatkowe korzyści. Czytając krótkie definicje procedur w książce kodów trudno uznać je za opis standardu wykonania, ale zaakceptowane przez EP opisy zastosowania dokładnie określają, co wchodzi w skład procedur, jak powinny być wykonywane i czym różnią się od innych. Bardzo istotne jest również to, że wszystkie procedury istniejące w CPT spełniają ścisłe kryteria naukowe. Ponieważ w sporach o prawidłowości (lub nie) użycia kodu rozstrzygająca jest dokumentacja medyczna, stosowanie CPT zachęca do dokładnego prowadzenia dokumentacji. CMS i AMA dążą do osiągnięcia 95% dokładności kodowania. Działy, gdzie jest ona niższa, są stale dyskutowane i zmieniane, aby usunąć trudności i dwuznaczność.

Niezależnie od zmieniających się sposobów finansowania ochrony zdrowia oraz zmian nakładów na ten cel, dokładna wiedza o tym, co jest robione, jest zawsze potrzebna. Możliwość skorzystania z dopracowanych rozwiązań używanych w USA pozwoliłaby na wdrożenie w Polsce solidnego systemu sprawozdawania i wyceny świadczeń, który przynajmniej w części dotyczącej opisu wykonywanych procedur i świadczeń oraz ich względnej wartości byłby niezależny od coraz bardziej zróżnicowanych zasad finansowania, od zmian nakładów itp. Opracowujemy ogólne założenia takiego systemu z nadzieją, że jego liczne zalety zostaną zrozumiane przez świadczeniodawców, którzy mogliby lepiej wykazać swoją pracę i mieliby bardzo solidne podstawy do dyskusji o finansowaniu i wynagradzaniu, przez płatników, którzy lepiej wiedzieliby za co płacą, przez rządzących ochroną zdrowia, którzy lepiej wiedzieliby co jest wykonywane i potrzebne. Dla chorych korzyścią byłoby precyzyjne określenie standardów świadczeń oraz lepszy, proporcjonalny do potrzeb i wysiłku podział środków.

To wszystko wymagałoby znacznego nakładu pracy i konsekwencji. Ale zamiast ogłaszania doraźnych sukcesów, które szybko okazują się porażkami, mielibyśmy szansę na stopniowe doskonalenie stabilnego systemu. Dobra współpraca z AMA i możliwość skorzystania z jej doświadczeń na pewno byłyby w tym bardzo pomocne.

Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej NIL 2001-2005

26 października br. odbyła się w Naczelnej Izbie Lekarskiej uroczystość zakończenia działalności Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – organu NIL, kierowanego przez prof. Zbigniewa Czernickiego (2001-2005).

Ja, jako pierwszy naczelny rzecznik, przyjąłem tę wiadomość ze wzruszeniem, tym bardziej że w „kolegium" naczelnego rzecznika obecnej kadencji jest jeszcze 9 rzeczników, którzy współpracowali ze mną i brali udział w tworzeniu tego organu NIL: prof. Zbigniew Czernicki oraz moi byli zastępcy: Robert Adamowicz, Barbara Baranowicz, Teresa Korta, Andrzej Kużawczyk, Jan Świątkowski, Romuald Świerżewski, Anna Tarkowska i Tomir Vitali.

Początki nie były łatwe: zaczynaliśmy bez doświadczenia, bez wzorów, bez własnego kąta i biura, natomiast z dużą ilością skarg chorych.

Rozpoczęliśmy od szkoleń z udziałem znakomitych prawników. Wybitną pomocą służył nam nasz radca prawny prof. Arnold Gubiński.

Mieliśmy wówczas wiele entuzjazmu i wiele wykonaliśmy pracy porządkującej ten entuzjazm.

Zadania nasze mogliśmy wykonać dzięki żmudnej i sprawnej pracy pań z naszego Biura.

Spotykaliśmy się pojedynczo prawie codziennie, a wkrótce wspólnie w każdą środę, tworząc zespół, zwany później „kolegium", gdzie poza coraz bardziej dojrzałą pracą rodziły się również projekty kreślące przyszłość dalszych dni i lat.

Kolegium nasze napełniało się z czasem w coraz bogatszą treść, ożywianą przez wspólne wartości jak dobro, prawda i sprawiedliwość.

Wraz z rzecznikami całego kraju staliśmy się „etycznym parasolem" chroniącym środowisko lekarskie przed przekraczaniem etyki .

Jestem przekonany, że ten rodzaj działalności pomógł każdemu z nas poznać siebie samego. Takie poznanie, jak mówi Barbara Skarga, pozwala znaleźć w sobie siły do pracy społecznej i „do walki z przejawami zła".

Przyjęliśmy na siebie obowiązek nie tylko jako lekarze, lecz również obowiązek obywatelski, z troską o przestrzeganie prawa człowieka chorego, co może napawać dumą, lecz i zobowiązuje.

Po moich 2 kadencjach obowiązki naczelnego rzecznika przejęła prof. Krystyna Rowecka-Trzebicka (1998-2001), a następnie prof. Zbigniew Czernicki, którzy nadal rozwijali działalność tego ważnego organu NIL.

Działalność rzecznika była dla mnie i dla wielu rzeczników Wielką Przygodą Życia, która będzie nam towarzyszyła do końca naszych dni.

Serdecznie gratuluję wszystkim Rzecznikom

prof. Stanisław Z. Leszczyński

Diagnoza wstępna

MEDICUS
MIESIĘCZNIK OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W LUBLINIE

Wśród wielu pytań, jakie otrzymuję od kolegów lekarzy w ostatnim okresie, często pada pytanie, dlaczego izby lekarskie (przez ten termin rozumieć należy władze samorządu lekarskiego, zarówno NIL, jak i poszczególnych okręgowych izb lekarskich) pozwalają na publiczne znieważanie lekarzy w licznych publikacjach prasowych czy audycjach telewizyjnych. Społeczeństwo polskie karmione jest od lat sensacyjnymi doniesieniami o nieetycznych czy wręcz karygodnych zachowaniach lekarzy, którzy – często podchmieleni – wycinają chorym zdrowe narządy żądając od pacjentów i ich rodzin łapówek czy niesłusznych apanaży. Popularne pytanie: „lekarzu, pokaż co masz w garażu" stało się powszechną odpowiedzią władz na lekarskie żądania podwyższenia haniebnych uposażeń. Podobnie negatywnie ukazywani są przedstawiciele innych inteligenckich grup zawodowych. Chcę podkreślić z całą mocą, że izby lekarskie wcale nie pozwalają na bezkarne publiczne znieważanie lekarzy. W żadnej takiej sprawie nigdy nie zadrżał mi głos, aby publicznie bronić czci i honoru atakowanych kolegów.

Niestety, jak dotychczas, media cieszą się całkowitą bezkarnością w znieważaniu nie tylko lekarzy, ale również prawników, księży, policjantów czy polityków. Praktyka uczy, że żadna z instytucji reprezentujących wymienionych powyżej nie była w stanie skutecznie odeprzeć medialnych ataków.

Ta nieskuteczność nie oznacza jednak bezczynności i braku aktywności działaczy izb lekarskich, świadczy jedynie o politycznym przyzwoleniu na bezkarne działania mediów. Świadczy również o dużym zapotrzebowaniu na tanią sensację i krwiożerczych instynktach bezkrytycznej gawiedzi.

Kilka miesięcy temu podałem w wątpliwość etyczne kwalifikacje, nielicznych co prawda, dziennikarzy, którzy w pogoni za tanią sensacją i w trosce o zwiększenie nakładu swoich pism nie wahali się użyć swoich uprawnień niezgodnie z prawdą; stając w obronie atakowanych lekarzy, sam stałem się obiektem krytyki. Krytykowano mnie za próbę obrony lekarzy, na których wyroki ferowano w prasie, a nie na sali sądowej. Chcę podkreślić, że taka praktyka nie dotyczy jedynie lekarzy. Brak odpowiedzialności za słowo jest błędem w sztuce dziennikarskiej, a nie słyszałem dotychczas o przypadkach publicznej krytyki takich praktyk. (...)

Andrzej Ciolko

„Medicus" 11/2005

Zbigniew Żak
wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej nie żyje

Ta wiadomość rozeszła się lotem błyskawicy i poraziła wielu z nas, koleżanki, kolegów i przyjaciół. Jeszcze nie tak dawno był wśród nas pełen jak zawsze radości i humoru.

Nic nie wskazywało na to, że Najgorsze się zbliża, że Jego walka z chorobą, o której nigdy nie mówił, może nie zakończyć się sukcesem. Nie poddawał się do samego końca, jak we wszystkim, czego się podejmował. Ten nieprzeciętny Człowiek, z zamiłowania lekarz dentysta, jakim był Zbyszek Żak, urodził się 20 stycznia 1944 r. w Makowie Podhalańskim. Zawsze podkreślał, że z miejsca i czasu urodzenia wyniósł radość życia, ale jednocześnie upór w pokonywaniu trudności, jaki cechuje urodzonych i wychowanych w górach.

fot. Marek Stankiewicz

Studia na Wydziale Lekarskim Oddział Stomatologii Akademii Medycznej w Krakowie ukończył w 1967 r. Przez dwa lata był asystentem w Katedrze Protetyki Stomatologicznej tej uczelni, by następnie podjąć pracę w Bochni. Do tej decyzji znęciła go, jak mówił chęć sprawdzenia się na samodzielnym stanowisku kierownika miejscowej przychodni.

W 1973 r. uzyskał tytuł doktora nauk medycznych i otrzymał propozycję pracy na stanowisku dyrektora wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Krakowie. Podjął to wyzwanie 1 stycznia 1974 r. Był najmłodszym ze wszystkich dyrektorów wojewódzkich przychodni stomatologicznych w Polsce. Wniósł świeżość, zapał, nowe pomysły, a wraz z nimi nadzieję na rozwój stomatologii w województwie. W krótkim czasie doprowadził do przeniesienia przychodni na nowe miejsce, zorganizował i wyposażył przychodnię w nowy sprzęt, tak że mogła podjąć szkolenie lekarzy dentystów.

Sam doskonalił swoje zawodowe umiejętności uzyskując specjalizacje z protetyki stomatologicznej, a następnie z organizacji ochrony zdrowia. Zorganizował też sieć powiatowych poradni specjalistycznych i sieć gabinetów szkolnych. Był inicjatorem powstania pierwszego w Polsce Wydziału Higieny Stomatologicznej przy Medycznym Studium Zawodowym w Krakowie. Reforma administracyjna kraju w 1975 r. i powstanie 49 województw formalnie ograniczyła zasięg Jego działalności, ale to On pozostał liderem i doradcą na terenie nowo powstałych województw nowosądeckiego i tarnowskiego. Tam działała już zorganizowana przez Niego opieka stomatologiczna. To Jego pomysłem było zorganizowanie cyklu konferencji znanych jako „Polska Południowa", które stały się ogólnopolskimi spotkaniami najpierw wojewódzkich przychodni stomatologicznych, a potem ogólnopolskich konferencji lekarzy dentystów.

Był liderem, był tym, który napędzał rozwój stomatologii w regionie, którego my – Jego koleżanki i koledzy, ówcześni kierownicy wojewódzkich przychodni stomatologicznych – chcieliśmy naśladować. Szanowany i lubiany przez wszystkich, którzy Go znali. To dzięki Niemu i Jego staraniom wielu spośród nas miało możliwość dokształcać się i uzyskało specjalizacje. Wiedzieliśmy, że ma nie tylko wiedzę i doświadczenie kliniczne, ale wizję rozwoju stomatologii. Życie potwierdziło tę prawdę. Zbyszek do dnia Odejścia był dyrektorem swojej ukochanej przychodni i nieprzerwanie dążył do jej rozwoju. Ubolewał, że zbudowany system opieki nad dziećmi i młodzieżą został zrujnowany przez brak wizji rządzących. Starał się to zmienić, natrafiał szczególnie w ostatnim czasie na niczym nie uzasadniony opór i niechęć do rozwiązywania tego problemu przez odpowiedzialnych za politykę zdrowotną w naszym kraju.

Zbyszek Żak był w Krakowie postacią niezwykłą, należał niewątpliwie do galerii Głów Podwawelskich. Niewielu jest krakowian od pocztu rektorów zaczynając, poprzez gwiazdy sceny i estrady, po polityków i żurnalistów, z którymi nie był na „ty". Należał do założycieli Teatru „STU". Dowód serdecznej sympatii okazali mu w dniu Jubileuszu Jego 30-lecia pracy w przychodni aktorzy krakowskiej „Piwnicy pod Baranami". Dla Żaka przybyli wtedy Leszek Długosz i Mietek Święcicki dedykując Mu napisane dla Niego piosenki,

grał dla Przyjaciela Żaka Zygmunt Konieczny. „Promienny stomatolog, ratujący nas w potrzebie" – tak określiła Go Joanna Olczak-Ronikier w swojej książce wspomnieniowej o „Piwnicy pod Baranami". Wraz z Andrzejem Wajdą otrzymał dyplom Honorowego Ambasadora „Piwnicy pod Baranami".

Zbyszek Żak to również miłośnik gór, turystyki i narciarstwa, to urodzony społecznik, harcerz, działacz ruchu studenckiego, to wspaniały Kolega i Przyjaciel, który nigdy nie żałował czasu dla ludzi potrzebujących Jego pomocy. Można powiedzieć, że sam szukał tych, którym potrzebna jest pomoc.

O Jego wszechstronnych zainteresowaniach i działalności można napisać książkę.

Zbigniew Żak należał do pionierów dzieła reaktywowania izb lekarskich. Był z ramienia Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego członkiem Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich, sekretarzem Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie w pierwszej kadencji i wraz z dr. Janem Ciećkiewiczem budował jej zręby organizacyjne. W następnych kadencjach pełnił funkcje przewodniczącego Komisji Rewizyjnej OIL oraz wiceprzewodniczącego ORL. W czwartej kadencji samorządu został wybrany wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Funkcję tę pełnił z wielkim zaangażowaniem. Chciał zrealizować postawione cele w trudnym okresie, kiedy stomatologia i lekarze stomatolodzy utracili, na skutek nieudolności urzędników prowadzących negocjacje z Komisją Europejską, z trudem zdobyte w hierarchii zawodowej miejsce. Trudno Mu było się z tym pogodzić, tak jak z faktem braku właściwej, odpowiadającej wymogom kraju europejskiego polityki zdrowotnej naszego państwa i miejsca zdrowia jamy ustnej i stomatologii w systemie opieki zdrowotnej.

Pracował do końca, często ponad siły, pełen jak zawsze wiary, że warto, że potrzeba, że to Jego obowiązek i odpowiedzialność.

W przesłanym liście do uczestników ostatniego Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy OIL w Krakowie napisał m.in.: „*16 lat pracy w różnych miejscach, na różnych stanowiskach oddałem samorządowi w wymiarze na jaki mnie było stać – i nie żałuję. Były tysiące dyskusji, sporów, uchwał, stanowisk, protestów; były sukcesy i porażki – jak to w życiu. Ale do jednego jestem przekonany zawsze: że samorząd lekarski to wielka wartość dla naszego zawodu; że bez swojej korporacji bylibyśmy dalece słabsi; że jest ona cennym instrumentem decydującym o naszym prestiżu, o naszej randze i znaczeniu. I temu przekonaniu, że służę dobrej sprawie, byłem wierny.* (...) *mimo wszystkich zawirowań politycznych, mimo kolejnych «reform», które nie ułatwią nam, lekarzom, życia, bądźcie na miarę aspiracji i ambicji, nie poddawajcie się i walczcie o jego rangę*".

To przesłanie warto zapamiętać, byłoby dobrze, aby zapamiętali je również ci, którzy zarzucali Mu chęć rozbicia wspólnego samorządu lekarzy i lekarzy dentystów.

Poznałem Zbyszka Żaka w roku 1974, kiedy jako dyrektor Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej był moim szefem. On wydał opinię o mojej przydatności na stanowisku kierownika specjalistycznej przychodni w Nowym Sączu. Byliśmy odtąd zawsze razem realizując nasze pomysły i sposoby działania. Był szefem wymagającym, ale również cudownym altruistą, człowiekiem zawsze gotowym do niesienia pomocy, wrażliwym, obdarzonym wspaniałym poczuciem humoru, wreszcie znakomitym przyjacielem – czego miałem okazję nieraz doświadczyć w okresie tych ponad trzydziestu lat naszej znajomości, także od Jego Rodziców. Współpracowaliśmy jako szefowie wojewódzkich przychodni stomatologicznych w okresie istnienia województwa nowosądeckiego i oczywiście w ramach naszego samorządu zawodowego. Bywało, że spieraliśmy się w niektórych sprawach i mieliśmy różne pomysły na ich rozwiązywanie, jak to w życiu, ale spory te zawsze prowadziły nas do przyjęcia akceptowanych przez większość rozwiązań.

Miał plany na następną kadencję działania samorządu, mieliśmy te Jego propozycje omawiać w najbliższym czasie, niestety, czas wyznaczony minął. Straciłem Przyjaciela, Osobę bardzo mi bliską. Wszyscy stomatolodzy w Polsce okryli się żałobą i łączą się w tym wielkim żalu z Jego Rodziną, czemu dają wyraz w tym, co mówią i piszą. Zbyszek jednak – w co wierzę – będzie dzięki swojej osobowości zawsze z nami, będziemy wracać do Jego przemyśleń i zwracać uwagę na nie, kiedy przyjdzie podejmować ważne dla nas decyzje. On zapisał się w historii polskiej stomatologii i w historii samorządu lekarskiego na zawsze. Docenił Go Kraków, spoczął w Alei Zasłużonych na cmentarzu Rakowickim. Pamiętajmy o Nim.

Andrzej J. Fortuna

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszego Kolegi, Wspaniałego Człowieka i Serdecznego Przyjaciela

dr. n. med. ZBIGNIEWA ŻAKA

przewodniczącego Komisji Stomatologicznej i wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej,

który – po walce z chorobą – opuścił nas na zawsze w nocy z 13 na 14 listopada 2005 r.

Rodzinie Zmarłego składamy najszczersze kondolencje.

Zbyszku, wszystkim nam będzie bardzo brakowało Twojego optymizmu i wiary w drugiego człowieka.

Prezes, Prezydium oraz członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej

Z głębokim żalem żegnamy naszego Kolegę

ZBIGNIEWA ŻAKA

Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, lekarza dentystę, aktywnie działającego na rzecz korporacji lekarzy i lekarzy dentystów

RODZINIE

składamy wyrazy współczucia

Zespół Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej

Kontrakty 2006

Andrzej Baszkowski

fot. Marek Stankiewicz

Andrzej Fortuna z właściwą sobie precyzją wykazał jaki budżet będzie miała stomatologia w 2006 r. i jak to bywało z nim w latach poprzednich (Andrzej Fortuna „Plany finansowe NFZ w latach 2002 –2006. Finansowanie leczenia stomatologicznego", „GL" nr 10/2005), a także ile pieniędzy przez ten czas zabrano stomatologom.

Pisanie o negocjacjach kontraktowych z NFZ jest ryzykowne, bo rzadko można napisać coś pozytywnego. Zbyt często musimy przyznać, że mimo naszych zabiegów fundusz przyjął do realizacji niewiele izbowych życzeń czy postulatów, no i w rezultacie kontrakty są jakie są. Zwykle wtedy spotykamy się z głosami kolegów odsądzających nas od czci i wiary, wyśmiewających naszą łatwowierność, bo przecież wszyscy wiedzą, że NFZ i tak zrobi co chce. Wszyscy z wyjątkiem naiwniaków z KS NRL. A w ogóle po co wy tam do tej Warszawy jeździcie...

Właściwie już w tym miejscu mógłbym skończyć. Ale przez cały bieżący rok, zresztą podobnie jak w latach ubiegłych, członkowie Komisji Stomatologicznej NRL wielokrotnie spotykali się z przedstawicielami Centrali NFZ: Jerzym Millerem, Michałem Kamińskim, Wiesławą Kłos, Katarzyną Maślińską, Andrzejem Chajdasem, Markiem Kowiną, Andrzejem Falem, Władysławem Sikorskim, Januszem Wesołowskim. Trudno sobie wyobrazić, żeby Centrala mogła wystawić bardziej znaczącą reprezentację. Jest więc rzeczą oczywistą, że kierownictwo NFZ było i jest doskonale poinformowane o problemach opieki stomatologicznej funkcjonującej w ramach ubezpieczeń społecznych. I że głównym jej problemem są pieniądze.

Gdy więc mówimy o kontraktach 2006, to mamy na myśli ich kształt i treść, ale przede wszystkim ich finansowanie. Przy każdej zatem okazji przedstawiciele NRL przypominali, że NFZ płaci zaniżone kwoty za świadczenia stomatologiczne. Podkreślali, że zmiana tego stanu rzeczy jest dla izby lekarskiej sprawą priorytetową, a dla funduszu powinna być sprawą honoru, dla udowodnienia, że zaczyna poważnie traktować swoich świadczeniodawców i odchodzi od praktyk monopolistycznych.

Komisja Stomatologiczna NRL nie ograniczała się do utyskiwań. Przedstawiała opracowania i analizy dowodzące stosowania przez NFZ cen zaniżonych, a także propozycje sposobów dojścia do cen rzeczywistych. Deklarowała również pomoc w tym zakresie.

Historia kontaktów Komisji Stomatologicznej NRL przedtem z kasą chorych, a teraz z NFZ, jest katalogiem naszych działań mających na celu udowodnienie, że obie instytucje były i są monopolistami. A także, że bezwzględnie potrafią tę pozycję wykorzystać, narzucając za świadczenia wykonywane przez lekarzy dentystów absurdalnie niskie ceny, nie mające nic wspólnego z rzeczywistością. No i że ten stan rzeczy trzeba zmienić. Z żalem muszę przyznać, że przynajmniej do dziś było to przysłowiowe bicie głową w mur.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że w 2002 r. przedstawiliśmy NFZ katalog wyceny świadczeń stomatologicznych opracowany przez mgr. T. Stylo. Przekazaliśmy również cennik usług zdrowotnych zawierający także świadczenia stomatologiczne, opracowany na zlecenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z 1994 r., przez Zakład Usług Naukowo-Badawczych i Konsultingowych w Łodzi.

Oba dokumenty jasno wskazywały, że NFZ płaci za realizację świadczeń stomatologicznych zaledwie około jednej trzeciej ich rzeczywistej wartości. Co na to Centrala funduszu? Przez dwa lata nic. Dopiero w tym roku niektórzy członkowie jej kierownictwa próbowali zdyskredytować nasze opracowania. Zwłaszcza katalogowi cen mgr. Stylo zarzucali błędy merytoryczne i formalne. Dlaczego do takich wniosków doszli dopiero po dwóch latach? Po prostu z początku próbowano dokument ten ignorować. Natomiast innego zdania był i jest Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, do którego izba lekarska zwróciła się ze skargą na poczynania NFZ i jako dowód przedstawiła ten właśnie katalog. Urząd twierdzi, że opracowanie jest doskonałe.

Z kolei Centrala NFZ nie była w stanie przedstawić żadnych kalkulacji własnych cen, które narzuciła stomatologom. Nie potrafiła też ich udostępnić na życzenie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Po prostu ich nie ma.

Wydawało się, że w tym roku nastąpiła zmiana w podejściu urzędników NFZ do problemu finansowania świadczeń stomatologicznych. Wielokrotnie zapewniali o chęci poprawienia tej sytuacji i wprowadzenia cen rzeczywistych.

Były to jednak, jak się okazało, jedynie obietnice słowne. I takimi pozostały. Być może zaważyło tu stare przyzwyczajenie, że stomatologią można się nie przejmować i traktować jak piąte czy nawet szóste koło u wozu. No chyba, że trzeba pieniędzy na inne działy, wtedy tak: stomatologia stawała się hojnym i nie protestującym dostarczycielem brakujących sum. Kto zresztą miałby protestować: jak zauważył kiedyś Andrzej Fortuna, w Polsce stomatologia jest niczyja...

Nie od rzeczy będzie również przypomnieć, że od początku istnienia ubezpieczeń społecznych stomatologia traktowana była marginesowo. Początkowo zapewniono, że dostanie 5 % budżetu. W tych ramach minister zdrowia wydał rozporządzenie o świadczeniach z zakresu stomatologii, przysługujących pacjentom nieodpłatnie i zawierające katalog tych świadczeń. Potem, jak wiadomo, dołożył dodatkowe świadczenia dla kobiet w ciąży, połogu i młodzieży do 18 roku życia.

Żadnych dodatkowych pieniędzy w związku z tymi decyzjami stomatologia nie otrzymała.

Nigdy też nie dostała zapowiadanych 5%. Plan na 2006 r. przewiduje 3,3%.

W połowie 2005 roku NFZ informował izbę lekarską, że planuje wzrost budżetu na stomatologię o ok. 12%. Potem o 4,8%. Skończyło się na 4,66%. Doskonały przykład na to, że gdy brakuje, zabiera się stomatologii. I co? I nic!

Art.97 p.3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych, mówi między innymi o tym, że do zakresu działania funduszu należy również **analiza kosztów świadczeń** opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art.137 tej samej ustawy stanowi, że Prezes Funduszu przygotowując projekt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w nim także **sposób wyceny tych świadczeń**.

Żadnego z tych artykułów NFZ nie respektuje.

Przekonywaliśmy fundusz, że obowiązkiem NFZ jest przeprowadzenie analizy kosztów, bo tylko w ten sposób będzie mógł udowodnić, że z jednej strony nie są one za wysokie, a z drugiej nie za niskie, bo wówczas nie gwarantowałyby zadowalającej jakości świadczeń.

Ceny narzucone przez NFZ za świadczenia stomatologiczne należą do drugiej kategorii. W dodatku nie uwzględniają wynagrodzenia lekarza za wykonaną pracę.

Nie jest jasne, w jaki sposób kasy chorych, a teraz NFZ ustaliły na przykład cenę usunięcia zęba na 5 i 7 zł, a znieczulenia od 4 do nieco ponad 8 zł?

Naturalnie tak niski budżet na ochronę zdrowia nie jest winą NFZ. Dziwi jednak dlaczego fundusz godzi się realizować swoje ustawowe cele finansowania ochrony zdrowia za niewystarczające pieniądze. Dlaczego po prostu nie powie, że za te pieniądze nie da się tego zrobić? I udaje, że artykuły 97 i 137 nie istnieją? Tak to przynajmniej wygląda dzisiaj.

Zasady prowadzenia konkursu na kontrakty na rok 2006 nie zachwycają. Kryteria oceny ofert mimo naszego sprzeciwu ustalone są fatalnie. Na przykład nie ma kryterium ciągłości. To, że ktoś ma kontrakt od kilku lat, nie podpadł kontroli, zaakceptowali go pacjenci, nie ma znaczenia. Zero punktów. Za to aż 40 (!) za cenę w ofercie. NFZ proponował nawet 50! Chcieliśmy to kryterium w ogóle wyrzucić, ale udało się tylko zmniejszyć o 10 punktów. Kto da mniej (czyt. taniej) wygrywa. Typowa selekcja negatywna. Tak to NFZ dba o jakość. Dla obliczenia punktów za cenę wymyślono 3 wzory. Jeżeli trafi się z ceną w oczekiwania NFZ, dostanie się tylko 18 pkt.; jeżeli się pomyli o 10 % to nic (zero!); najwięcej bo 40 punktów dostanie się, gdy poda się absurdalną cenę 0 groszy za punkt. Zamiast takiego oferenta odrzucić (za darmochę robi więc jak ?!), to dostaje najwięcej punktów... Ręce opadają. Choć pewnie w tym szaleństwie jest metoda...

Nie wiadomo co oddziały wojewódzkie NFZ zrobią ze współczynnikami korygującymi. Będą czy nie? Prezes Miller twierdzi, że tak, a oddziały?

Najważniejsze: nie będzie nowych cenników w 2006 r. A były przygotowane! Widzieliśmy je. Ale oddziały przestraszyły centralę, że dostępność (czytaj liczba zakontraktowanych świadczeń) zmniejszy się wtedy nawet o połowę (ciekawe jak to wyliczyły...) i centrala wycofała się.

Prezes Miller wyraził z tego powodu ubolewanie i zadeklarował w oficjalnym piśmie do NRL, że do końca maja 2006 r. zamierza doprowadzić do zakończenia prac nad nowym cennikiem świadczeń stomatologicznych. Termin ten pozwoli dyrektorom oddziałów na zabezpieczenie zwiększonych środków na stomatologię w 2007 r...

Czyżby więc jednak nieco optymizmu na koniec?...

SKOK Izb Lekarskich

POŻYCZKA na GWIAZDKĘ DO **20 000** PLN

OPROCENTOWANIE TYLKO **10,9%** W SKALI ROKU
WYMAGAMY TYLKO OŚWIADCZENIA O DOCHODACH
SZYBKA DECYZJA KREDYTOWA W 48 GODZIN

Przykładowy plan spłaty pożyczki **na GWIAZDKĘ**

POŻYCZKA na GWIAZDKĘ	Okres spłaty pożyczki – 36 miesięcy		
Kwota pożyczki (zł)	10 000	15 000	20 000
RATA	326,88	490,31	653,75

DO 10 000 BEZ ZGODY WSPÓŁMAŻONKA

Oprocentowanie nominalne 10,9%

Oprocentowanie rzeczywiste od 15,51%*
*Uwzględnia wszystkie koszty związane z uzyskaniem kredytu (prowizja, zmiana wartości pieniądza w czasie, oprocentowanie nominalne)

Prowizja dla okresu 36 m-cy – 5 %

Szczegółowe informacje uzyskają Państwo u przedstawicielek SKOK Izb Lekarskich przy Okręgowych Izbach Lekarskich

oraz u naszych Doradców Finansowych w:
Katowicach – tel. 0-32-258-89-61, 0-695-653-793
Łodzi – tel. 0-42-682-81-95, 0-695-653-784
Szczecinie – tel. 0-91-486-44-94, 0-695-653-801
Warszawie – tel. 0-22-823-62-10, 0-695-653-791
Wrocławiu – tel. 0-71-798-80-69, 0-695-653-785
Gdańsku – tel. 0-500-176-525

Infolinia:
0 801 88 88 11
Połączenie w cenie rozmowy lokalnej

Pełna oferta kredytów i depozytów dostępna na stronie internetowej
www.skokil.pl

Skorzystaj z naszej oferty na GWIAZDKĘ i ZOSTAŃ NASZYM CZŁONKIEM

PRAWDOPODOBNIE NAJLEPSZA LOKATA NA RYNKU !!!

OPROCENTOWANIE STAŁE OD 5,70% W SKALI ROKU

RACHUNEK SYSTEMATYCZNEGO OSZCZĘDZANIA OD 7,00% W SKALI ROKU

Idziemy do Betlejem...

ks. Józef Jachimczak CM

Przed nami święta Bożego Narodzenia, poprzedzone Adwentem – czasem radosnego oczekiwania na przyjście Pana.

Prorok Izajasz zapowiada: mówcie do Kościoła i do całego świata: Oto twój Zbawiciel przychodzi! Przynosi światu nowe życie, światło, pokój, samego siebie.

Z Jego narodzeniem zaczyna się nowa era. Nawet czas zaczynamy liczyć od tej daty – już nie od założenia Rzymu, ale od narodzenia Chrystusa. To było i jest najważniejszym wydarzeniem w historii naszej ziemi. O tym wydarzeniu nie można zapomnieć. Zarówno czytania, modlitwy, jak i pieśni kolędowe kierują nas do Betlejem.

Pod koniec pierwszego wieku naszej ery wielu chrześcijan nie mogło po prostu zrozumieć tej wielkiej tajemnicy i uczyli, że Jezus jest rzeczywiście prawdziwym Bogiem, ale nie jest prawdziwym, z krwi i kości, człowiekiem. Chrystus miał według nich jakieś inne niebiańskie pozorne ciało. Wówczas św. Jan Apostoł, jedyny żyjący jeszcze spośród Apostołów (zmarł w 105 r. na wyspie Patmos), wziął pióro do ręki i napisał swoją Ewangelię właśnie w tym celu, żeby potwierdzić tę wielką prawdę, że Syn Boży, Słowo Ojca, stał się prawdziwym i rzeczywistym człowiekiem z krwi i kości.

A Słowo stało się ciałem i zamieszkało wśród nas. (J 1,14).

Słowo to Syn Boży, a ciało to człowiek. Wiele już razy słyszeliśmy te słowa, ale może nigdy nie uświadomiliśmy sobie tak dokładnie co słyszymy. Otóż idziemy do Betlejem, aby sobie uświadomić, że każde Boże Narodzenie, w tym maleńkim Dziecięciu jest wyraźnym i widzialnym objawieniem się Boga. Mówi o tym św. Paweł w Liście do Hebrajczyków: *Wielokrotnie i na różne sposoby przemawiał niegdyś Bóg do ojców przez proroków, a w tych ostatecznych dniach przemówił do nas przez Syna* (Hbr 1,1n)

Jak dzisiaj w Betlejem znaleźć Chrystusa i dzięki Niemu siebie?

Przede wszystkim trzeba uwierzyć w tajemnicę tego, co się wydarzyło w Betlejem. Gdy pasterze usłyszeli zwiastowanie o narodzeniu, podjęli decyzję: *Pójdźmy do Betlejem i zobaczmy, co się zdarzyło i o czym nam Pan oznajmił* (Łk 2, 15). Decyzja wewnętrzna przekłada się od razu w konkretne czyny – poszli z pośpiechem i znaleźli Dzieciątko. Znaleźli nie tylko w sposób materialny, ale duchowo – bardziej oczami duszy niż oczami ciała. Co więcej, uwierzyli, kim jest to Dziecko, a z Jego znalezienia zrodziło się świadectwo.

Bazylika Narodzenia

Dla chrześcijańskiego lekarza powrót do Betlejem to niesienie nadziei swoim pacjentom. Lekarz częściej niż kto inny może dać lub zabrać człowiekowi choremu nadzieję. Nadzieję na upragnione zdrowie, ustąpienie bólu, powrót do rodziny i najbliższych. W poszukiwaniu źródła zdrowia nie można się zniechęcać, rezygnować, nie można tracić nadziei. Nadzieja jest cnotą teologalną, która jak pozostałe cnoty wiara i miłość jest zakorzeniona bezpośrednio w Bogu i uzdalnia chrześcijanina do życia w łączności z Bogiem.

Szpital – dla lekarza jest małą parafią. Tu cierpienie jest chrztem łez. Na łóżkach szpitalnych leżą osoby jak wiersze dojrzewające do druku, do nieba. I to jest wystarczający motyw, aby pochylić się nad człowiekiem chorym i zabrać od niego trochę choroby, cierpienia, łez...

Zadaniem lekarza jest być przy chorym, dawać mu nadzieję, światło, a nade wszystko dawać Dobrą Nowinę, którą przyniósł na świat Syn Boży.

Wielu nie potrafi już łączyć ewangelicznego przesłania z codziennym doświadczeniem; wzrasta trudność przeżywania osobistej wiary w Jezusa w takim kontekście społecznym i kulturowym, w którym chrześcijańska koncepcja życia jest stale wystawiana na próbę i zagrożona; w wielu sferach publicznych łatwiej jest deklarować się jako agnostyk niż jako wierzący; odnosi się wrażenie, że niewiara jest czymś naturalnym, podczas gdy wiara wymaga uwierzytelnienia społecznego.

I dlatego trzeba przywrócić nadzieję chorym.

Żyjemy w świecie, w którym odczuwamy brak serca matki i ojca. Sercem dla nas był Ojciec Święty. Ucieszyliśmy się, że ma być już ogłoszony świętym. O tym już świadczą cuda. 24 tysiące pielgrzymów dziennie przechodzi przez kryptę, ażeby być blisko serca Ojca Świętego.

Chorobą tego świata jest sieroctwo. Jeśli potrafimy jako lekarze objawić serce światu i dać mu nadzieję – to odniesiemy wielki sukces w medycynie.

Pan Bóg Was potrzebuje. Jesteście potrzebni Bogu. Ludzie we wszystkich religiach świata potrzebują Boga. Potrzebują Go do szczęścia, do wybawienia od choroby, od zła, do wolności od cierpienia, od śmierci.

Wszystkie religie świata zrodziły się z tęsknoty Bożego serca za Bogiem.

Tylko dwie religie powstały z tęsknoty Bożego serca za człowiekiem, człowiekiem, który będzie do Jego dyspozycji: judaizm i chrześcijaństwo. Religie, w których Bóg potrzebuje człowieka.

Abraham był potrzebny Bogu, by ukazać wartość bezwzględnego posłuszeństwa, które jest pełnią mądrości w świecie nieposłuszeństwa, które jest głupotą. Bóg potrzebował Abrahama, aby objawić wartość całkowitego zawierzenia pełnego posłuszeństwa.

Mojżesz był potrzebny Bogu, by objawić mądrość Bożego prawa, dekalogu. Abraham i Mojżesz zadanie wykonali.

Izrael miał być światłością dla innych narodów, ale Izrael tego zadania nie wykonał. Żydzi dość szybko zapomnieli o powołaniu. Schodzili na poziom religii innego świata.

To Bóg był im potrzebny, a nie oni Bogu. Tak było, gdy cieszyli się dobrobytem. Bóg miał zapewnić dobre życie na ziemi swojemu narodowi.

Potrzebowali Boga, aby się dobrze urządzić na ziemi. Tak było, gdy chcieli odnosić sukcesy w świecie, gdy się im śnił imperializm żydowski. Wszystkie narody popłyną na Syjon – i tak było, gdy jęczeli w niewoli i potrzebowali Boga, aby ich wybawił. Ciągle zapominali o tym, że to On ich potrzebuje. Mieli pretensje do Boga, że o nich zapomniał. Mieli pretensje o to, że nie jest do ich dyspozycji. Z tych pretensji wymodelowali sobie obraz Mesjasza, który miał być do ich dyspozycji. Nie oni do Jego. Lecz On do ich dyspozycji. Mesjasz miał im pomóc w odnoszeniu sukcesów w skali całego świata.

Mesjasz przybył – był zupełnie inny niż oni oczekiwali. Nie pasował do ich modelu. Dlatego Go ukrzyżowano. W Getsemani Chrystus objawia, jak trudno jest być do dyspozycji Boga nawet wtedy, gdy człowiek wie, że jest potrzebny Bogu. Ojcze Twoja, a nie moja wola.

Rodacy chcieli mieć Mesjasza, Chrystusa i Proroka do swojej dyspozycji.

Ujawniło się już w Nazarecie, na początku publicznej działalności Jezusa, ostre starcie dwóch koncepcji: czy Bóg ma służyć człowiekowi, czy człowiek Bogu. Jezus stanął po stronie Boga, a nie rodaków.

Istota Dobrej Nowiny polega na tym, że Bóg mnie potrzebuje. Jestem potrzebny Bogu. Bóg ma dla mnie zadanie. On mnie angażuje w swoje dzieło. To ma głęboki sens. Na tej Bożej orbicie jest moje miejsce i są moje zadania.

Bóg mnie wybrał jako „sługę życia" – jak mówił Jana Paweł II, aby nieść Dobrą Nowinę. Dobra Nowina niesiona w szpitalu, w zakładzie leczniczym, w którym pracujemy, a więc w tych strukturach, w jakich zbudowana jest służba zdrowia.

Chrystus jawi się przed nami jako Lekarz. Powiedział o sobie: Zdrowi nie potrzebują lekarza, ale źle się mający. Źle na ciele, źle na duchu.

Chrystus dostrzega pacjenta. Dla Niego pacjent jest ważny, a dla pacjenta problemem jest choroba. Kontakt osobisty z chorym.

Jana Pawla II kochano za jego wiarę będącą pewnością, za prawdę i miłość. A co to jest wiara, prawda i miłość? To przecież jest świętość. Służył prawdzie w miłości. Dlatego wierni wołali *Santo subito!*

W nadciągającej erze „Genomu" kończącej ewolucyjny rozwój aktualne staje się pytanie T.S. Eliota: *Gdzie jest mądrość, którą utraciliśmy w wiedzy?* I dlatego prawdy zawarte w Encyklice Ojca Świętego „Fides et Ratio" *stawiają człowiekowi sumienia do wykorzystania drogowskazy na rozdrożach rozumu i wiary. Dojść musi do zjednoczenia prawdy naukowej i prawdy moralnej*.

Iść do Betlejem oznacza dla nas, ochrzczonych, wielbić Boga za to, co tam zobaczymy i co usłyszymy: za chleb, który łamie teraz za nas, za radość i nadzieję, którą w tym dniu Pan w naszych sercach rozmnaża.

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku 2006, kiedy myśli nasze kierujemy ku ubogiej betlejemskiej grocie, pragnę Wam – kochani i bliscy memu sercu Lekarze, całej służbie zdrowia, pielęgniarkom, wolontariuszom i Waszym pacjentom, a także wszystkim czytelnikom i sympatykom „Gazety Lekarskiej" – złożyć najserdeczniejsze życzenia Bożego błogosławieństwa i wszelkich darów Dzieciątka Jezus. Wszystkich powierzę Bożej opiece podczas Mszy świętej sprawowanej w Waszej intencji w noc Bożego Narodzenia

ks. Józef Jachimczak CM
krajowy duszpasterz służby zdrowia

REKLAMA
REKLAMA

Monopolistyczna pijawka

Ryszard Kijak

Co cztery lata społeczeństwo, nafaszerowane kiełbasą wyborczą i odurzone najzupełniej legalnie sprzedawanym w czasie kampanii wyborczej opium (postać farmaceutyczna: „dla mas"), zaczyna wierzyć w „nową grę i nową szansę".

fot. Marek Stankiewicz

Nowa miotła

To samo dzieje się również i w środowisku medycznym. Zawsze, gdy w Ministerstwie Zdrowia pojawia się kolejna ekipa, odżywają nadzieje lekarzy na to, że wreszcie skończy ona z wieloma bezczelnymi przepisami, krzywdzącymi ich w ewidentny sposób, z bzdurnym i celowo mętnym oraz niejednoznacznym prawem medycznym, a także z arogancką interpretacją tego prawa, stosowaną przez urzędników.

– Politycy są tak przyzwyczajeni do tego, że lekarze stanowią własność państwa i wykonują wszystko, co im – prawnie lub bezprawnie – zostanie narzucone, że nawet nie silą się na poprawianie prawa – wylewa optymistom zimny kubeł wody na głowę przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Krzysztof Bukiel.

Ale rozbudzone oczekiwania każą na jakiś czas zapomnieć o tej nieprzyjemnej regule. Odżywa myśl o tym, że wreszcie znajdzie się ktoś odważny, kto dokona zmian systemowych prowadzących w końcu do wdrożenia racjonalnego systemu opieki zdrowotnej. Zanim jednak do tego dojdzie, zostanie przynajmniej rozwiązany bezmiar bieżących problemów, które ministerialna władza może załatwić bez naruszania politycznej doktryny rządzącej akurat koalicji.

rys. Małgorzata Gryś

Wśród takich kwestii jest na przykład istniejący – w mniemaniu urzędników – lekarski obowiązek świadczenia darmowych usług na rzecz różnych podmiotów publicznych, jakimi są m.in. ZUS, KRUS, prokuratura albo sąd. O tych ostatnich instytucjach napiszę innym razem, dziś zajmę się tylko problemem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Monopolistyczna pijawka

ZUS, prawem kaduka, ubzdurał sobie mianowicie, że lekarze będą mu wypisywali za frajer różne druki. I nie ma żadnej siły na to, aby monopoliście wybić ten pomysł z głowy. Jeśli chodzi o formularze N-9 i N-14, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 16 ust. 4. mówi, iż „koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie" – co jednoznacznie wskazuje zasadę, że za te czynności przysługuje odrębne wynagrodzenie płacone przez zamawiającego.

Jednakże, aby doszło do badania, wydania orzeczenia i wystawienia zaświadczenia, ZUS musi tę czynność zlecić. Być może gdzieś w Polsce komuś zleca. Ale czyni to rzadko. Stawka za wypełnienie druku N-9 wynosi wówczas ok. 50 zł. Generalnie jednak, aby uniknąć płacenia lekarzom, ciężar pozyskiwania dowodów przeniesiono na przymusowo ubezpieczonych obywateli. Tym samym koszty obowiązków wynikających z ubezpieczeń społecznych pokrywane są przez... Narodowy Fundusz Zdrowia, co przecież sprzeczne jest z jego zadaniami, gdyż nie dotyczy świadczeń zdrowotnych, a pozyskiwania przez obywateli świadczeń rentowych lub gotówki w przypadku wystąpienia choroby uniemożliwiającej na krótszy lub dłuższy czas zarobkowanie.

Najbardziej jaskrawym przykładem unikania przez ZUS płacenia lekarzom za usługi jest wypełnianie druków ZUS-ZLA. Wykorzystując fakt, że lekarz – w ramach umowy z NFZ (i za cenę określoną przez tę instytucję) – i tak musi zbadać pacjenta, aby określić jego stan zdrowia i podjąć stosowną terapię, ZUS wymaga od niego, aby w przypadku niezdolności chorego do pracy wypisał wmuszony mu przez ubezpieczalnię druk, zdeponował go w bezpiecznym miejscu, a następnie dostarczył do firmy w nieprzekraczalnym terminie 7 dni.

Dyktatora nie obchodzi, jakie są faktyczne koszty wypełniania dokumentów, ich zabezpieczania oraz dostarczania lub przesyłania na miejsce. ZUS argumentuje, iż skoro lekarze sami składają prośbę o uzyskanie uprawnień, to jednocześnie akceptują zasady orzekania. I zawsze mogą z nich zrezygnować. Owszem, jest to prawda, przy czym zgadzając się na te zasady lekarze jednocześnie negują wymóg wypisywania zaświadczeń za darmo.

Odwracanie kota ogonem

Wielokrotne interwencje izb lekarskich, Porozumienia Zielonogórskiego czy OZZL w tej sprawie przypominają strzelanie kulą w płot. Przykładowo, w odpowiedzi na skierowaną do Ministerstwa Zdrowia w grudniu 2004 r. przez OZZL prośbę o wyjaśnienie tej sytuacji nadeszła odpowiedź dyrektora Departamentu Prawnego MZ Władysława Puzonia zawierająca przytoczony wyżej cytat art. 16 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i… potwierdzająca jego treść. A tyle to i my wiemy. Od Departamentu Prawnego MZ można było spodziewać się czegoś więcej.

Znacznie ciekawsza jest odpowiedź, jaką otrzymała Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie z Ministerstwa Polityki Społecznej w październiku br. Z pisma można się dowiedzieć, że „dowodem do wypłaty zasiłku chorobowego jest zaświadczenie lekarskie wystawione na odpowiednim druku". Zgoda. I że „może być ono wystawione wyłącznie przez lekarza

upoważnionego przez ZUS i wyłącznie na druku ZUS-ZLA". Też zgoda.

Jednak podpisana pod tym stanowiskiem podsekretarz stanu MPS Agnieszka Chłoń-Domińczak uważa jednocześnie, iż wypisanie druku ZUS-ZLA następuje na takich samych zasadach, jak wydawanie orzeczenia o zdolności kogoś do odbycia służby wojskowej. O, tu już zgody nie ma! Udział lekarza w komisji poborowej zawsze był odpłatny. I o to właśnie się walczy z ZUS-em, Pani Minister! Podała Pani bardzo dobry przykład, tylko że – niechcący – na naszą korzyść. Dzięki!

Bo pamiętajmy, że cały czas chodzi o wystawianie dowodów na wypłatę zasiłków chorobowych, a nie o świadczenia medyczne.

Różnica między świadczeniem medycznym a wypisywaniem czeku

Pani wiceminister w swoim wywodzie zauważa, iż oddzielanie wypisywania zaświadczenia potwierdzającego niezdolność do pracy jest absurdalne, bo w takim przypadku należałoby też odrębnie potraktować wypisanie recepty czy udzielenie pacjentowi wskazówek, jak brać leki i jaką stosować dietę. Pomijając fakt, że wcale nie byłoby to takie głupie, muszę jednak zwrócić uwagę, iż cały ten proces dowodowy jest zwykłym „ściemnianiem". A jest nim dlatego, że wiceminister Chłoń-Domińczak – świadomie lub nieświadomie – myli i łączy dwa różne rodzaje usług. Utożsamia ona mianowicie akt wystawienia zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego niezdolność pacjenta do pracy z aktem wypisania kwitu dla celów wypłacenia choremu przez ubezpieczyciela określonych świadczeń finansowych. A te dwa akty, mimo głębokiej wiary wiceminister Chłoń-Domińczak, nie są tożsame, niestety.

„Tak w polskim systemie opieki zdrowotnej, jak i w innych krajach, wystawienie zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego niezdolność do pracy z powodu choroby stwierdzonej w toku badania lub porady lekarskiej było i jest traktowane jako integralny element tego badania lub porady" – pisze wiceminister Chłoń-Domińczak.

– Mamy prośbę o wskazanie krajów, w jakich wypełnia się skomplikowane druczki podobne do ZUS-ZLA i za tę usługę nie pobiera się opłaty – pytają lekarze POZ Krzysztof Jakubowski i Janusz Tylewicz. – Bo analogie mogą być mylące i tragiczne w skutkach, jeśli ktoś nie odróżni kotka od tygrysa i zaprosi to drugie zwierzątko, by mu wskoczyło na kolana.

Pamiętać bowiem wciąż należy o celu wystawienia druku ZUS-ZLA. A celem tym jest wypłata zasiłku chorobowego, czyli chodzi o pieniądze. Formularz ZUS-ZLA dla pacjenta jest więc czekiem opiewającym na określoną kwotę, realizowanym przez ZUS w ramach ubezpieczeń społecznych, w związku z poniesieniem przez okaziciela określonych strat związanych z nieszczęściem, jakim jest choroba.

Natomiast art. 2 ustawy o zawodzie lekarza, w związku z art. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, bynajmniej nie zmusza go do wypisywania czeków pacjentom. Zmusza go do orzekania i opiniowania o stanie zdrowia, a nie o stanie kieszeni pacjenta. I gdyby pacjent nie miał zamiaru korzystania z dobrodziejstw ZUS-u, to usprawiedliwieniem jego nieobecności w pracy mogłaby być zwykła kartka zawierająca zaświadczenie lekarza, że Iksiński jest chory i powinien powstrzymać się od świadczenia pracy przez tyle to a tyle dni. Data, podpis, pieczątka. Kropka.

Bo zalecenie pacjentowi powstrzymania się od pracy w celu odbycia przez niego odpowiedniej kuracji jest świadczeniem medycznym, a wypisywanie mu czeku na odszkodowanie z ZUS-u – już nie jest. I tej właśnie różnicy wiceminister MPS Agnieszka Chłoń-Domińczak za żadne skarby nie może zrozumieć, tak jak nie mogą (lub nie chcą) jej zrozumieć urzędnicy w Ministerstwie Zdrowia, w ZUS-ie, i wszędzie indziej. Na wypełnianie dokumentu finansowego (jakim jest druk ZUS-ZLA) ZUS powinien zawrzeć z lekarzem odrębną umowę, zawierającą m.in. warunki płatności za tę usługę.

Cena honoru i danego słowa

Czy Prawo i Sprawiedliwość, obiecując ustanowienie w Polsce państwa prawa, o ile nawet nie podejmie się radykalnych zmian systemowych w ochronie zdrowia, zabierze się przynajmniej za opisane wyżej oraz inne im podobne wynaturzenia, gnębiące środowisko lekarskie, i czy politycy, którzy przejęli obecnie władzę, będą potrafili – zgodnie z danym słowem – skutecznie zająć się tępieniem tolerowanego przez poprzednie rządy bezprawia, czy nie – przekonamy się niebawem.

P.S. Dziękuję dr. Krzysztofowi Jakubowskiemu z POZ w Białymstoku za weryfikację tego tekstu.

REKLAMA

REKLAMA

fot. Marek Stankiewicz

Notatki rzecznika prasowego NRL

Prezydium NRL
na posiedzeniu **28.10.br.**
• przyjęło m.in. **stanowiska**:
– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie określenia **wzorcowego statutu uzdrowiska i obszaru ochrony uzdrowiskowej**, w którym zgłosiło uwagi do Załącznika nr 1: „(...) *szczegółowe doprecyzowanie wielkości działek budowlanych wykracza poza treść upoważnienia wynikającego z art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. Nr 167, poz. 1399). Ponadto,* (...) *wprowadzenie takich samych wielkości działek we wszystkich uzdrowiskach w Polsce wydaje się być mocno wątpliwe, niekiedy nawet nieracjonalne.* (...)”,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **badań do celów sanitarno-epidemiologicznych**, w którym czytamy m.in.: „(...) *projekt rozporządzenia nieprecyzyjnie określa terminy przeprowadzania badań w trakcie nauki, a zwłaszcza wykonywania pracy. Proponuje się w § 3 ust. 1 pkt 4 in fine dodać wyrazy: «przynajmniej raz na pięć lat». Jednocześnie Prezydium zwraca uwagę, że jest to maksymalny termin stosowany w badaniach profilaktycznych wynikających z Kodeksu pracy.* (...)”,

– dot. projektów rozporządzeń ministra zdrowia: 1. w sprawie **wzoru zezwolenia na wytwarzanie i import produktów leczniczych**, 2. w sprawie **wzoru wniosku o udzielenie zezwolenia na wytwarzanie i import produktów leczniczych**, 3. w sprawie **wzoru wniosku o zmianę zezwolenia na wytwarzanie i import produktów leczniczych**, w którym zaakceptowało projekty bez uwag,

• podjęło m.in. **uchwały**:
– w sprawie **uchylenia uchwały** Nr 10987/P-IV/2005 ORL w Łodzi z dnia 9.09.2005 r. **w sprawie odmowy Politechnice Łódzkiej, Wydziałowi Organizacji i Zarządzania wpisu do rejestru podmiotów prowadzących doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi**, w której czytamy m.in.: ”(...) *§ 1. Uchyla się uchwałę Nr 10987/P-IV/2005 Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi z dnia 9.09.2005 r. w sprawie odmowy Politechnice Łódzkiej, Wydziałowi Organizacji i Zarządzania wpisu do rejestru podmiotów prowadzących doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. § 2. Sprawę przekazuje się do ponownego rozpatrzenia przez Okręgową Radę Lekarską w Łodzi.* (...)”,

– w sprawie **uczestnictwa NRL w pracach Eu Dental Liaison Committee**, w której postanawia, że NRL będzie finansowała uczestnictwo swoich przedstawicieli w EU Dental Liaison Committee. Wyznaczenie i delegowanie przedstawicieli samorządu lekarskiego do powyższej organizacji nastąpi na podstawie uchwały Prezydium NRL,

– w sprawie **potwierdzenia warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy przez Okręgową Izbę Lekarską w Białymstoku oraz wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów**, w której czytamy m.in.: „(...) *Potwierdza się spełnienie warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy, określonych w art. 19 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przez OIL w Białymstoku obejmującego szkolenie lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie orzecznictwa lekarskiego, bioetyki, prawa medycznego, określone w ramowym programie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.* (...) *Wpisuje się OIL w Białymstoku do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzonego przez NRL, pod numerem 00001/05.* (...)”,

• **upoważniło** prezesa NRL do złożenia **wniosku o przyjęcie NIL do Eu Dental Liaison Committee**,

• **zaakceptowało** programy doskonalenia zawodowego:
– Polskiego Towarzystwa **Radiologicznego**,
– Kolegium **Lekarzy Rodzinnych** w Polsce,
– Komitetu **Karmienia Piersią**,
– Invoclar-Vivadent (dla **lekarzy dentystów i techników dentystycznych**),
– Medical Tribune Group (dla **lekarzy dentystów**), w formie testowych programów edukacyjnych **dla czasopism**:
- ***„Medycyna po Dyplomie”*** – akredytowane przez Polskie Towarzystwo Lekarskie, Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, Polskie Towarzystwo Osteoartrologii, Polskie Towarzystwo Dermatologiczne, Polskie Towarzystwo Bólu Głowy,
- ***„Ginekologia po Dyplomie”*** – akredytowane przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne,
- ***„Onkologia po Dyplomie”*** – akredytowane przez Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej,
- ***„Psychiatria po Dyplomie”*** – akredytowane przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne,
- ***„Current Opinion In Pulmunary Medicine – Wydanie Polskie”*** – akredytowane przez Polskie Towarzystwo Ftyzjopneumonologiczne.

UWAGA! Pełne teksty dokumentów:
www.nil.org.pl

Złe nawyki

Mimo zmiany decydentów na Miodowej, nie odstąpiono od złej tradycji przesyłania w ostatniej chwili czy wręcz na dzień przed upływem terminu projektów rozporządzeń ministra zdrowia i ustaw, które powinien zaopiniować samorząd lekarski, co miało miejsce w przypadku Ustawy o zmianie ustawy **o Państwowym Ratownictwie Medycznym**. Zwraca na to uwagę prezes NRL, który w liście do min. J. Pinkasa (z 17.11.br.) pisze: „(...) *Wielokrotnie podnosiłem i czynię to również obecnie, że opinia NRL jest opinią organu kolegialnego i właściwą formą sformułowania stanowiska jest przyjęcie go w trakcie posiedzenia. Ta zasada, w sposób oczywisty nie może być realizowana przy jednodniowych terminach na zgłoszenie uwag.* (...)”.

Kropka nad „i”

Samorząd lekarski z satysfakcją przyjął wynik rozmów ministra zdrowia z przedstawicielami NFZ na temat natychmiastowego wprowadzenia **zmian w zasadach kontraktowania świadczeń medycznych na 2006 r**. Liczne nieprawidłowości w zapisach, dot. przede wszystkim **intensywnej terapii**, spowodowały długą dyskusję podczas posiedzenia NRL (4.11.br.), a w rezultacie list prezesa K. Radziwiłła do prezesa J. Millera (z dn.10.11.br.), w którym zostały zawarte m.in. zastrzeżenia samorządu lekarskiego do regulacji sprzecznych z zasadami postępowania z chorymi wymagającymi intensywnej opieki medycznej.

Iwona A. Raszke-Rostkowska
tel. 0-22-559-13-26, tel./fax 0-22-559-13-27
tel. kom. 0-606-440-100
e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org

Koledze
lek. med.
ROMUALDOWI GÓRNIAKOWI
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
MATKI
składa
Zespół
Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej

Pani
BOŻENIE ŁOSOWSKIEJ
wyrazy współczucia z powodu śmierci
CÓRKI
składa zespół „Gazety Lekarskiej”

Komitet Inicjatywy Ustawodawczej
projektu ustawy o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz o zmianie niektórych ustaw

WYKAZ OBYWATELI, KTÓRZY UDZIELAJĄ POPARCIA PROJEKTOWI USTAWY O ZASADACH FINANSOWANIA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW ORAZ O ZMIANIE NIEKTÓRYCH USTAW

Lp.	Imię (imiona) i nazwisko	Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)	Numer ewidencyjny PESEL	Podpis
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Zebrane podpisy prosimy przesyłać pod adresem: Naczelna Izba Lekarska, 00-764 Warszawa. ul. Sobieskiego 110

Projekt

Ustawa
z dnia .....
o zasadach finansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz o zmianie niektórych ustaw

Art. 1.

Lekarz, lekarz dentysta realizując obowiązek doskonalenia zawodowego wynikający z art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 i Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266 i Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 845 oraz z 2004 r. Nr 92, poz. 882 i 885, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135) ma prawo do:

1) finansowania z budżetu państwa szkolenia specjalizacyjnego odbywanego na podstawie umowy o pracę na czas określony w celu doskonalenia zawodowego, obejmującego realizację programu specjalizacji, zawartej z podmiotem prowadzącym specjalizację, zwanego dalej „rezydenturą";

2) 14 dni w roku kalendarzowym wolnych od udzielania świadczeń zdrowotnych w celu doskonalenia zawodowego, z zastrzeżeniem art. 3;

3) zmniejszenia podstawy opodatkowania o koszty wydatków poniesionych na doskonalenie zawodowe.

Art. 2.

1. Wydatki na specjalizacje lekarzy i lekarzy dentystów pokrywane są odpowiednio:

1) z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do sprawy zdrowia – w zakresie finansowania rezydentur, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Centrum Egzaminów Medycznych i zadań określonych w przepisach, o których mowa w art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

2) z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest wojewoda – w zakresie finansowania działalności centrów zdrowia publicznego i konsultantów wojewódzkich, działających na podstawie odrębnych przepisów;

3) z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest Minister Obrony Narodowej – w odniesieniu do lekarzy i lekarzy dentystów będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej lub zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej tworzonych przez Ministra Obrony Narodowej.

2. Liczba miejsc szkoleniowych w ramach rezydentury w danym roku budżetowym powinna odpowiadać liczbie lekarzy, lekarzy dentystów, którzy kończą staż podyplomowy w danym roku budżetowym.

3. Liczba, o której mowa w ust. 2, może zostać ograniczona jedynie w przypadku niezapewniania warunków organizacyjnych i merytorycznych, umożliwiających realizację programu specjalizacji określonej liczbie lekarzy, lekarzy dentystów, przez podmioty prowadzące specjalizacje w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Art. 3.

1. Lekarz, lekarz dentysta pozostający w stosunku pracy ma prawo do corocznego, płatnego 14-dniowego urlopu szkoleniowego w celu doskonalenia zawodowego, innego niż szkolenie specjalizacyjne.

2. Lekarz, lekarz dentysta udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia lub będący podwykonawcą w ramach takiej umowy ma prawo do 14 dni wolnych od udzielania świadczeń z zachowaniem prawa do wynagrodzenia w celu doskonalenia zawodowego.

Art. 4.

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w art. 16 po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b w brzmieniu:

„1a. Lekarz, lekarz dentysta odbywa specjalizację w ramach umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym specjalizację na czas określony w celu doskonalenia zawodowego, obejmującego realizację programu specjalizacji, zwanej dalej «rezydenturą».

1b. Lekarz, lekarz dentysta na swój wniosek może odbywać specjalizację w ramach:

1) umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym specjalizację lub pełnienia służby na stanowisku służbowym w tym podmiocie, albo

2) poszerzenia, o program specjalizacji, zajęć programowych studiów doktoranckich odbywanych w podmiocie prowadzącym specjalizację, w którego skład wchodzi jednostka organizacyjna prowadząca specjalizację i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego, jeżeli uczestnik studiów doktoranckich pozostaje w stosunku pracy, a po ich ukończeniu, w trybie określonym w pkt 1, albo

3) płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych przez jednostkę organizacyjną, inną niż prowadząca specjalizację, z którą lekarz, lekarz dentysta ma podpisaną umowę o pracę, na czas niezbędny do zrealizowania programu specjalizacji, albo

4) umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację."

Art. 5.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) w art. 136 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:

„5a) zasady wynagradzania świadczeniodawców, będących lekarzami lub lekarzami dentystami, w okresie nieudzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z realizacją obowiązku doskonalenia zawodowego, o którym mowa w art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, z późn. zm.);".

Art. 6.

W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U z 2000 r. Nr 14, poz. 176, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764, Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz. 968, Nr 102, poz. 1117, Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190, Nr 125, poz. 1363 i 1370 i Nr 134, poz. 1509, z 2002 r. Nr 19, poz. 199, Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 78, poz. 715, Nr 89, poz. 804, Nr 135, poz. 1146, Nr 141, poz. 1182, Nr 169, poz. 1384, Nr 181, poz. 1515, Nr 200, poz. 1679 i Nr 240, poz. 2058, z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 45, poz. 391, Nr 65, poz. 595, Nr 84, poz. 774, Nr 90, poz. 844, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302, Nr 166, poz. 1608, Nr 202, poz. 1956, Nr 222, poz. 2201, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 29, poz. 257, Nr 54, poz. 535, Nr 93, poz. 894, Nr 99, poz. 1001, Nr 109, poz. 1163, Nr 116, poz. 1203, 1205 i 1207, Nr 120, poz. 1252, Nr 123, poz. 1291, Nr 162, poz. 1691, Nr 210, poz. 2135, Nr 263, poz. 2619 i Nr 281, poz. 2779 i 2781) w art. 26 wprowadza się następujące zmiany:

1) w ust. 1 po pkt 10 dodaje się pkt 11 w brzmieniu:

„11) wydatków poniesionych w roku podatkowym przez podatnika wykonującego zawód lekarza lub lekarza dentysty na realizację obowiązku doskonalenia zawodowego, o którym mowa w art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, z późn. zm.).";

2) po ust. 7h dodaje się ust. 7i – 7j w brzmieniu:

„7i. Za wydatki, o których mowa w ust. 1 pkt 11, uważa się wydatki poniesione na:

1) odpłatne doskonalenie zawodowe,

2) zakup wydawnictw fachowych, bezpośrednio związanych z wykonywaniem zawodu,

3) dojazd do miejsca odbywania kształcenia, położonego poza miejscowością stałego lub czasowego zamieszkania podatnika,

4) nocleg w hotelu lub innym obiekcie świadczącym usługi hotelarskie, położonym poza miejscowością stałego lub czasowego zamieszkania podatnika.

7j. Wydatki na cele wymienione w ust. 7i pkt 3 ustala się na podstawie ceny biletu na dojazd środkami transportu autobusowego lub kolejowego, a w razie dojazdu samochodem osobowym – na podstawie kosztów przejazdu w wysokości stanowiącej iloczyn przejechanych kilometrów przez stawkę za jeden kilometr przebiegu w wysokości ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 77^5 § 2 Kodeksu pracy.".

Art. 7.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2006 r.

REKLAMA

REKLAMA

Jeszcze o czasie pracy lekarzy

Marek Szewczyński

Słynne już orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawach SIMAP oraz Jaeger (sprawa Jaeger została szczegółowo przedstawiona w „GL" nr 4/2004) stały się początkiem ogólnoeuropejskiej debaty dotyczącej czasu pracy lekarzy, którzy zobowiązani są pełnić dyżury.

Stwierdzenie przez ETS, że dyżury należy w pełni zaliczać do czasu pracy, zostało z zadowoleniem przyjęte przez środowisko lekarskie, stawiając jednocześnie państwa członkowskie UE przed poważnym problemem związanym z koniecznością reorganizacji funkcjonowania służby zdrowia. Państwa członkowskie wskazywały, że wdrożenie przepisów o czasie pracy lekarzy zgodnych z linią orzecznictwa ETS-u spowoduje konieczność znacznego zwiększenia nakładów finansowych oraz dodatkowego zatrudnienia dużej liczby lekarzy (przy jednoczesnym ich braku na rynkach pracy wielu państw).

Biorąc pod uwagę, że obowiązujące przepisy unijne nie odnoszą się bezpośrednio do kwestii dyżurów lekarskich, państwa członkowskie nie wprowadziły dotychczas w ustawodawstwie zmian w zakresie czasu pracy lekarzy, pomimo jednoznacznej wykładni wynikającej z orzeczeń ETS-u. Nie ulegało jednak wątpliwości, że należy pilnie podjąć prace legislacyjne. W związku z tym Komisja Europejska rozpoczęła konsultacje z partnerami społecznymi, a 22 września 2004 r. przedstawiła projekt nowelizacji Dyrektywy, co rozpoczęło żmudny i, niestety, długotrwały proces uzgodnień. Ze względu na wagę sprawy wydaje się, że warto przyjrzeć się bliżej poszczególnym etapom wciąż nie zakończonego procesu legislacyjnego.

REKLAMA

Zaproponowane przez Komisję zmiany mają, zdaniem autorów, na celu z jednej strony zapewnienie odpowiednio wysokiego poziomu ochrony zdrowia pracowników, a z drugiej umożliwienie pracodawcom elastycznego zarządzania czasem pracy. Komisja wzięła też pod uwagę dokonaną przez ETS wykładnię przepisów dotyczących pojęcia czasu pracy. Propozycje Komisji zostały, zgodnie z obowiązującą procedurą, przedstawione do zatwierdzenia Radzie i Parlamentowi UE.

REKLAMA

Najistotniejsze rozwiązania projektu, na których koncentrowały się dalsze dyskusje, to:

– wprowadzenie nowych definicji: „czasu dyżurowania" oraz „nieaktywnej części czasu dyżurowania", i ustalenie, że nieaktywny czas dyżuru nie jest zaliczany do czasu pracy, chyba że przepisy krajowe stanowią inaczej,
– pozostawienie możliwości stosowania tzw. indywidualnego wyłączenia (*opt-out*), lecz przy zachowaniu bardziej surowych warunków (zgoda pracownika może być w każdej chwili cofnięta, obowiązuje maksymalnie 1 rok, po czym podlega odnowieniu, czas pracy można wydłużyć nie więcej niż do 65 godz. tygodniowo),
– możliwość wydłużania okresu rozliczeniowego w drodze ustawowej, po przeprowadzeniu konsultacji z partnerami społecznymi, do 12 miesięcy.

Przedstawione propozycje wywołały oczywiście szeroką dyskusję. Jeśli chodzi o kwestię dyżurów, wskazywano, że w wielu sytuacjach bardzo trudno będzie jednoznacznie określić, jaka część dyżuru stanowi nieaktywny czas pracy, a w wielu państwach może to być wykorzystywane do daleko idącego ograniczania części czasu dyżurowania zaliczanego do czasu pracy.

Rząd polski zajął jesienią 2004 r. stanowisko popierające propozycję możliwości wydłużenia okresu rozliczeniowego w drodze ustawy oraz propozycję nie wliczania do czasu pracy nieaktywnego czasu dyżuru. Jednocześnie rząd polski stwierdził, że Dyrektywa powinna upoważnić państwa członkowskie do określenia w ustawodawstwie krajowym minimalnej części dyżuru, która byłaby wliczana do czasu pracy, zaznaczając, że powinna to być możliwie jak najmniejsza część dyżuru, co podyktowane jest w dużej mierze względami ekonomicznymi. Zdaniem rządu obowiązujący w Polsce system konsultowania projektów ustaw z partnerami społecznymi zapobiegłby arbitralnemu, niekorzystnemu dla lekarzy, określeniu części dyżuru wliczanej do czasu pracy. Ponadto rząd postulował złagodzenie niektórych warunków stosowania tzw. indywidualnego wyłączenia.

Na tym etapie prac legislacyjnych stanowisko swoje przedstawiło oraz podjęło działania lobbingowe także szereg krajowych i międzynarodowych organizacji lekarskich, w tym polski samorząd zawodowy.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła 11 lutego 2005 r. stanowisko, że czas pełnienia dyżuru medycznego powinien być w całości traktowany jako czas pracy, a wymiar czasu pracy powinien wynosić 48 godz. tygodniowo. NRL opowiedziała się więc za pozostawieniem możliwości tzw. indywidualnego wyłączenia pod warunkiem, że wydłużenie czasu pracy za zgodą lekarza nie będzie mogło przekroczyć 65 godz. tygodniowo (włącznie z dyżurami), a lekarze nie wyrażający zgody na wydłużenie ich czasu pracy nie będą dyskryminowani. Mając na względzie obecny poziom zarobków w służbie zdrowia NRL wyraźnie podkreśliła, że wprowadzone zmiany nie mogą skutkować zmniejszeniem wynagrodzeń dyżurujących lekarzy.

Dalej idące stanowisko zajęła najbar-

dziej chyba znacząca europejska organizacja lekarska – Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME), która również będąc zdania, że czas pełnienia dyżuru powinien być w całości zaliczany do czasu pracy, zaapelowała o zniesienie możliwości stosowania tzw. indywidualnego wyłączenia w odniesieniu do lekarzy szkolących się (*doctor in training*).

Parlament Europejski podjął intensywne prace nad zaproponowanym przez Komisję Europejską projektem. Po dyskusji w ramach parlamentarnej Komisji Zatrudnienia i Spraw Socjalnych oraz niezliczonej ilości spotkań z przedstawicielami różnych grup społecznych, w tym z reprezentantami zawodów medycznych, Parlament Europejski przyjął po I czytaniu 11 maja br. rezolucję zatwierdzającą projekt Komisji, lecz przychylającą się do głosów środowisk medycznych i wprowadzającą bardzo istotne poprawki.

Po pierwsze, Parlament uściślił pojęcie „czasu dyżurowania" oraz „nieaktywnej części czasu dyżurowania" stanowiąc jednocześnie, że cały okres czasu dyżurowania, w tym jego część nieaktywna, powinien być uważany za czas pracy. Biorąc jednak pod uwagę argumenty państw członkowskich Parlament dopuścił odmienne obliczanie nieaktywnego czasu dyżurowania, o ile wynikać to będzie z układów zbiorowych lub innych przepisów krajowych. Ponadto dodany został przepis stanowiący, że w przypadku pracowników zatrudnionych na podstawie więcej niż jednej umowy o pracę czas pracy odpowiada sumie okresów przewidzianych w każdej z takich umów.

Po drugie, Parlament zgadzając się na możliwość wydłużania okresu rozliczeniowego do 12 miesięcy określił dodatkowe warunki, które należy spełnić.

Po trzecie, Parlament postanowił, że stosowanie tzw. indywidualnego wyłączenia możliwe będzie jedynie przez okres 3 lat od wejścia w życie nowelizacji.

Poprawki przyjęte przez Parlament spotkały się z aprobatą dużej części lekarzy. Jednakże proces legislacyjny w Unii Europejskiej jest dużo bardziej złożony niż tworzenie prawa w państwach członkowskich, a Parlament nie jest organem, do którego należy ostateczna decyzja. Projekt aktu prawnego wraz z opinią Parlamentu zostaje przedstawiony Radzie. Jednocześnie Komisja Europejska ma na tym etapie prawo przedstawić zmieniony projekt.

W omawianym przypadku Komisja z tego prawa skorzystała i 31 maja br. przedstawiła zmieniony projekt, w którym nie zgodziła się na proponowane przez Parlament zmiany dotyczące wliczania całego czasu dyżurowania do czasu pracy oraz odejścia w niedługim czasie od możliwości stosowania indywidualnego wyłączenia.

Komisja ponownie zaproponowała, aby nieaktywny okres czasu dyżurowania nie był uważany za czas pracy, chyba że przepisy krajowe stanowią inaczej. Komisja „złagodziła" swoje stanowisko dodając, że nieaktywnego czasu dyżuru nie można uwzględniać przy obliczaniu wymaganych okresów odpoczynku. Ponadto Komisja zaproponowała dłuższy niż 3 lata okres możliwości stosowania indywidualnego wyłączenia.

Zmieniony projekt wraz z opinią Parlamentu był przedmiotem obrad Rady podczas posiedzenia w dn. 2-3 czerwca br. Rada nie uzgodniła jednak wspólnego stanowiska i przekazała projekt do dalszych prac organowi pomocniczemu zwanemu COREPER (Komitet Stałych Przedstawicieli). Rada stwierdziła, że wciąż zachodzą poważne różnice w stanowiskach dotyczących możliwości stosowania indywidualnego wyłączenia oraz podkreśliła, że należy pilnie znaleźć kompromis w sprawie czasu dyżurowania.

Oznacza to, że nadal, niestety, trzeba będzie uzbroić się w cierpliwość w oczekiwaniu na ostateczne decyzje (możliwe dalsze etapy postępowania) i wciąż trudno wskazać, kiedy i w jaki sposób uregulowana zostanie ostatecznie sprawa dyżurów medycznych i maksymalnego wymiaru czasu pracy oraz jaki będzie to miało wpływ na warunki pracy lekarzy i ich zarobki.

Powyższa charakterystyka procesu legislacyjnego – zwięzła i nie poruszająca szeregu zaprezentowanych stanowisk – pokazuje chyba jak skomplikowaną sprawą jest uzgodnienie i przyjęcie przepisów prawnych w ramach Unii Europejskiej, zwłaszcza przepisów mających wpływ na tak istotne zagadnienie, jak funkcjonowanie służby zdrowia.

Warto jednak podkreślić, że w odróżnieniu od wielu innych projektów aktów prawnych Unii Europejskiej prace nad omawianą Dyrektywą i tak postępują dosyć szybko, co prawdopodobnie podyktowane jest wagą sprawy oraz nieuregulowanym, niejasnym stanem prawnym, którego nie da się utrzymywać przez dłuższy okres.

Autor jest prawnikiem, pracownikiem Biura Naczelnej Izby Lekarskiej.

REKLAMA

REKLAMA

Czy leżące na pograniczu nauki i edukacji oraz opieki zdrowotnej szpitale kliniczne mają szansę być kiedykolwiek dostrzeżone i zrozumiane przez polityków?

Dziesięć pytań o szpital kliniczny

Szczepan Cofta, Halina Bogusz

Niestabilność systemu opieki zdrowotnej to jeden z głównych problemów, o jaki potykają się dyrektorzy szpitali.

Choć sytuacja szpitali klinicznych wydaje się być dość zrównoważona, przede wszystkim ze względu na ich rangę, to jednak ważne jest podejmowanie refleksji, jaką rolę powinny one odgrywać i jaki powinien być kształt ich funkcjonowania.

To właśnie swego rodzaju zakwestionowanie rzeczywistości może być wkładem do twórczego poszukiwania optymalnej koncepcji szpitali klinicznych.

Pytanie 1

Co powinno stanowić prymat w wypełnianiu trojakiej roli szpitala klinicznego: nauka, dydaktyka czy świadczenie usług medycznych?

Komentarz: Bardzo ważne wydaje się określenie klarownych zależności między tymi funkcjami. Jest to istotne chociażby ze względu na konieczność określenia źródeł finansowania każdej z nich, a także zasad i poziomu szczegółowości wzajemnych rozliczeń między uczelnią medyczną a szpitalem klinicznym. Określenia wymaga również sposób prowadzenia i odpowiedzialność za badania kliniczne.

Pytanie 2

Jaka instytucja powinna być organem założycielskim szpitali klinicznych?

Komentarz:

1. Choć sprawa ta w chwili obecnej wydaje się być przesądzona, to jednak rzeczywistość wymaga zawsze twórczej weryfikacji. Ze spełnianiem roli organu założycielskiego związana jest odpowiedzialność, na przykład w zakresie inwestowania. Ważne jest określenie sposobu prowadzenia inwestycji na rzecz szpitali.

Inwestycje prowadzone przez organ założycielski niosą ze sobą ryzyko ograniczonej odpowiedzialności za zharmonizowanie jej z działalnością szpitala. Uczelnia jako organ założycielski może mieć zdecydowanie różne, a niekiedy sprzeczne z interesami szpitala priorytety. Należy myśleć o tym szczególnie w kontekście możliwości wykorzystania inwestycji dla udzielania świadczeń, co pozostaje głównym źródłem finansowania szpitala. Być może decyzje o inwestycjach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (rozbudowa oddziałów, nowa aparatura, rozszerzanie profilu działalności etc.) powinny być podejmowane z udziałem dyrekcji szpitala.

2. Dodatkowo wymagałoby sformułowania, jakie powinno być zaangażowanie otoczenia szpitala klinicznego, a więc samorządu województwa czy gminy, ministerstwa. Organy te – dysponując stosunkowo dużymi budżetami – w chwili obecnej zrzekają się jakiejkolwiek odpowiedzialności za wspieranie szpitali, których organem założycielskim, jest uczelnia – instytucja o budżecie często niższym niż szpitale. Nie należy zapominać, że szpitale kliniczne obejmują swoją opieką – niekiedy jako jedyne w danej dziedzinie – mieszkańców regionu czy miasta.

Pytanie 3

Jaka powinna być pozycja dyrekcji szpitala klinicznego?

Komentarz: Czy dyrektor szpitala klinicznego powinien być bezpośrednim przełożonym osób wybierających rektora uczelni, który go powołuje? Czy można pozbawiać go możliwości podejmowania decyzji co do doboru najistotniejszej części kadry kierowniczej szpitala? Wydaje się, że sytuacja obecna jest jedną z przyczyn paraliżu (lub niedowładu) zarządczego w szpitalach klinicznych.

Pytanie 4

Pytanie o strukturę jednostek szpitala (oddziałów, pracowni, poradni)

Komentarz: Czy rzeczywiście szefowie klinik powinni być jednocześnie zwierzchnikami oddziałów, czy też należałoby dopuścić także inne rozwiązania organizacyjne? Czy w szpitalach klinicznych można kwestionować jedną z istotnych zasad: tyle praw, ile odpowiedzialności?

Pytanie 5

W jaki sposób w szpitalu klinicznym egzekwować respektowanie przez pracowników obowiązujących przepisów prawnych?

Komentarz: W szpitalach klinicznych z olbrzymią trudnością toruje sobie drogę świadomość konieczności przestrzegania wymagań prawnych. W części środowisk szpitali klinicznych pojawiają się problemy związane na przykład z uszanowaniem reguł dotyczących zamówień publicznych, konkursów prowadzonych np. przez izby pielęgniarskie, postępowaniami proceduralnymi. Wydaje się, że w wielu przypadkach samodzielność naukowa pracowników rozszerzana jest na niezależność od przepisów prawnych i reguł ekonomii. Problem ten jest bardziej złożony.

To z jednej strony problem jakości przepisów, z drugiej brak kultury praworządności. Jednak w szpitalach klinicznych wydaje się mieć swój wymiar szczególny.

Pytanie 6

Pytanie o zatrudnienie lekarzy w szpitalu klinicznym

Komentarz: Istotnym wyzwaniem jest konieczność stworzenia jednolitego sposobu zatrudniania lekarzy w strukturze akademii medycznej oraz szpitala klinicznego. Obecnie uczelnia ma możliwość obligować do zatrudniania w szpitalu bez ponoszenia odpowiedzialności za liczbę osób zatrudnionych oraz jakość wykonywanej pracy.

Powstają pytania o możliwość zatrudnienia kontraktowego, a także – co jed-

nak zależy od krajowego systemu opieki zdrowotnej – o możliwość dodatkowego wynagradzania za usługi wykonane poza systemem świadczeń ze środków publicznych. Obecny brak klarowności w sposobach zatrudniania jest jedną z kolejnych przyczyn paraliżu zarządczego.

Pytanie 7

Pytanie o system wynagradzania w szpitalu klinicznym

Komentarz:

1. Podstawowym problemem jest żenujący system wynagradzania, który bazuje – w odniesieniu do personelu akademickiego – na przekonaniu, że nie trzeba płacić dużo, gdyż ranga szpitala nie pozwoli ambitnym pracownikom zrezygnować z pracy oraz pozwala znaleźć dodatkowe źródła zarobkowania poza szpitalem.

2. Ponadto paradoksem jest, że gorszący jest gorset prawa o negocjacyjnym kształtowaniu płac przy zdecydowanie rosnącym w ostatnich latach budżecie szpitali. Brak optymalizacji systemu wynagradzania jest kolejną przyczyną paraliżu zarządczego.

3. Czy w szpitalu klinicznym łatwo szanować, dostrzegać i doceniać pracownika? Jakie jest znaczenie szkoleń?

Pytanie 8

Czy powinna istnieć możliwość wydzielenia części działalności szpitalnej poza struktury szpitala klinicznego?

Komentarz: Jednym z istotnych problemów jest określenie miejsca poradni przyklinicznych w systemie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w regionie. Być może warto byłoby rozważyć możliwość ich wydzielenia dla „ucywilizowania" sposobu działania. Ciągle powraca także problem ich referencyjności – czy mają być poradniami „pierwszego kontaktu specjalistycznego".

Pytanie 9

W jaki sposób stworzyć warunki do zdobywania dodatkowych środków za udzielanie świadczeń medycznych?

Komentarz: Przy tworzeniu uregulowań prawnych należy wziąć pod uwagę fakt marnotrawienia olbrzymiej części potencjału szpitali klinicznych, zarówno w zakresie wykorzystania sprzętu, łóżek, jak i możliwości ludzkich. W sytuacji naszego szpitala wykorzystanie jego możliwości określamy na ok. 70%.

Pytanie 10

Czy szpital kliniczny powinien mieć uprzywilejowane miejsce w systemie opieki zdrowotnej?

Komentarz: Pozostaje do rozstrzygnięcia, czy szpitale kliniczne powinny samym faktem ich specyfiki być korzystniej finansowane, jak to się dzieje w wielu krajach. Czy powinien zostać zachowany system referencyjności i jakie powinny być jego racje? Jakie naciski na płatnika są uprawnione (na przykład w związku z posiadaniem w strukturach specjalistów wojewódzkich bądź krajowych) i nie dyskredytują szpitali innego typu? A może jedyną racją uprzywilejowania byłaby wysokospecjalistyczność procedur w nich wykonywanych?

Na koniec jeszcze jedna kwestia:

Czy politycy w ogóle chcieliby coś w najbliższych latach uczynić ze szpitalami klinicznymi? Czy problemy szpitali klinicznych leżące na pograniczu dwóch różnych dziedzin – nauki i edukacji oraz opieki zdrowotnej – mają szansę być dostrzeżone i zrozumiane? Czy też przez specjalistów każdej z tych dziedzin będą uznawane za marginalne?

Szczepan Cofta jest naczelnym lekarzem w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 pod wezwaniem Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, a Halina Bogusz specjalistą ds. zarządzania jakością

REKLAMA REKLAMA

Przychodzi lekarz do prawnika

Pytanie lekarza: Czy pełnienie dyżuru medycznego jest świadczeniem zdrowotnym i czy w związku z tym należy stosować procedury konkursowe określone w rozporządzeniu ministra zdrowia z 13 lipca.1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. nr 93, poz. 592)?

Rozporządzenie to zobowiązuje SPZOZ-y do zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie konkursu ofert. Do tych zamówień, zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, art. 35 ust. 3 nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Jednocześnie art. 5 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych mówi, że w postępowaniach o udzielenie zamówienia, których przedmiotem są usługi zdrowotne, zamawiający może nie stosować przepisów ustawy dotyczących terminów, wadium itd.

Jakie przepisy należy stosować przy udzielaniu zamówienia na pełnienie dyżurów medycznych?

Art. 35 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej mówi, że SPZOZ może udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne m.in. niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej.

Jakie procedury należy stosować przy udzielaniu zamówienia na świadczenia zdrowotne samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej?

Odpowiedź prawnika: Pełnienie dyżuru medycznego jest rodzajem usługi polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Wybór trybu udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne polegające na pełnieniu dyżuru medycznego uzależniony jest od rodzaju wykonawcy tego rodzaju usług.

SPZOZ udziela zamówienia na świadczenia zdrowotne w trybie konkursowym określonym w art. 35 i art. 35a ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zm., dalej jako: u.z.o.z.), jeśli wykonawcą usług jest jeden z podmiotów wymienionych w art. 35 ust. 1 u.z.o.z. Przepis ten zawiera wykaz podmiotów, którym zamówienie musi zostać udzielone w trybie konkursowym opisanym w art. 35a u.z.o.z. Pozostali wykonawcy usług medycznych zleconych przez SPZOZ, np. lekarze nie prowadzący praktyki prywatnej, wyłaniani są w trybie uproszczonym, w drodze udzielenia zamówienia publicznego, na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 10 p.z.p.

Przy udzielaniu przez SPZOZ zamówienia na świadczenia zdrowotne innym samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej należy stosować przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych. SPZOZ przyjmujący zamówienie wyłaniany jest w trybie uproszczonym, w drodze udzielenia zamówienia publicznego, na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 10 p.z.p.

Pytanie lekarza: Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej ma podpisaną umowę z NFZ na realizację usług podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń specjalistycznych oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji.

Czy mogę świadczyć usługi medyczne odpłatnie, chodzi np. o świadczenia zdrowotne ginekologiczne i rehabilitacyjne? Czy świadczenia odpłatne powinny mieć oddzielną rejestrację? Czy pacjent korzystający z odpłatnych usług powinien podpisywać jakieś oświadczenia?

Usługi oferowane byłyby pacjentom, którzy z powodu np. zbyt małych limitów nie mogą mieć realizowanych usług wg skierowania RUM (NFZ).

Odpowiedź prawnika: Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, który ma podpisaną umowę z NFZ, nie może realizować zakontraktowanych usług odpłatnie pacjentom, którzy z powodu np. zbyt małych limitów nie mogą mieć realizowanych usług wg skierowania RUM (NFZ).

Każdy podmiot zawierający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest narzędziem realizacji zadań władz publicznych w zakresie sprawowania opieki zdrowotnej. Uzyskanie statusu świadczeniodawcy powoduje, że zakład opieki zdrowotnej staje się częścią publicznego systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Przyjęcie tej roli skutkuje nałożeniem obowiązku wypełniania jej zgodnie z warunkami i zasadami udzielania świadczeń zakreślonymi w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (u.ś.o.z.). Oznacza to m.in., że świadczenia opieki zdrowotnej nie określone w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie (art. 132 ust. 4 u.ś.o.z.).

Ustawodawca ustalił reguły działania systemu opieki zdrowotnej w ten sposób, że świadczeniobiorcy mają prawo do uzyskania od świadczeniodawców gwarantowanych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej. Prawo pacjenta odpowiada obowiązkowi świadczeniodawcy do udzielenia świadczenia gwarantowanego na zasadach określonych ustawą. Brak tu miejsca na rozwiązania nie przewidziane w ustawie, np. na opłaty za ominięcie kolejki. Sprzeczne z zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej są rozwiązania, które pozwalają np. na przyspieszenie udzielenia świadczenia za wniesieniem

stosownej opłaty. W tej kwestii zgłosił wątpliwości rzecznik praw obywatelskich co do zgodności z prawem tego rodzaju praktyk (wystąpienie z 10 października 2003 r. rzecznika praw obywatelskich do Jerzego Hausnera, wiceprezesa Rady Ministrów, ministra gospodarki, pracy i polityki społecznej, RPO-448906-XII/03/AR, a także wystąpienie z 18 listopada 2004 r. rzecznika praw obywatelskich do Marka Balickiego, ministra zdrowia, RPO-489694-XII/04/TG).

Rzecznik poparł stanowisko ministra zdrowia z 10 listopada 2004 r. „Obecne przepisy prawa nie dają podstaw do pobierania opłat przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej – od osób ubezpieczonych – za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. W szczególności nie jest możliwe pobieranie opłat za „omijanie" list oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej opłaty od osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych mogą być pobierane jedynie wtedy, gdy odrębne przepisy przewidują ich pobieranie." (Komunikat Ministerstwa Zdrowia z 10 listopada 2004 r. w związku z licznymi pytaniami pacjentów dotyczącymi zapowiedzi pobierania opłat za leczenie przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dostępny na stronie internetowej ministerstwa pod adresem www.mz.gov.pl w zakładce „ogłoszenia i komunikaty").

Komunikat ministerstwa dotyczył wprawdzie publicznych ZOZ-ów, lecz jak już wspomniałam, z chwilą gdy niepubliczny zakład opieki zdrowotnej zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, podjął się realizacji zadań władz publicznych sprawowania opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Pełniąc funkcję publiczną musi poruszać się w granicach zakreślonych ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która statuuje warunki i zasady udzielania tychże świadczeń. Moim zdaniem, biorąc pod uwagę kryterium rodzaju świadczenia zdrowotnego, zarówno NZOZ-y nie mogą pobierać opłat od pacjentów ubezpieczonych za świadczenia zakontraktowane u nich przez NFZ, jak i nie mogą tego rodzaju praktyk stosować publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Jednocześnie tak samo publiczne, jak i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej mogą opierać opłaty za świadczenia ponadstandardowe (nie zakwalifikowane przez ustawę jako gwarantowane), wyłączone przez ustawę z refundacji ze środków publicznych.

Z uwagi na stan związania kontraktem z Funduszem, świadczeniodawca staje się swego rodzaju podmiotem pełniącym funkcję „publiczną", bo udzielającym świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W tym też duchu idą rozwiązania ustawodawcy, który przyznaje ochronę prawną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych osobie udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej poza siedzibą świadczeniodawcy (art. 55 ust. 5 u.ś.o.z.).

Nie jest więc prawdą jakoby to charakter placówki (publiczny czy niepubliczny ZOZ) decydował o legalności lub nielegalności odpłatnego leczenia pacjentów. Dla oceny legalności pobierania opłat istotny jest fakt związania kontraktem z NFZ i uzyskanie statusu świadczeniodawcy oraz rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, za które pobiera się opłaty, a konkretnie czy są to świadczenia objęte umową z Funduszem z zakresu tzw. świadczeń gwarantowanych.

Reasumując, na takich samych zasadach kształtuje się możliwość odpłatnego leczenia pacjentów przez publiczne jak i niepubliczne ZOZ-y.

Pobieranie nienależnych opłat od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie tylko może skutkować zerwaniem kontraktu i nałożeniem kary umownej, lecz przede wszystkim zagrożone jest karą grzywny (art. 193 pkt 4 u.ś.o.z.).

Odpowiedzialności karnej podlega także ten, kto pobiera nienależne opłaty działając w imieniu osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej. Orzekanie w tych sprawach następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

Zapadł już pierwszy wyrok w sprawie poniesienia odpowiedzialności karnej dyrektora szpitala w Białymstoku za pobieranie nienależnych opłat od ubezpieczonych pacjentów. Sąd grodzki uznał, że dyrektor Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Białymstoku złamał prawo wprowadzając opłaty za udzielenie świadczenia poza kolejnością.

Tak długo, jak obowiązująca ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie przewiduje odpłatnego udzielania świadczeń gwarantowanych osobom uprawnionym, tak długo nie będzie możliwe odpłatne ich wykonywanie przez świadczeniodawców ponad limity zakontraktowane przez NFZ.

opr. Tamara Zimna

Materiały udostępnione dzięki uprzejmości Domu Wydawniczego ABC, wydawcy CD-ROM-u „Serwis Prawo i Zdrowie": www.prawoizdrowie.pl

fot. Marek Stankiewicz

Debata

Pozwalam sobie przedstawić tekst wygłoszonego podczas konferencji pt. **„Pytania etyczne dotyczące biotechnologii prenatalnej”** znakomitego wykładu profesora **Bogdana Chazana** – wybitnego ginekologa. Autor omawia niezwykle ważne i trudne, a rzadko poruszane, problemy dotyczące pracy ginekologa.

Jerzy Umiastowski

Problemy bioetyczne w pracy lekarza ginekologa

Bogdan Chazan

Każda specjalność medyczna ma specyficzne dla siebie problemy natury etycznej. Prawdopodobnie przedstawiciel każdej z nich skłonny jest uważać, że wykonywanie jego/jej specjalności łączy się ze szczególnie trudnymi problemami etycznymi. Ja też tak uważam w odniesieniu do ginekologii i położnictwa i jestem pewny, że mam rację, bowiem zawód ginekologa i jego misja leży w centrum problemów etycznych dotyczących prokreacji. Tematyka jest obecnie szczególnie często dyskutowana w mediach, natomiast prawie zupełnie nieobecna na specjalistycznych położniczo-ginekologicznych konferencjach naukowych.

Rozwój biotechnologii sprawił, że będziemy mogli rozwiązywać wiele problemów medycznych z korzyścią dla naszych pacjentek i ich rodzin. Pojawiają się również zagrożenia, szczególnie dla ochrony życia człowieka i jego godności.

Dyskutowano tutaj o problemie klonowania. Jedni skłonni są uważać tę procedurę, także w odniesieniu do człowieka, za bardzo dobrze rokującą możliwość terapii, inni, których obawy podzielam, klonowanie reprodukcyjne uważają za niedopuszczalne wytwarzanie osoby ludzkiej, natomiast klonowanie terapeutyczne za tworzenie człowieka, by go zniszczyć dla potrzeb innej osoby. W medialnym zamęcie wokół komórek macierzystych traci się z pola widzenia realną możliwość uzyskiwania tych komórek z krwi pępowinowej lub od osób dorosłych. Jeden z moich przedmówców słusznie stwierdził, że określenie „klonowanie terapeutyczne” jest mylące, ponieważ obecnie nie stosuje się żadnej metody terapeutycznej opartej na tej technologii.

Kluczowe pytanie, jakie stawiamy na początku niemal każdej refleksji bioetycznej w położnictwie i ginekologii brzmi: Czym lub kim jest ludzki embrion? Jeżeli twierdzimy, że jest człowiekiem, wówczas nasze działania wobec embrionu ludzkiego są działaniami wobec człowieka. Jeżeli ktoś dojdzie do wniosku, że embrion nie jest człowiekiem, to również wyciąga z tego wnioski praktyczne.

Nauka i technologia medyczna współpracują ze sobą i współzależą od siebie. Medycyna praktyczna, której celem jest ochrona życia i zdrowia człowieka, czerpie swój potencjał z nauki, przetworzonej następnie w metody diagnostyki i terapii. Nie dzieje się to w próżni – w próżni etycznej, prawnej, naukowej, emocjonalnej, politycznej, kulturowej czy finansowej, w sferze wartości. Etyka powinna mieć nadrzędny wpływ na ten proces, chodzi przecież o nowe metody służące ochronie życia i zdrowia. Refleksja etyczna jest pochodną refleksji filozoficznej i z niej wynika następnie stanowisko prawne, które powinno być wtórne, a nie pierwotne wobec refleksji etycznej.

Dziecko w każdym okresie swego istnienia, począwszy od zapłodnienia, ma prawo do życia, do opieki zdrowotnej, do ochrony prawnej i do miłości. Wydaje się to oczywiste, jednak stwierdzić trzeba, że Przysięga Hipokratesa, która istnieje ponad 2 tysiące lat, została w końcu ubiegłego wieku po raz pierwszy zakwestionowana w tych fragmentach, gdzie mowa o zakazie wywoływania poronienia.

Zmiana wizerunku medycyny, nasycenie techniką, dehumanizacja kontaktu z pacjentem została już w położnictwie skutecznie oprotestowana. Międzynarodowy Kongres „Jakość Narodzin – Jakość Życia”, współorganizowany przez lekarzy, położne oraz przedstawicielki obecnych i przyszłych matek, zapoczątkował korzystne zmiany w stylu opieki okołoporodowej, która rzeczywiście zaczęła uwzględniać potrzeby rodzin. Czasem mam jednak wrażenie, że zmiany te są w gruncie rzeczy powierzchowne, za wprowadzeniem do sal porodowych firanek i muzyki nie poszła gruntowna zmiana podejścia do rodzącej matki i jej dziecka.

Położnictwo określa się jako medycynę perinatalną, zgubiono gdzieś matkę i macierzyństwo. Tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku” ma tylko 10 % szpitali położniczych w Polsce, ministerstwo nie wyrażało zainteresowania upowszechnieniem tej pożytecznej inicjatywy. O kobietach w ciąży ciągle piszemy jako o „przyszłych matkach”, chociaż zaprzestaliśmy pytać matkę o ruchy płodu, pytamy o ruchy dziecka.

Dużą wagę ma problem niepłodności. Dzietność kobiet w Polsce należy do jednych z najniższych w Europie. Pomimo to Ministerstwo Zdrowia nie finansuje żadnego programu polityki zdrowotnej ukierunkowanego na pierwotną profilaktykę w ochronie zdrowia matki i dziecka, w tym profilaktykę niepłodności. Za mało jest ośrodków zajmujących się kompleksowo tym zagadnieniem. Towarzyszy mu zwykle duże zaangażowanie emocjonalne niepłodnej pary. Lekarzy pracujących w tej dziedzinie powinna cechować szczególna dbałość o standardy etyczne i zawodowe. Przestajemy stopniować postępowanie diagnostyczne i lecznicze u pary z niepłodnością. Mamy tendencję do „pójścia na skróty”, od razu do rozrodu wspomaganego. Zbyt łatwo i za wcześnie przylepiamy kobiecie lub małżeństwu etykietkę bezpłodności. Rzadko proponu-

dokończenie na str. 32

Wysokie standardy bezpieczeństwa i higieny pracy korzystne dla małych i średnich przedsiębiorstw

Bezpieczne środowisko pracy to dobry interes

Jest ważne nie tylko dla dobrego samopoczucia pracowników, stanowi również podstawę sukcesu i zrównoważonego rozwoju przedsiębiorstw oraz w dalszej perspektywie rozwoju całej gospodarki.

Nowa strona internetowa uruchomiona przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy we współpracy z Centrami Informacji Europejskiej (Euro Info Centres) wyjaśnia, dlaczego bezpieczeństwo i zdrowie w pracy to dobry interes i jak to przełożyć na praktykę.

„Jeśli prowadzisz firmę, zwłaszcza małą, możesz błędnie założyć, że zapewnienie bezpieczeństwa i higieny pracy jest trudne i kosztowne" – mówi **Hans-Horst Konkolewsky**, dyrektor Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy. „W rzeczywistości jest zupełnie inaczej – przypadki przeanalizowanych przez nas firm wyraźnie pokazują, że wyższe standardy bezpieczeństwa i higieny przyczyniają się do wzrostu produktywności. Takie przesłanie chcielibyśmy przekazać firmom w całej Europie."

Maive Rute, przedstawiciel Komisji Europejskiej ds. małych i średnich przedsiębiorstw i dyrektor odpowiedzialny za sieć Centrów Informacji Europejskiej (Euro Info Centres), potwierdza wzrost zainteresowania kwestiami bezpieczeństwa i higieny pracy wśród małych i średnich przedsiębiorstw: „Małe firmy często mają problemy z «przełożeniem» i zastosowaniem nowych przepisów w praktyce. Łącząc doświadczenie i wiedzę, którymi dysponuje sieć Centrów Informacji Europejskiej oraz Europejska Agencja, możemy lepiej sprostać praktycznym potrzebom takich firm".

Nowa strona oferuje przegląd najnowszych badań nad biznesowymi aspektami bezpieczeństwa i higieny pracy, takimi jak np. społeczna odpowiedzialność biznesu, wpływ BHP na produktywność oraz bodźce ekonomiczne dla bezpieczeństwa i higieny pracy.

Ma ona jednak przede wszystkim wymiar praktyczny. Firmy, zwłaszcza małe i średnie, zyskują możliwość wglądu w szereg przykładów dobrych praktyk, które można z łatwością i przy niskim nakładzie kosztów wprowadzić w życie we własnej firmie. Strona zawiera także katalog przepisów BHP obowiązujących w poszczególnych państwach. Natomiast za pośrednictwem sieci Centrów Informacji Europejskiej firmy mogą znaleźć konsultantów we własnym kraju i regionie. Nowa usługa jest dostępna pod adresem **osha.eu.int/business**.

Więcej informacji: Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, Bilbao, Hiszpania;
e-mail: **kosarczyn@osha.eu.int**, tel: **+34 94 479 43 86**.

Marek Kosarczyn

REKLAMA REKLAMA

Problemy bioetyczne w pracy lekarza ginekologa

dokończenie ze str. 30

je się tradycyjne, również skuteczne metody leczenia niepłodności, finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zgodne z systemem wartości niektórych naszych pacjentek.

Funkcjonuje negatywny obraz macierzyństwa w mediach i w świadomości społecznej, obraz płodności jako niewygodnego balastu. Mówi się w pracach naukowych i podręcznikach o „zabezpieczeniu przed ciążą" jak przed chorobą przenoszoną drogą płciową. Rola środowisk medycznych w działaniach na rzecz odwrócenia niekorzystnej sytuacji demograficznej kraju polega na profilaktyce niepłodności, przekazywaniu społeczeństwu informacji o konieczności dbałości kobiety i mężczyzny o własną płodność, unikania chorób przenoszonych drogą płciową,. Naszym zawodowym obowiązkiem jest informowanie o związku niepłodności z odkładaniem zapłodnienia na późniejsze lata życia, dowartościowywanie rodzicielstwa.

Praca ginekologa i położnika w Polsce łączy się z zagadnieniami etycznymi również w innych obszarach.

Nie powinniśmy godzić się na to, że kobiety w naszym kraju częściej niż gdzie indziej umierają z powodu raka szyjki macicy i raka piersi. Od kilku lat trwają ponad głowami chorych kobiet spory lekarzy o programy profilaktyki i wczesnego wykrywania, a czas biegnie. Powstała nowa podspecjalność: ginekologia onkologiczna. Miejmy nadzieję, że problemy profilaktyki nie zostaną pominięte w jej programie.

Jednakowy dostęp do opieki prenatalnej dla każdej kobiety w ciąży fizjologicznej czy patologicznej to tylko teoria. W Warszawie funkcjonuje program skierowany do kobiet w ciąży, pokrywane są koszty Szkoły Rodzenia badań lekarskich laboratoryjnych i ultrasonograficznych. W innych częściach kraju kobiety płacą za edukację przedporodową, za badania ultrasonograficzne i inne. Funkcjonuje zasada trójstopniowego systemu opieki perinatalnej.

Kobiety z powikłaniami ciąży powinny być kierowane do ośrodków na trzecim stopniu referencyjnym. Jednak często w ośrodkach trzeciego stopnia brakuje odpowiednich urządzeń. W związku z tym dziecko o wadze 700-800 g rodzi się w szpitalu na pierwszym stopniu referencyjnym, noworodek musi być transportowany, co znacznie zmniejsza szanse jego przeżycia. Nieprawidłowe funkcjonowanie systemu opieki okołoporodowej stanowi ważne zagadnienie etyczne. Zwiększenie częstości wcześniactwa, które od kilku lat obserwujemy, powoduje wzrost wydatków państwa na opiekę zdrowotną oraz uniemożliwia realizację planów prokreacyjnych niektórych rodzin.

Dużo dyskutuje się o cięciach cesarskich wykonywanych na prośbę pacjentek. W niektórych oddziałach położniczych częstość cięć cesarskich wynosi 70%. Zdania na temat dopuszczalności takich praktyk są podzielone. Czy można dla wygody kobiety i lekarza przeprowadzać operację brzuszną dla urodzenia dziecka? Większość zgonów matek ma związek z cięciem cesarskim. Wykonywanie kolejny raz cięć cesarskich u tej samej kobiety naraża ją na coraz większe ryzyko powikłań. Cięcie oznacza też możliwość zaburzeń oddychania u noworodka. Z pewnością naszym obowiązkiem jest poinformować o korzyściach i ryzyku, i przedstawiać na zewnątrz wyważone opinie.

Problem etyczny stanowi stosowanie antykoncepcji hormonalnej, w tym po stosunku oraz antykoncepcji wewnątrzmacicznej. Obowiązkiem lekarza zapisującego te środki jest poinformowanie kobiety o mechanizmach ich działania. Dla niektórych kobiet możliwość hamowania procesu zagnieżdżania zarodka w błonie śluzowej macicy i następnie jego zniszczenia przez proponowany środek ma duże znaczenie. Lekceważące traktowanie przez niektórych kolegów pytań pacjentek o metody naturalnego planowania rodziny, udzielanie niezgodnych z prawdą informacji na temat skuteczności tych metod nasuwa pytanie o zasób wiedzy i przestrzeganie zasady „niedyrektywnego" poradnictwa w zakresie planowania rodziny. Ilustracją niefrasobliwego stosunku do tych problemów jest zamieszczenie w podręczniku dla studentów w rozdziale o antykoncepcji informacji na temat metod naturalnego planowania rodziny i poronnego środka RU 486. Obie te metody nie mają nic wspólnego z antykoncepcją.

W naszym Kodeksie Etyki Lekarskiej znajduje się klauzula sumienia. Pracujemy zwykle w zespołach i nie powinniśmy zapominać, że swoją klauzulę sumienia mają też pielęgniarki i położne, farmaceuci. O klauzuli sumienia można też mówić w odniesieniu do osób decydujących o podziale środków finansowych na opiekę medyczną. Trudnym problemem jest klauzula sumienia dotycząca ordynatora oddziału ginekologicznego czy położniczego. Ordynator może być zobowiązany przez prawo, jako funkcjonariusz publiczny, do polecania wykonywania w jego oddziale procedur, które naruszają jego sumienie. Klauzula sumienia dotyczy jego jako lekarza, ale już nie jako ordynatora? Ordynator ma dwa wyjścia: albo złożyć dymisję, albo postępować niezgodnie ze swoim sumieniem. Zgodnie z okólnikiem ministra zdrowia każdy oddział zobowiązany jest realizować postanowienia ustawy dotyczącej aborcji. Ordynator powinien tak zorganizować pracę swojego oddziału, by „prawa reprodukcyjne kobiet" były przestrzegane. Jeżeli tak, to droga do kariery zawodowej jest dla ginekologów przestrzegających zasady świętości życia zamknięta.

Przeszkody dla nich zaczynają się już przedtem. Opowiada się historię pewnej lekarki, znanej w środowisku ze swoich poglądów sprzecznych z wyznawanymi przez konsultanta wojewódzkiego, której na egzaminie specjalizacyjnym polecił wykonać ubezpłodnienie, wiedząc, że tego nie zrobi. Dlaczego uparła się, by zostać ginekologiem? To nie było rozsądne. Znam młodego lekarza, który jest „nierozsądny" i zdaje egzamin na rezydenturę w innym województwie, bo w regionie, w którym mieszka, nie widzi szans na wykonywanie zawodu zgodnie ze swoim sumieniem.

Nie da się mówić o etyce w położnictwie i ginekologii bez krótkiego choćby zwrócenia uwagi na diagnostykę prenatalną. Możliwości technologiczne diagnostyki stanu i rozwoju dziecka przed urodzeniem są coraz większe. Stwarza to możliwości leczenia płodu, farmakologicznego i chirurgicznego, wyboru miejsca i metody porodu. Trochę inną sytuację stwarza diagnostyka chorób genetycznie uwarunkowanych przy pomocy inwazyjnych metod, w drugim trymestrze ciąży. Uważa się, że kobiecie ciężarnej należy przekazać informację o celu badania, jego zakresie, ryzyku dla matki i dziecka, możliwości nieuzyskania wyniku badania i ryzyku pomyłki diagnostycznej. Nigdzie na świecie taka procedura nie jest obowiązkowa.

Uważam, że skierowanie na takie badanie nie powinno być potrzebne. To sami rodzice, po poinformowaniu, powinni zgłaszać chęć wykonania takiego badania. Wydanie skierowania przez lekarza zdejmuje z nich odpowiedzialność za poddanie się procedurze o określonym ryzyku dla życia, najczęściej zdrowego,

dziecka. Lekarz wydaje skierowania na zabiegi przywracające zdrowie. Ocena etyczna diagnostyki prenatalnej zależy więc od intencji rodziców. Jeżeli kobieta zgłasza się do ginekologa z wnioskiem o wykonanie diagnostyki prenatalnej, aby w przypadku rozpoznania nieprawidłowości rozwojowej płodu dokonać aborcji, wówczas ginekolog może uznać ten cel badania za nieetyczny.

W piśmiennictwie ginekologicznym można spotkać pogląd, że w wielu przypadkach diagnostyka prenatalna jest korzystna dla płodu, bo nie dopuszcza do urodzenia dziecka z ciężkimi wadami rozwojowymi, które mogą spowodować zgon po porodzie lub życie w cierpieniu. Uważa się więc, że ciężko uszkodzone dziecko ma prawo, aby się nie urodzić. Dotykamy tu problemu jakości życia oraz bezwzględnej wartości życia. Autorytatywnie chcemy decydować, i to z pobudek humanitarnych, że życie określonego dziecka nie ma wartości. Powoli aborcja przeniosła się na pierwsze tygodnie życia po urodzeniu i w Holandii praktykuje się eutanazję u chorych niemowląt. Czymś innym jest jednak uśmiercenie dziecka niż zaniechanie uporczywej terapii w beznadziejnym przypadku. Panuje moda na diagnostykę prenatalną, dziecko musi udowodnić że jest zdrowe, aby mogło się urodzić. Możemy mówić o eutanazji prenatalnej, której motywem jest prawo do posiadania zdrowego dziecka. Pewnie przesadzam doszukując się analogii w motywacji do eutanazji u ludzi starszych, którą może być prawo do posiadania zdrowego dziadka.

Możemy zastanowić się nad dzisiejszą misją zawodu ginekologa. Może czas wrócić do naturalnych związków tego zawodu z macierzyństwem, pojmowania swoich obowiązków jako obrońców matek i ich dzieci, opiekunów i powierników całych rodzin w trudnym nieraz okresie ciąży i porodu. Czy może cieszyć coraz bardziej widoczne sytuowanie naszego zawodu jako wyręczających naturę w powstawaniu życia, selekcjonerów dzieci zdrowych i chorych, kontrolerów jakości procesów prokreacji, sędziów podejmujących jednoosobowo decyzje o życiu lub śmierci człowieka i wreszcie wykonawców wyroku?

Tak nie chcą nas widzieć nasze pacjentki. Sami możemy zadbać o to, by szkolenie lekarzy, ich praca zawodowa nie łączyła się z bolesnymi dla niektórych z nich konfliktami sumienia. Zdrowie i życie naszych pacjentów powinno być naszą powinnością. W żadnej specjalności nie jest to tak oczywiste jak w położnictwie i ginekologii.

Bogdan Chazan

REKLAMA
REKLAMA

@sculap.pl
Goniec Medyczny

• **Prywatne ubezpieczenia dopiero za 4 lata?** „Czas na wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przyjdzie za cztery lata, po wcześniejszej naprawie obecnego systemu" - twierdzi minister zdrowia prof. Zbigniew Religa. • **Zaczyna brakować lekarzy i pielęgniarek.** W opolskich szpitalach zaczyna brakować lekarzy i pielęgniarek, a część ich dyrektorów ratunku szuka za wschodnią granicą. „Byłem już na Ukrainie, by zaprosić pielęgniarki, ale bez efektu" - informuje jeden z dyrektorów. • **Zaciskanie pasa (na szyi).** W 2006 r. mazowieckie dostanie z NFZ mniej pieniędzy na leczenie niż w obecnym roku - informuje Mazowiecki Urząd Marszałkowski. Środki na szpitale będą mniejsze o 76,4 mln zł, ograniczeniu ulegną także fundusze na leczenie wysoko specjalistyczne i specjalistyczną diagnostykę, a także na POZ, leczenie stomatologiczne, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i profilaktyczne programy zdrowotne. Problem może być również z zabezpieczeniem środków na ratownictwo medyczne i transport sanitarny. Dyrektor mazowieckiego oddziału NFZ Andrzej Jacyna zapowiedział, że będzie musiał zaproponować szpitalom nieznaczne obniżenie ceny i liczby wykonywanych w przyszłym roku świadczeń. • **Zapłacimy, jeśli pacjent przeżyje.** NFZ zaproponował, żeby w przyszłym roku w ramach kontraktów ze szpitalami płacić tylko za tych pacjentów, którzy na oddziałach intensywnej terapii będą leczeni dłużej niż 12 godz. • **Będziemy negocjować z centralą.** Porozumienie Zielonogórskie (PZ) chce negocjować kontrakty na 2006 r. z centralą NFZ, a nie na poziomie poszczególnych oddziałów Funduszu. „W krajach UE na POZ przeznacza się średnio ok. 20% całości nakładów na służbę zdrowia - w Polsce ok. 11%. Naszym zdaniem 16% to minimum, by POZ funkcjonowała bez problemów" - dodatkowo informuje rzecznik PZ Robert Sapa.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 120 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl.
Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy

lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny portalu Esculap.pl
Dendrite International
www.esculap.pl, e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Uśmiechnij się!

fot. Marek Stankiewicz

Zostawmy wybory, zostawmy NFZ, zostawmy problemy codziennego dnia, porozmawiajmy o... uśmiechu.

Czy zastanawiali się Państwo czym jest uśmiech?

Uczeni powiedzą, że to działanie grup mięśni mimicznych twarzy. I że zależy od reakcji w mózgu. Ale nie powiedzą dlaczego uśmiechamy się w określonej chwili. I dlaczego tak, a nie inaczej. To już jest świadomość, a o niej i my, i uczeni wiemy niewiele. I całe szczęście. Zresztą uważam, że od pewnych spraw uczonych lepiej trzymać z daleka...

Uśmiech jest domeną kobiet. One wiedzą, że stanowi ich ozdobę. Lubią, gdy ktoś powie, że mają piękny uśmiech, ale jednocześnie martwią się, że pomaga w powstawaniu zmarszczek. Satysfakcja i niezadowolenie. Czysta dialektyka. Kobiety opanowały do perfekcji sztukę obdarzania rozmówców uśmiechem zachęcającym i zalotnym, albo zimnym i trzymającym na dystans. Jak one to potrafią!

Są różne uśmiechy.

Istnieją te jedne jedyne, których właścicielem jest ktoś najdroższy. Ktoś, przy kim wszystko przestaje się liczyć, bo ważna jest tylko jego obecność, jego ręce i uśmiech właśnie. Uśmiech znaczący miłość. Uśmiech zastępujący słowa, także te najpiękniejsze... Nawet jeżeli pojawiają się łzy, ten uśmiech najszybciej pozwoli o nich zapomnieć.

Bywa uśmiech ironiczny, który boli i uśmiech radości, satysfakcji i uznania.

Jest ten najpiękniejszy uśmiech świata, uśmiech maleńkiego dziecka do matki, które jeszcze nic nie potrafi powiedzieć, ale matka rozumie je doskonale. I ten trudny do określenia, delikatny, wyrażający spokój i spełnienie, uśmiech kobiety trzymającej w ramionach to swoje wszystko.

Jest uśmiech ludzi pewnych siebie, zarozumiały, wyniosły i ironiczny.

Mamy też troskliwy i ten nerwowy maskujący niepokój i strach.

Bywa obłudny i nieszczery, który tak łatwo rozpoznać, bo drażni jak fałszywa nuta.

Uśmiech potrafi rozbroić złość i zacietrzewienie, albo wyrażać smutek, zniechęcenie i brak wiary.

Cały świat zna uśmiech Mony Lizy, tajemniczy, ledwie zaznaczony, delikatny, który tak frapuje. Jakże odmienny od tego, którego tak bardzo chce się słuchać, śmiech otwarty, perlisty, w którym jest szczerość, radość i optymizm.

Cronin napisał, że „uśmiech kosztuje mniej od elektryczności i daje więcej światła"... *A Victor Hugo,* „że uśmiech jest jak słońce, które spędza chłód z ludzkiej twarzy".

Uśmiech może być rzeczą najtrudniejszą w życiu, „gdy w sercu jest ból". *Uśmiech pomaga – może nie zapomnieć, ale ukryć niepowodzenie. Stefan Żeromski dodał, że* „cierpienie i rozkosz wewnątrz być winny. Na zewnątrz winien być stan nieodmienny uśmiechu". *Łatwo powiedzieć...*

Czy jednak mamy rację w gloryfikowaniu uśmiechu? Ernest Hemingway twierdził, że nie. „Ze wszystkich zwierząt jeden człowiek umie się śmiać, choć on właśnie ma najmniej powodów". *Ten twardy mężczyzna bał się śmiechu? Może go demaskował?*

Chamfort jest zdania, że „najbardziej straconym dniem dla człowieka jest dzień, w którym się nie śmiał".

Oskar Wilde radzi uśmiechać się na wszelki wypadek, bo „śmiech nie jest wcale złym początkiem przyjaźni, a na pewno jej najlepszym zakończeniem".

Nie lekceważmy uśmiechu. Z nim naprawdę nam do twarzy. I łatwiej żyć. Uśmiechajmy się. To tak niewiele i tak dużo. Uśmiechnij się do tej osoby, którą rano widzisz w lustrze. Powiedz jej: „Hej ty, będzie dobrze!"

Zresztą jak wiele wieków temu przepowiedział Zaratustra: „Przyszłość należy do lwów, które umieją się śmiać"...

Andrzej Baszkowski

Postacie kobiece jako alegoria czterech części świata. Strona tytułowa Pharmacopea Royale.

Rewolucję wymyślają romantycy, realizują fanatycy, a korzystają?...

Krzysztof Makuch

Tymi słowami skomentował nastroje na Ukrainie dr Aleksander Wróblewski, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycznego w Kijowie.

Rok temu, 21 listopada, kiedy w programie telewizyjnym Canal 5 zobaczył, że po ogłoszeniu wyników sfałszowanych wyborów prezydenckich na Majdanie Niepodległości gromadzi się tłum mieszkańców Kijowa w obronie demokracji i prawdy, uwierzył w niepowtarzalną szansę uczestniczenia w tym historycznym wydarzeniu.

Drogą Olka podążyło tysiące Ukraińców w podniosłej atmosferze i poczuciu godności w walce o słuszną sprawę. Walkę z reżimem umacniało powstanie

Prezydent Wiktor Juszczenko w klinice dr. Aleksandra Wróblewskiego

Komitetu Ocalenia Narodowego koordynującego organizację protestu oraz unikanie prowokacji. Po kilku dniach Majdan zapełnił się setkami tysięcy ludzi z całej Ukrainy, wieloma dziennikarzami, a protestujący otrzymywali dowody wsparcia od całego demokratycznego świata.

Jako pierwsi na Majdanie Niepodległości pojawili się Polacy i wśród pomarańczowych barw polskie flagi przypominały o roli naszego kraju w uwalnianiu Europy od komunistycznego totalitaryzmu.

Bardzo ważną rolę w Komitecie Ocalenia Narodowego odegrała Służba Medyczna, którą kierował prof. Mykoła Poliszczuk, znany chirurg, opozycyjny polityk, przewodniczący Komisji Zdrowia Matki i Dziecka ukraińskiego parlamentu (Dumy), przyjaciel polskich lekarzy na Ukrainie, a po zwycięstwie Pomarańczowej Rewolucji minister w rządzie Julii Tymoszenko. W czasie naszych spotkań w Kijowie oraz w Naczelnej Izbie Lekarskiej prof. Poliszczuk szukał rozwiązań służących reformie ochrony zdrowia na Ukrainie oraz roli samorządu zawodowego lekarzy w tym procesie. Jako minister wykorzystał te doświadczenia do budowy systemu prawnego Ukrainy.

Jest pierwszym ministrem zdrowia kraju byłego Związku Radzieckiego, który przygotował i przeprowadził przez Radę Ministrów ustawę o samorządzie zawodowym lekarzy Ukrainy (czeka na uchwalenie przez Dumę). Niestety, rozłam w ekipie rządzącej, dymisja rządu Julii Tymoszenko, planowane na marzec wybory parlamentarne mogą opóźnić przyjęcie ważnej dla środowiska lekarskiego ustawy.

W czasie Pomarańczowej Rewolucji do kilkudziesięciu punktów medycznych zgłaszały się dziennie setki pacjentów z obu stron barykady, wyczerpanych fizycznie i psychicznie napiętą sytuacją oraz śnieżną i mroźną pogodą oraz bezdomni, uzyskując nie tylko fachową poradę, ale i moralne wsparcie.

Wśród wyróżnionych przez prezydenta Wiktora Juszczenkę za udział w Pomarańczowej Rewolucji znaleźli się lekarze, a wśród nich Aleksander Wróblewski.

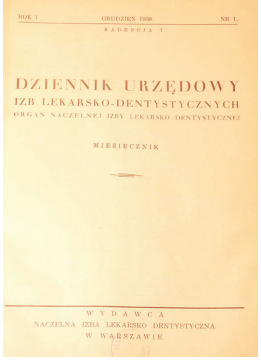
Wyrok sądu o unieważnieniu wyników wyborów zakończył pierwszy etap walki o demokrację i historyczny zryw narodu ukraińskiego na Majdanie Niepodległości. Znacznie trudniejszy był nadzór nad powtórzoną II turą wyborów, w której oprócz licznych obserwatorów zagranicznych ogromną rolę odegrali bohaterowie z Majdanu Niepodległości. Aleksandrowi przyszło spędzić Wigilię w odległym Mariupolu, jednej z twierdz „biało-błękitnych". I choć w grupie obserwatorów był jedynym katolikiem, koledzy zorganizowali uroczystość łamiąc się chlebem, pełną ciepła i świątecznych życzeń.

W rok od tamtych historycznych wydarzeń pozostaje duma z udziału w nich. I choć oczekiwania i obietnice polityków były znacznie większe niż ich spełnienie w rzeczywistości pełnego bolączek dnia dzisiejszego, to jednak nic nie powinno zawrócić Ukrainy z drogi do prawdziwej demokracji i wspólnej Europy. Kiedy przypominamy sobie naszą drogę do wolności, 25-lecie powstania „Solidarności", 21 postulatów sierpniowych i ten 16 mówiący o godziwych warunkach pracy i płacy pracowników służby zdrowia, warto docenić tych, którzy ten proces przeprowadzili i zastanowić się jak wiele jeszcze przed nami.

Na Majdanie Niepodległości. Aleksander Wróblewski w środku

Strach przed Krankenkasami

Zygmunt Wiśniewski


DZIENNIK URZĘDOWY
IZB LEKARSKO-DENTYSTYCZNYCH
ORGAN NACZELNEJ IZBY LEKARSKO-DENTYSTYCZNEJ
MIESIĘCZNIK
WYDAWCA
NACZELNA IZBA LEKARSKO DENTYSTYCZNA
W WARSZAWIE

Kasy chorych szły do Polski z Zachodu.

Do dzielnic centralnych II Rzeczypospolitej dotarły z Poznańskiego, kiedy wprowadzono je dekretem o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby w 1919 r., a następnie potwierdzono ustawą z 1920 r. Na ziemiach b. zaboru pruskiego istniały od lat osiemdziesiątych XIX w. W Galicji (w b. zaborze austriackim) wykształciły się z 10-letnim opóźnieniem. W Królestwie (w b. zaborze rosyjskim) organizacja kas chorych była opóźniona o dwudziestolecie i następowała dopiero w Polsce niepodległej.

Miały być błogosławieństwem dla niezamożnych ludzi utrzymujących się z pracy najemnej. Ci przyjęli je w pierwszych latach niepodległości z rezerwą, bo kazano im pokrywać składkę w wysokości 2 proc. zarobków. Niezadowoleni byli też pracodawcy, którzy musieli wpłacać równowartość 3 proc. zarobków swych pracowników. Ponieważ przychody kas były zbyt małe – składkę podwyższono z 5 do 6,5 proc.

Najbardziej dotknięci byli lekarze, którzy – jak obliczono – otrzymywali za porady pacjentom kas chorych świadczone w ambulatoriach i gabinetach prywatnych zaledwie 20, a w najlepszym razie 25 % tego, co inkasowały kasy chorych. A że działo się to w latach 1920-23, przy szalejącej inflacji dochodzącej do 50 proc. miesięcznie, lekarze – otrzymujący honoraria z 6-8 tygodniowym opóźnieniem – brali symboliczne złotówki.

To ten czynnik ekonomiczny doprowadził przed 1 stycznia 1923 r. lekarzy z woj. poznańskiego i pomorskiego do buntu przeciwko kasom chorych. Sprzeciw wyraził się przy dotkliwej krzywdzie ekonomicznej, ale jego powody i korzenie sięgały głębiej. Kasy chorych (Krankenkasy) doprowadziły do degradacji ekonomicznej, upadku prestiżu społecznego i zakwestionowania samej istoty wolnego zawodu lekarza. Dlatego sprzeciw przyjął formę zorganizowaną i kierowany był przez Związek Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej (w regionalnej strukturze przez Związek Lekarzy Polski Zachodniej).

„Nowiny Lekarskie", pismo wychodzące w Poznaniu i wyrażające m.in. stanowisko Związku Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej, obliczyło, że lekarz na kontrakcie kasy chorych za jedną konsultację inkasował honorarium, za które mógł nabyć na początku 1921 r. 5 funtów chleba i półtora funta słoniny. W dwa lata później, a więc na początku 1923 r. za jedno honorarium mógł kupić już tylko 2 funty chleba i 15 dkg słoniny, a więc w przypadku chleba 3-krotnie, a w przypadku słoniny 10-krotnie mniej.

W takiej sytuacji ekonomicznej lekarze z województw poznańskiego i pomorskiego po raz pierwszy w 20-leciu międzywojennym nie podpisali na rok 1923 umów z kasami chorych. Nastąpił tzw. stan bezkontraktowy. Lekarze Polski Zachodniej, niemal jak proletariusze, przekazali swoje interesy ekonomiczne związkowi zawodowemu – Związkowi Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

Na czele Związku Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej stał znany poznański lekarz prof. Adam Karwowski, który w roku 1925 w Warszawie, w odczycie, który wygłosił na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich, przestrzegał lekarzy z Polski centralnej przed niszczącą polityką kas chorych. W Warszawie, na Mazowszu i na terenach wschodnich Rzeczypospolitej kasy dopiero raczkowały, a rejon Wielkopolski i Pomorza miał już za sobą bogate i nieciekawe doświadczenia.

Prof. Karwowski, nawiązując do stanu sprzed okresu kas chorych, mówił, że wysiłek lekarzy mógł kierować się w stronę pacjenta i pogłębiania wiedzy. Zapewnienie bytu materialnego nie było sprawą pierwszoplanową i zależało tylko od „dzielności jednostki". Zmieniło się wraz z nastaniem kas chorych.

Opisywał je w kategoriach klasowych. „Instytucje te, najwięcej protegowane przez przeciwników kapitalizmu, stały się urządzeniami kapitalistycznymi, starającymi się z natury rzeczy wyzyskać prace swych pracobiorców, czyli lekarzy." Kasy – wg Karwowskiego – prowadzą akcję uzależniania lekarzy kilkoma sposobami. Pierwszym były niskie honoraria. Drugim – ograniczony dostęp do zawodu. Kolejnym – zredukowanie lekarza do roli urzędnika podległego zarządom kas chorych. Za uwłaczającą lekarzom uznał sytuację, kiedy muszą oni zabiegać o względy urzędników kas chorych w obawie przed utratą posad i kontraktów.

Profesor z Poznania odnotował też kolejne zjawisko: pozornego nadmiaru lekarzy przy obiektywnie wysokiej licz-

REKLAMA REKLAMA

bie pacjentów przypadających na jednego medyka. Wtedy, w roku 1925 lekarzy kształcono już na 5 polskich uniwersytetach i rocznie przybywało ich od 400 do 500. Był to nadmiar pozorny, bo np. w roku 1926 w Polsce centralnej na jednego lekarza przypadało 3000 osób, podczas gdy np. w Niemczech tylko 400. Ten nadmiar pacjentów wziął się także z prosocjalnych rozwiązań ustawy sejmowej, którą objęto także rodziny ubezpieczonych. Szacowano, że na jednego pracującego i płacącego składkę przypadają dalsze trzy osoby z jego rodziny.

Kasy chorych szukały ograniczeń wydatków przede wszystkich w honorariach lekarskich. Dla uzupełnienia poprzednich przykładów można przytoczyć za Karwowskim, że w końcu roku 1923, przy szalejącej inflacji, kiedy do marek polskich dopisywano kolejne zera – za konsultację należało się lekarzowi 109 000 mk, a bilet tramwajowy kosztował wtedy 80 000 mk.

Kolejne ograniczenie, które kasy usiłowały narzucić lekarzom – to ordynowanie leków. W instrukcji urzędowej kas chorych dla lekarzy pisano bez ogródek, że lekarz przed wypisaniem recepty powinien się zastanowić, czy choremu w ogóle potrzebne jest przepisane lekarstwo.

„Naturalnie ma prawo chory do tego, by otrzymać lekarstwo niezbędne, jednakże dbać należy o to, aby przy wyborze środków leczniczych jak najmniej obarczać kasy wydatkami."

Lekarze kas chorych mogli oczywiście kontynuować dawną lub otwierać nową praktykę prywatną. Kogo było na nią stać? Lekarze nie kryli, tak jak dawniej, liczyć mogliby na ludzi zamożnych. Ustawa sejmowa z 1920 r. równała jednak biednych z zamożnymi, sprawiając, że wszyscy stali się pacjentami lekarzy kas chorych.

„Nowiny Lekarskie" w roku 1924 piszą o niesprawiedliwych skutkach ustawy. „Przyczyną tego smutnego zjawiska jest niszcząca ustawa, obejmująca w systemie kas chorych ludzi majętnych i bogatych, dla których prywatne leczenie nie stanowiłoby poważniejszego uszczerbku w ich budżecie. Oni, płacąc składki do kas chorych, nie pozostające w żadnym stosunku do ich dochodów, narażają kasy na trudności finansowe. Kasy zaś uszczuplają honoraria lekarskie."

Tu dodać też trzeba, że honoraria prywatne także zmniejszyły się o połowę.

Całe to zjawisko podsumuje prof. dr Adam Karwowski dobitnym stwierdzeniem: „Przymus ekonomiczny prowadzi lekarzy do proletaryzacji, a ta do upadku etyki i godności zawodu".

REKLAMA
REKLAMA

Mazurska Szkoła **USG** i **Ginekologii**. Kursy:
- **1-4.12.2005 r.** ***Endokrynologia praktyczna dla ginekologów*** cz. I
- **4-7.01.2006 r.** ***Echokardiografia płodowa, ciąża mnoga, badania dopplerowskie w położnictwie***

Rezerwacja udziału w kursie następuje w wyniku dokonania wpłaty zaliczki w wysokości 30 % wartości kursu na miesiąc przed każdą edycją. Informacje: www.usg.pisz.pl, tel. 0504-075-804 – pn.-pt., godz. 9.00-16.00, tel./fax 0-87-423-36-57 – Marlena Boroń.

- **9-10.12.2005 r.** Warszawa. VIII Ogólnopolskie Forum **Prawniczo-Medyczne**. Informacje: Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o., tel. 0-22-877-28-60, 0-22-836-04-16, fax 0-22-862-10-50, www.abacus.edu.pl, e-mail: abacus@abacus.edu.pl

- **10.12.2005 r.** ***Leczenie* endodontyczne *na jednej wizycie. Odbudowa zębów po leczeniu endodontycznym za pomocą wkładów koronowo korzeniowych z włókien szklanych***. Wpłaty na konto: ING Bank Śląski S.A. 90 1050 1575 1000 0022 5770 4359, z podaniem na przekazie imienia i nazwisko wpłacającego i nazwy kursu. Informacje: ESDENT, ul. Pomarańczowa 8, 54-058 Wrocław, tel. 0-71-353-83-51, 0695-544-449, www.ede.pl

- **10-11.12.2005 r.** Gdynia. Polskie Towarzystwo Medycyny i Techniki **Hiperbarycznej** zaprasza na VII Międzynarodową Konferencję Naukową. Informacje i zgłoszenia: Zakład Medycyny Morskiej WIM, 81-103 Gdynia 3, skr. poczt. 18, ul. Grudzińskiego 4, tel./fax 0-58-726-24-05, tel. 0-58-726-65-23, e-mail: nurdok@o2.pl

- **14.01.2006 r.** Warszawa. Hotel Westin. I Konferencja Naukowa Instytutu **Aterotrombozy**: ***Aterotromboza – prewencja i terapia***. Gość specjalny konferencji prof. Keith A.A. Fox z Cardiovascular Research Department of Cardiology Royal Infirmary of Edinburgh (GB) wygłosi wykład inauguracyjny pt. ***Potential scope for new approaches in atherothrobmosis***. Udział bezpłatny. Formularz rejestracji z zaproszeniem wysyłany faksem, rejestracja na: www.aterotromboza.org.pl. Informacje: Instytut Aterotrombozy 02-737 Warszawa, ul. Niedźwiedzia 29b, Marzena Jaworska, tel./fax 0-22-853-72-64, kom. 0600-412-356, marzena.jaworska@aterotromboza.org.pl

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii** (rok zał. 1993). Szkolenia podstawowe:
- **17-20.01.2006 r.** ***Diagnostyka USG jamy brzusznej***
- **10-12.01.2006 r.** ***Diagnostyka USG tarczycy, przytarczyc i ślinianek***
- **13-15.12.2005 r., 24-26.01.2006 r.** ***Kompleksowa diagnostyka gruczołu piersiowego***
- **12-13.12.2006 r., 9-10.01.2006 r.** ***Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie***
- **11-13.01.2006 r.** ***Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci***
- **16-17.01.2006 r.** ***Diagnostyka USG w pediatrii***
- **23-27.01.2006 r.** ***Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA*** – kurs podstawowy
- **13-15.02.2006 r.** ***Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA*** – kurs doskonalący

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

Medyczne Szkolenia **Podyplomowe** PAKT.
- **19-20.01.2006 r.** Kurs **USG**: ***staw biodrowy***
- **22-23.04.2006 r.** Ustroń Śląski. ***Bark w ortopedii i rehabilitacji***, pkt-y edukac.
- **12-14.05.2006 r.** Ustroń Śląski. ***Osteoporoza***: wykłady i warsztaty dla lekarzy rodzinnych, pkt-y edukac.
- **25.03.2006 r.-10.2007 r.** Katowice. ***Chiropraktyka*** (praktyczne wykorzystanie)

Informacje: MSP PAKT ul. Kopernika 8/2, 40-064 Katowice, www.msp-pakt.med.pl, tel. 0-32-251-22-64.

- **20-21.01.2006 r.** Warszawa. Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Klinicznej w Polsce oraz Office for Human Research Protections z USA, z udziałem Odwoławczej Komisji Bioetycznej i AM w Warszawie, organizują konferencję nt. ***oceny* bioetycznej *badań klinicznych w Polsce***, adresowaną do członków komisji bioetycznych oraz badaczy i innych osób prowadzących badania kliniczne. Dla członków komisji bioetycznych udział bezpłatny. Informacje: www.gcppl.org.pl

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy praktyczno-teoretyczne w 2006 r.:
- **26-28.01.** ***Echokardiografia płodowa***
- **9-11.02.** ***Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie*** (dla zaawansowanych)
- **24-25.02.** ***Niepłodność – diagnostyka i leczenie***
- **23-25.03.** ***Diagnostyka ultrasonograficzna w urologii***
- **30.03-1.04.** ***Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych*** (dla początkujących)
- **20-22.04.** ***Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie*** (dla początkujących)

Pkt. edukac. Informacje i zapisy: 09-400 Płock, ul. Kwiatka 39/1, tel./fax 0-24-367-36-16, 601-345-372, 600-051-957, e-mail: mazowiecka@mszu.pl, www.mszu.pl

- **2-4.02.2006 r.** Kraków. Instytut Pediatrii, ul. Wielicka 265. XXX Jubileuszowa Konferencja Naukowa – Spotkania Kliniczne **Chirurgów Dziecięcych** z **Pediatrami** w 40 rocznicę działalności Polsko-Amerykańskiego Instytutu Pediatrii Wydz. Lek. UJ i Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie: ***Możliwości nowoczesnej diagnostyki leczenia i zapobiegania w chorobach wieku dziecięcego***. Udział nieodpłatny. Punkty edukacyjne. Zgłoszenia do 16.01.2005 r. Informacje: Biuro Konferencji ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków, pokój A 247, tel. 0-12-658-20-11 wew. 17-00, fax 0-12-658-44-46, www.spotkaniachirped.org, e-mail: biuro@spotkaniachirped.org

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej**. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne** w 2006 r.:
- **9-12.02.** ***Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych (tętnice szyjne i kręgowe, tętnice i żyły kończyn dolnych, aorta)***
- **9-12.03.** ***Echokardiografia***
- **17-19.03.** ***Ultrasonografia dopplerowska kończyn górnych, dolnych, aorty*** – doskonalący
- **23-26.03.** ***Ultrasonografia jamy brzusznej***
- **6-9.04.** ***Ultrasonografia w pediatrii***

Pkt-y edukac. Zajęcia w ośrodku szkoleniowym w Puszczykowie k. Poznania. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./fax 0-61-819-25-00, tel. kom. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

- **18.02.** i **22.04.2006 r.** Warszawa. Zakład Fizjopatologii Oddychania Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26. Szkolenie: **Spirometria** – ***zasady prawidłowego wykonania i interpretacji wyników***. Pkt. edukac. Koszt 300 zł od osoby. Informacje: 0-22-431-22-23, e-mail: fizpat@igichp.edu.pl

- **3-4.03.2006 r.** Łódź. Klinika Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych UM w Łodzi oraz Sekcja Psychogeriatrii PT Psychiatrycznego organizują V Łódzkie Warsztaty Szkoleniowo-Naukowe w **Psychogeriatrii**: ***Leczenie zaburzeń psychicznych wieku podeszłego – możliwości i ograniczenia***. M.in. sesje poświęcone: *- diagnostyce i leczeniu zaburzeń lękowych u osób w wieku podeszłym, - zastosowaniu leków przeciwpadaczkowych w leczeniu zaburzeń psychicznych wieku podeszłego, - zaburzeniom funkcji poznawczych w przebiegu chorób somatycznych (m.in. wątroby i nerek) i neurologicznych (guzy mózgu, wodogłowie normotensyjne), - łagodnym zaburzeniom poznawczym i neuropsychologicznej diagnostyce zaburzeń funkcji poznawczych, - postępowaniu z pacjentem pobudzonym*. Pkt-y edukac. W czasie Warsztatów odbędzie się zebranie członków Sekcji Psychogeriatrii i Choroby **Alzheimera** PTP. Zainteresowani przedstawieniem doniesień ustnych (15-20 min.) proszeni są o kontakt (najlepiej drogą e-mail: tmsobow@csk.am.lodz.pl). Zgłoszenia i streszczenia prac do 31.12.2005 r. na adres Kliniki. Zgłoszenia uczestnictwa (koszty uczestnictwa, obiady, bankiet, materiały): 100 zł do 31.01.2006 r., 120 zł do 15.02.2006 r., z adnotacją: Warsztaty psychogeriatryczne, na konto: Stowarzyszenie Przyjaciół Centralnego Szpitala Klinicznego, 92-216 Łódź, ul. Czechosłowacka 8/10, PKO BP S.A. III O/Łódź, ul. Piłsudskiego 153, nr 63 1020 3378 0000 1002 0011 2284. Noclegi we własnym zakresie: możliwa rezerwacja w miejscu obrad (ceny: 1-os. 110-130 zł, 2-os. 170-200 zł), tel. 0-42-635-54-90. Karta zgłoszeniowa na str. konferencji: www.csk.lodz.pl. Informacje: Klinika Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, tel. 0-42-675-73-7, fax 0-42-675-77-29.

• **17-18.03.2006 r.** Poznań. Sekcja **Reumatologiczna** Towarzystwa Internistów Polskich, Sekcja Medycyny Rodzinnej PT Reumatologicznego, Katedra i Klinika Reumatologiczno-Rehabilitacyjna i Chorób Wewnętrznych AM w Poznaniu organizują II Ogólnopolską Konferencję: ***Zespół antyfosfolipidowy***. Informacje: Komitet Organizacyjny Katedra i Klinika Reumatologiczno-Rehabilitacyjna i Chorób Wewnętrznych AM ul. 28 Czerwca 1956 r. 135/147, 61-545 Poznań, tel./fax 0-61-831-03-17, 0-61-831-02-71, e-mail: zimmermanngorska@hotmail.com, puszczewicz@hotmail.com

• **24-25.03.2006 r.** Poznań. Katedra i Klinika **Ftyzjopneumonologii** AM w Poznaniu oraz Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej organizują **III Repetytorium Pulmonologiczne**. Zapisy do 28.02.2006 r. Opłata: 150 zł (do 30 r. życia 70 zł). Wpłaty na konto: Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej, ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań WBK S.A. 82 1090 1362 0000 0001 0200 1772, z dop. „konferencja". Potwierdzenie zgłoszenia po wpłacie: tel. 8549-395, fax 8549-391, 8417-061 lub e-mail. Pkt-y edukac., certyfikat. Zgłoszenia: formularz rejestracyjny na str. kliniki: www.sk1.am.poznan.pl/ftyzjo (konferencja), e-mail: repetytoriumpoznan@poczta.fm, tel. 8549-395, fax 8549-391, 8417-061. Informacje: Sekretariat Konferencji – Katedra i Klinika Ftyzjopneumonologii AM w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 84, tel. 0-61-854-93-95, tel./fax 0-61-841-70-61.

• **31.03.2006 r.** Łódź. PT **Parazytologiczne**, Oddział w Łodzi Zespół **Mikologii** Komitetu Parazytologii II Wydziału PAN w Warszawie Zakład Biologii i Parazytologii Lekarskiej oraz Zakład Diagnostyki i Leczenia Chorób Pasożytniczych i Grzybic Katedry Biologii i Genetyki Medycznej UM w Łodzi organizują **XLV Dzień Kliniczny Parazytologii Lekarskiej**: ***Diagnostyka molekularna* chorób pasożytniczych *i* grzybic**, ***nowe możliwości terapii oraz inne zagadnienia mikologii i parazytologii***. Zgłoszenie udziału oraz tytułów wykładów lub doniesień w j. polskim i angielskim do 20.01.2006 r. do Komitetu Organizacyjnego: Zakład Biologii i Parazytologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny, plac Hallera 1, 90-647 Łódź, e-mail: katbiol@poczta.onet.pl. Informacje: www.indexcopernicus.com w dziale IC Conferences.

• **21-22.04.2006 r.** Białystok. Klinika **Chorób Zakaźnych** i **Neuroinfekcji** AMB organizuje V Ogólnokrajową Konferencję Naukowo-Szkoleniową nt.: ***Neuroinfekcje – immunologia, choroby odkleszczowe, szczepienia, zakażenia szpitalne***. Informacje: Komitet Organizacyjny Klinika Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji AMB, ul. Żurawia 14 blok E, 15-540 Białystok, tel. 0-85-740-95-14, 0-85-740-95-18, 0-85-740-95-15, e-mail: neuroin@amb.edu.pl

• **22-23.04.2006 r.** Ustroń. IV Konferencja Okrągłego Stołu: „***Bark w ortopedii i rehabilitacji***". Zgłoszenie uczestnictwa i nadsyłanie prac do 20.03.06 r. Kurs przeznaczony dla specjalistów: **ortopedii**, **traumatologii**, **rehabilitacji**, **neurologii**, **reumatologii** i **fizjoterapeutów**. Pkt. edukac. Koszt: 320 zł. Patronat: PT Ortopedii i Traumatologii. Szczegóły: www.msp-pakt.med.pl. Organizator: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2. Kontakt: Joanna Cybulska, tel/fax 0-32-2512-264, 0601-423-243, e-mail: medycznesympozja@poczta.onet.pl. Rejestracja: www.msp-pakt.med.pl

• **10-12.05.2006 r.** Popowo. XVI Konferencja: **Anestezjologia *i* intensywna terapia *pierwszej dekady***, przeznaczona dla ordynatorów i ich zastępców oraz spec. II° w anestezjologii i intensywnej terapii. Możemy przyjąć 150 osób. Pkt. edukac. Koszt: 565 zł brutto (zakwaterowanie, wyżywienie, bankiet i materiały), do 1.03.2006 r. – 495 zł (uczestnicy sponsorowani +22% VAT). Wpłaty na konto: Fundacja na Rzecz Bezpiecznego Znieczulenia, 02-062 Warszawa, ul. Zimorowicza 3 m. 3, ING BŚ O/Warszawa, nr 06 1050 1054 1000 0005 0149 6913. Zgłoszenia do 31.01.2006 r.: Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP SPSK 00-416 Warszawa, ul. Czerniakowska 231. Informacje: tel. 0-22-625-02-53, fax 0-22-625-04-84.

• **16-19.05.2006 r.** Kazimierz Dolny. Katedra i Zakład **Biologii** i **Parazytologii** Wydz. Lek. AM w Lublinie i Komitet **Zoologii** PAN organizują VIII Międzynarodowe Sympozjum: ***Stawonogi pasożytnicze, alergogenne i jadowite – znaczenie medyczne i sanitarne***. Termin nadsyłania streszczeń i pełnych prac: 1.03.06 r. Zgłoszenia do 30.04.06 r. Informacje: Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii Wydz. Lek. AM w Lublinie, tel./fax 0-81-532-90-51, e-mail: monika.stanislawek@am.lublin.pl

• **19-20.05.2006 r.** Puławy. Sekcja Ultrasonografii PT Ginekologicznego, I Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie i Stowarzyszenie „Zdrowie Kobiety" organizują interaktywny kurs szkoleniowy: ***Współczesna* ultrasonografia *i nowe aplikacje 3D USG w* ginekologii *i* położnictwie**. Informacje i zgłoszenia: I Klinika Ginekologii AM w Lublinie, tel. 0-81-532-78-47, fax 0-81-532-06-08, Internet: www.ginonkol.am.lublin.pl

• **2-4.06.2006 r.** Gdańsk. Ogólnopolski Zjazd Naukowy Sekcji **Geriatrycznej** PTL połączony z Sympozjum Sekcji **Toksykologii** Klinicznej PTL. Tematy wiodące: *postępy medycyny wieku podeszłego, działania niepożądane leków, psychogeriatria, opieka długoterminowa nad chorymi w wieku podeszłym, pielęgniarstwo geriatryczne, standardy toksykologii klinicznej*. Organizator: I Klinika Chorób Wewnętrznych i Ostrych Zatruć AM w Gdańsku. Tel. 0-58-349-28-31, email: klintox@amg.gda.pl, www.klintox.amg.gda.pl.

• **9-11.06.2006 r.** Warszawa. Klinika Chorób Wewnętrznych i Hematologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie organizuje Konferencję Szkoleniowo-Naukową: **Hematolog** ***przy łóżku chorego*** dla **lekarzy niespecjalistów**, **lekarzy rodzinnych** i **pielęgnarek** zajmujących się pacjentami z **chorobami krwi**. Informacje: prof. Kazimierz Sułek 0-22-681-71-60, tel./fax 0-22-610-83-90, e-mail: milhem@wim.mil.pl

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

IX Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i VI Ogólnopolskie Sympozjum „Immunoterapia swoista"

10-13 maja 2006 r., Wisła, Hotel „Gołębiewski"

Organizator Kongresu:

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Immunologii Klinicznej Śląskiej Akademii Medycznej

41-800 Zabrze, ul. 3 Maja 13-15,
tel. 0-32-271-81-10,
fax. 0-32-273-60-55
e-mail: b_rogala@pro.onet.pl,
www.kongrespta.pl

Zgłoszenia uczestnictwa:

Biuro Organizacyjne AltaSoft s. c.
40-955 Katowice, ul. Bytkowska 1B,
tel.: +48 32-259-83-99, fax:+48 32-259-83-98
e-mail: altasoft@altasoft.pl,
www.kongrespta.pl

Tematy wiodące:

- *Astma*
- *Alergiczne choroby górnych dróg oddechowych*
- *Immunoterapia alergenowa*
- *Alergozy skórne*
- *Alergie pokarmowe*
- *Diagnostyka alergii*
- *Zaburzenia odporności u dzieci i dorosłych*
- *Wybrane aspekty chorób autoimmunologicznych*

35 Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie

Gdynia 2005

Ogromny sukces sportowo-organizacyjny. 5 złotych, 6 srebrnych i 16 brązowych medali.

We wszystkich dotychczasowych mistrzostwach świata nie zdobyliśmy tak dużej liczby medali. W Pucharze Narodów Polska zajęła drugie miejsce przegrywając 2:1 po zaciętym meczu z doskonałą drużyną Włoch.

Cała 70-osobowa ekipa była bardzo skoncentrowana, żądna sukcesu, każdy zawodnik dał z siebie wszystko, a poziom pojedynków budził podziw widzów. W naszej ekipie panował wspaniały sportowy duch. Każdy pojedynek naszego zawodnika dopingowano. Dla przegranych przewidziano rywalizację w turnieju pocieszenia w grach singlowych, deblowych i mikstach.

Turniej rozegrano na pięknym obiekcie Arki Gdynia. Prezes Ryszard Krauze oddał nam bez żadnych opłat 20 kortów. Rozegranie ponad tysiąca meczy w ciągu 6 dni świadczy o perfekcyjnym zaangażowaniu ludzi odpowiedzialnych za turniej. Razem z osobami towarzyszącymi uczestniczyły 322 osoby. Zawody otworzył prezydent WMTS Toru Highasi.

Na 20 kortach od rana do wieczora toczyły się zacięte pojedynki. Morze wylanego potu, pęknięte naciągi, przegrane piłki meczowe, smutek i radość. Po przegranym meczu analizowanie gry, a pamięta się wszystkie ważne autowe piłki, minięcia, piłki, które musnęły taśmę i wyszły w aut. Zachwycało wspaniałe przygotowanie fizyczne uczestników, bajeczna technika Włochów, siła Niemców, nadludzka ambicja na korcie Japończyków, wspaniała gra deblowa Indonezyjczyków, wyrachowana gra Amerykanów i Szwedów.

Mistrzostwom towarzyszyło spotkanie prezydentów stowarzyszeń narodowych. Ustalono dalsze kierunki rozwoju tenisa wśród lekarzy. Nowym prezydentem Światowego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy została **dr Michaela Hernberg (Finlandia)**, prezydentem-elektem **dr Lon Olesn (USA)**, na stanowisko wiceprezydenta wybrano **dr Mirosława Ondreja** ze **Słowacji**. Zatwierdzono również kalendarz przyszłych mistrzostw świata: Malta 2006, San Diego 2007, Umag – Chorwacja 2008, Finlandia 2009 i Litwa 2010.

Po zaciętych pojedynkach w walce o finał brązowe medale zdobyli – w grach singlowych: Maciej Koczorowski, Paweł Bobik, Krzysztof Migała, Janusz Binkiewicz, Zbigniew Frenszkowski, Edyta Kowalska, Danuta Francuszkiewicz-Posadzy, – deble: Maciej Koczorowski z Franco Radogna, Jerzy Sobel z Bronisławem Orawcem, Ryszard Stawicki z Krzysztofem Szymanowskim, Andrzej Jasiński z Wojciechem Pietrzakiem, Antoni Prokopowicz z Jaroslavem Bouckiem, Zdzisław Krocz z Bogdanem Solarskim, Elżbieta Baszyńska z Agnieszką Widziszowską, Bożenna Kędzierska z Renatą Samson-Banaś, Ryszard Koczorowski z Brygidą Fleischer.

Wspaniale grała nasza drużyna w Pucharze Narodów. Pewne zwycięstwa odnosił Maciek Koczorowski. Przy porażce naszego gracza w grupie wiekowej 55+ o zwycięstwie decydował debel Andrzej Jasiński i Wojtek Pietrzak. Polska kolejno wygrała z ekipą USA 2:1, ze Słowacją 2:1 oraz ekipą Niemiec 2:1. W finale po zaciętej walce uległa niepokonanej od dłuższego czasu ekipie włoskiej 1:2.

Na szczególne słowa wyróżnienia zasługują złoci medaliści. Bożenka Kędzierska została złotą medalistką po raz trzeci pokonując wyraźnie w finale odwieczną rywalkę Niemkę Fleischer. Ogromną niespodziankę sprawiła Ela Baszyńska, która w debiucie na mistrzostwach świata zwyciężyła w wielkim stylu. Wielkie gratulacje dla naszych pań. Agnieszka Widziszowska z Marcinem Krywiakiem zdobyli pierwsze miejsce w grze mieszanej. Czwarty złoty medal padł łupem w grze deblowej „prawie starszych" panów Stanisława Kaczmarskiego i Bogdana Ostapowicza, którzy pokonali świetny debel amerykański Olesn–Young. Pierwsze miejsce w grupie powyżej 80 lat zdobył nasz senior Mieczysław Lutkiewicz.

Mistrzynie Świata Bożenna Kędzierska i Elżbieta Baszyńska z dyrektorem turnieju Zbigniewem Frenszkowskim

Andrzej Jasiński (srebrny medal w grze singlowej), który zdobył również brązowy medal w grze podwójnej wraz z Wojtkiem Pietrzakiem, w parze decydowali o zwycięstwie w Pucharze Narodów. Grzegorz Przybylski przez cały sezon reprezentujący znakomitą formę wywalczył drugie miejsce po zaciętym pojedynku ze swoim odwiecznym rywalem Włochem Radogna. Ryś Koczorowski stawił zacięty opór w finale Słowakowi Ondrejowi, świetnie wyszkolonemu zawodnikowi o bajecznej technice. Rysiek był bliski zwycięstwa.

Należy odnotować duży sukces debiutanta Stanisława Kaczmarskiego, który w finale

Nasi medaliści Mistrzostw Świata Gdynia 2005

ZLOTE MEDALE: **Elżbieta Baszyńska** kategoria + 40 singiel, **Bożenna Kędzierska** + 50 singiel, **Stanisław Kaczmarski – Bogdan Ostapowicz** +70 debel, **Agnieszka Widziszowska – Marcin Krywiak** open mikst, **Mieczysław Lutkiewicz**.

SREBRNE MEDALE: **Grzegorz Przybylski** +40 singiel, **Jasiński Andrzej** +45 singiel, **Koczorowski Ryszard** +55 singiel, **Kaczmarski Stanisław** +70 singiel, **Polarczyk Andrzej – Egils Valeinis** (*Litwa*) open debel, **Herman Józef – Bresciano Bartolo** (*Włochy*) +65 debel.

BRĄZOWE MEDALE: **Koczorowski Maciej** open singiel, **Bobik Paweł** open singiel, **Migała Krzysztof** +50 singiel, **Binkiewicz Janusz** +60 singiel, **Frenszkowski Zbigniew** +70 singiel, **Kowalska Edyta** +40 singiel, **Francuszkiewicz-Posadzy Danuta** +50 singiel, **Koczorowski Maciej – Franco Radogna** (*Włochy*) open debel, **Stawicki Ryszard – Szymanowski Krzysztof** +40 debel, **Jasiński Andrzej – Pietrzak Wojciech** +45 debel, **Sobel Jerzy – Orawiec Bronisław** +55 debel, **Prokopowicz Antoni – Boucek Jaroslav** (*Czechy*) +60 debel, **Zdzisław Krocz – Bogdan Solarski** +65 debel, **Baszyńska Elżbieta – Widziszowska Agnieszka** open debel, **Kędzierska Bożenna – Samson-Banaś Renata** +40 debel, **Koczorowski Ryszard – Fleischer Brygida** +50 mikst.

PUCHAR NARODÓW – II MIEJSCE. Drużyna narodowa była reprezentowana przez singlistę w kategorii open i +55 oraz debel +45. Skład drużyny: **Koczorowski Maciej** open singiel, **Jasiński Andrzej – Pietrzak Wojciech** +45 debel, **Chruszczyk Stanisław** i **Malarski Janusz** +55 singiel.

uległ Amerykaninowi Youngowi. Słowa uznania dla Andrzeja Polarczyka, który na „last minute" stworzył silną parę z Litwinem Valeinisem i dopiero w finale przegrał z faworytami gry deblowej Niemcami. Józek Herman powetował sobie porażkę w singlu zdobywając srebrny medal z Włochem Bresciano w grze deblowej.

Ogromne słowa uznania dla Maćka Koczorowskiego, zdobywcy dwóch brązowych medali (singiel, debel). Swoją piękną grą w Pucharze Narodów pokonywał kolejno rywali z USA, Słowacji, Niemiec i Włoch. Jego wspaniała gra dawała szansę deblowi (Jasiński, Pietrzak) na zwycięstwo i przejście kolejnej przeszkody.

Słowa podziękowania należą się również organizatorom z Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy. Zbyszkowi Frenszkowskiemu odpowiedzialnemu za część sportową imprezy. Nie było żadnych wpadek. Zbyszek wraz z sędzią głównym Patrycją Mierzwińską był perfekcyjny. Markowi Filipkowi odpowiedzialnemu za część naukową i ogólną imprezy. Człowiek bardzo pomocny i skuteczny. Januszowi Malarskiemu, który z powierzonego zadania wywiązał się doskonale. Eli Warzecha, która szczególnie na początku cyklu organizacyjnego była aktywna.

Cały Zarząd ciężko pracował, poświęcał na organizację swój prywatny czas. Dziękuję wszystkim, którzy nas wspierali duchowo, doradzali, interesowali się etapami przygotowań. Jestem dumny, że mogliśmy zaprezentować się światu z jak najlepszej strony.

Krzysztof Migała

Autor jest prezesem Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski PAM, rok 1985
Zjazd XX-XXI-lecia w dn. **21-22.04.2006 r. w Pałacu Maciejewo k. Goleniowa w woj. zachodniopomorskim**. Koszt uczestnictwa 300 zł, wpłaty na konto PKO BP „Komitet Organizacyjny Zjazdu XX-lecia PAM 1985, M. Kubacki" nr 42 1020 2847 0000 1102 0035 9711. Zgłoszenia najpóźniej do 30.01.2006 r. *Informacje i zgłoszenia:* ***www.absolventus.pl****, e-mail:* ***zjazdxxleciapam1985@go2.pl****, tel.* ***0-91-397-50-97*** *(****M. Kubacki*** *– po godz. 20.00).*

Absolwenci AM w Lublinie, rocznik 1979-1985
21.01.2006 r. w Lublinie spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy otrzymania dyplomów lekarza. Przewidywany koszt kolacji 200 zł. Wpłaty do 16.01.2006 r. na konto Citibank nr 19103000190109851000667694, z dopiskiem „Zjazd koleżeński". *Zainteresowanych pierwszym wspólnym spotkaniem* ***w restauracji „Johnny's" w Lublinie*** *prosimy o kontakt:* ***dr hab. Artur Czekierdowski, I Klinika Ginekologii AM w Lublinie****, tel.* ***0-81-532-78-47****, fax* ***0-81-532-06-08****, tel./fax* ***0-81-525-01-90*** *(po 13.00), kom.* ***0600-450-767****, Internet:* ***rejestracja@artmed.lublin.pl***

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl
Serwis pomoże Państwu zorganizować zjazd absolwentów. Przyjazny układ i ergonomiczna budowa umożliwiają szybkie wyszukanie informacji oraz dodanie informacji o nowym zjeździe.

sport@gazetalekarska.pl

X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Biegowym odbędą się **14.01.2006 r. – Radziechowy k. Żywca**

IV Mistrzostwa Śląska Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim odbędą się **15.01.2006 r. – Stożek k. Wisły**.

Więcej informacji o obu imprezach na ***www.mtblekarze.w.pl*** *lub tel.* ***Maciej Pająkowski 602-177-857****.*

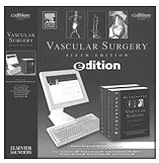
REKLAMA
Learn medical English
www.med-help.info
REKLAMA

Imprezy sportowe i kulturalne w 2006 r.

- **8 stycznia**. VII Halowy Regionalny Turniej **Tenisa** Lekarzy – Drzonków, Ośrodek Piecioboju Nowoczesnego (korty w hali) – Józef Safian, tel. 0-601-511-361
- **14 stycznia** (zastępczy 11.02.) X Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Narciarstwie Biegowym** – Radziechowy – Maciej Pająkowski, tel. 0-602 177 857
- **15 stycznia** (zastępczy 12.02.) IV Mistrzostwa Śląska Lekarzy w **Narciarstwie Alpejskim** – Stożek k/ Wisły – Janusz Lewandowski, tel. 0-606-235-361
- **22-27 stycznia** III Ogólnopolska **Wystawa Malarska** Lekarzy – Klub Lekarza OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3 – Andrzej Święs, 042-683-17-91, fax: 0-42-683-13-78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl
- **4-5 lutego** III **Bieg Papieski** (5, 20, 40 km) – Nowy Targ – Maciej Jachymiak, tel. 0-606-340-275, 0-18-266-78-04, jachymiak@poczta.onet.pl
- **17-19 lutego** IX Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy w **Narciarstwie Alpejskim** „BYSTRE 2006", poł. z sesją naukową – Bystre k. Baligrodu, woj. podkarpackie – Maria Szuber, 0-17-853-58-37, tel. 0-608-595-510, e-mail: mszuber55@wp.pl
- **3 marca** godz. 18.00 V Ogólnopolska **Biesiada Literacka** – Klub Lekarza OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3 – Barbara Szeffer-Marcinkowska, tel. 042-683-17-91; 686-28-10 e-mail: bsm20@wp.pl
- **9-12 marca** I Igrzyska Lekarskie + zawody w **koszykówce** – Zakopane – Maciej Jachymiak, tel. 0-606-340-275, 0-18-266-78-04, jachymiak@poczta.onet.pl
- **kwiecień** Uroczystość pt. „**Medyczna Wiosna**" Muzyczna Opera Nova w Bydgoszczy – Radosława Staszak-Kowalska
- **kwiecień** Mistrzostwa Polski w **tenisie stołowym** – Nowy Targ – Maciej Jachymiak, tel. 0-606-340-275, 0-18-266-78-04, jachymiak@poczta.onet.pl
- **kwiecień** X Mistrzostwa Polski Lekarzy w ramach **Biegu Sokoła** – Bukówiec Górny
- **21-22 kwietnia** (zastępczy 21.10.) II Mistrzostwa Lekarzy w **Pływaniu** –„Dębica 2006" – Dębica, Basen MZOiW, ul. Piłsudskiego 19 – Janusz Bieniasz, tel. 0-604-090-587, 0-14-670-52-61 ul. Grottgera 26, 39-200 Dębica
- **29 kwietnia** (zastępczy 6.05.) IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Wędkarstwie Spławikowym** – Łaziska – Klaudiusz Komor, tel. 0-608-365-164
- **początek maja** (zastępczy koniec maja) VI Mistrzostwa Polski w **Siatkówce Halowej** oraz I Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Siatkówce Plażowej** – Łaziska – Klaudiusz Komor, tel. 0-608-365-164
- **18-21 maja** VI Mistrzostwa Polski w **szachach** – Ustroń – Jerzy Pabis
- **20 maja** V Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Wielobojach Lekkoatletycznych** – Zielona Góra ul. Sulechowska, Stadion MOSiR – Maciej Cerbiński, tel. 0-601-790-707
- **26-28 maja** III Mistrzostwa Polski Izb Lekarskich w **Żeglarstwie klasa OMEGA** – Jezioro Dąbskie k/Szczecina – Halina Teodorczuk, tel. 0-91-422-59-70, 0-604-414-864
- **27 maja** (zastępczy 3 czerwca) IV Mistrzostwa Lekarzy w **Kolarstwie Szosowym** + imprezy współistniejące dla dzieci i młodzieży rodzin lekarskich – Bychawa-Pszczela Wola, OIL w Lublinie
- **27 maja** VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Biegu Górskim** – Radziechowy – Maciej Pająkowski, tel. 0-602-177-857
- **maj** Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Piłce Nożnej** – Nowy Targ – Maciej Jachymiak, tel. 0-606-340-275, 0-18-266-78-04, jachymiak@poczta.onet.pl
- **maj i sierpień** (dwa etapy) regaty w **żeglarstwie deskowym** – Łeba – Brunon Hokusz, tel. 0-59-866-15-78
- **15-18 czerwca** XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Tenisie**. Turniejowi towarzyszy III Forum **Medycyny Klinicznej** – Kraków, Korty WKS „Wawel" – Andrzej Wroński, tel. 0-12-415-03-25
- **17 czerwca** (zastępczy 24.06.) VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Aptekarzy – **Triathlon Olimpijski** – Stryków – Piotr Walasiewicz, tel. 0-606-121-098
- **21-27 czerwca** VI **Plener Lekarzy-Malarzy** (impreza ogólnopolska) – Jura Krakowsko-Częstochowska – Aleksander Kotlicki, tel. 0-22-620-19-51
- **22-25 czerwca** I **Igrzyska Polonijne – biegi, pływanie, golf**, V Ogólnopolski Turniej **Tenisa Ziemnego** Lekarzy – Częstochowa – Lesław Rudziński, tel. 0-601-913-381
- **23-24 czerwca** VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Golfie** – M. Pyra-Glogowska
- **24 czerwca** (zastępczy 16.09.) V Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy i Pracowników Ochr. Zdrowia w **Ringo** – Częstochowa ewent. Rydzyna k/Leszna – Anioł Strzyżewska, tel. 0-600-362-792, 0-22-834-08-12 w. 240
- **25 czerwca** V Ogólnopolski Jurajski **Rowerowy Rajd** Lekarzy – Częstochowa 2006 – Tomasz Klimza, tel. 0-691-488-383
- **7-15 sierpnia Tenis** i **Jazz**, V Ogólnopolski Turniej w Iławie – Roman Zuralski , tel. 0-605-290-909
- **29 lipca do 6 sierpnia Rajd Górski** Służby Zdrowia „Bieszczady 2006" – Muczne k/ Ustrzyk Górnych, woj. podkarpackie – Alfred Orłowski, tel. OIL – 0-17-853-58-37
- **początek września** (3 dni) – zwykle 1 weekend VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Strzelectwie Myśliwskim** – Osie nad Wdą, Bory Tucholskie – Marek Jedwabiński, tel. 0-601-993-222
- **1-3 września** (zastępczy 8-9.09.) XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Brydżu Sportowym** – Bogaczewo k/Morąga – Aleksander Skop, tel. 0-604-267-343, e-mail:skalek@poczta.onet.pl
- **2 września** IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Kolarstwie Górskim** – okolice Żywca – Maciej Pająkowski, tel. 0-602-177-857
- **3 września** XI Regionalny Turniej **Tenisa** Lekarzy – Drzonków Ośrodek Pięcioboju Nowoczesnego (korty otwarte) – Józef Safian, tel. 0-601-511-361
- **3-5 września** Mistrzostwa Polski Izb Lekarskich w **Siatkówce Plażowej** – Niechorze – D. Adamczyk
- **6-10 września** IV **Igrzyska Lekarskie** – Zakopane – Maciej Jachymiak, tel. 0-606-340-275, 0-18-266-78-04, jachymiak@poczta.onet.pl
- **8-10 września** (zastępczy 22-24.09.) II Ogólnopolski **Zlot Motocyklowy** Lekarzy „DoktoRRiders" – Pabianice – Włodzimierz Dłużyński, tel. 0-601-803-771
- **9-10 września** (zastępczy 2-3.09) **Żeglarskie** Mistrzostwa Polski Lekarzy w **klasie turystycznej** – Giżycko, Ośrodek „Almatur" – Władysław Lipecki, tel. 0-89-533-68-96
- **23 września** V Ogólnopolski Maraton Lekarzy w **Kolarstwie Górskim** przy Maratonie „Michałki 2006" – Wieleń – Tomasz Kaczmarek, tel. 0-602-215-001, tomkolar@dostep.pl
- **23 września** (zastępczy 30.09.) VI Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w **Tenisie Ziemnym** – Toruń – Aleksander Skop, tel. 0-604-267-343, e-mail: skalek@poczta.onet.pl
- **wrzesień** Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Półmaratonie** w ramach Ogólnopolskiego Biegu Lechitów – Gniezno
- **21-22 października** (zastępczy 7-8.10.) Mistrzostwa Polski Medyków w **Strzelectwie Sportowym** – Węgrów, Klub Strzelectwa Sportowego „Feniks" – Konrad Kasperowicz 0-25-691-73-08, 0-606-120-892
- **22-27 października Świat w Obiektywie Lekarskim** – Klub Lekarza OIL w Łodzi – Andrzej Święs, tel. 0-42-683-17-91, fax: 0-42-683-13-78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl
- **październik** V Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Maratonie** w ramach Poznań – Maraton
- **październik** (zastępczy listopad) XI Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Piłce Nożnej** – Mielec 2005, Hala MOSiR, ul. Solskiego – Leszek Kołacz, tel. 0-504-196-732
- **10-12 listopada** IX Międzynarodowy Turniej **Tenisowy** Lekarzy – Pabianice k/Łodzi – Janusz Malarski, tel. 0-501-113-211
- **19-20 listopada** III Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Bilardzie** – Kielce-Leśny Dwór – Zdzisław Kraśniewski, tel. 0-41-361-70-94

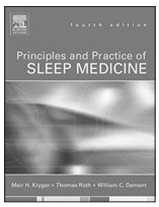
REKLAMA REKLAMA

A.B.E. Marketing
Wydawnictwa Światowe- Publishers' Distribution Services,
00-855 Warszawa, ul. Grzybowska 37A, www.abe.pl
tel. 0-22-654-06-75, fax 0-22-652-07-67



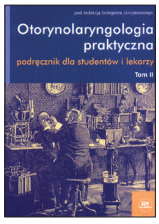
Vascular Surgery e-dition
Text with Continually Updated Online Reference
2-Volume Set
red. **Robert B. Rutherford**
wyd.: **Saunders**, wyd. 6, VII 2005, c. kat. 260.00 GBP
Encyklopedyczna wiedza ze wszystkich aspektów chirurgii naczyniowej. Uaktualnione wydanie, ze szczególnym uwzględnieniem: dostępów naczyniowych, diagnostyki obrazowej, działań nieinwazyjnych, m.in. 13 rozdziałów poświęconych wyłącznie zabiegom wewnątrznaczyniowym oraz jeden prezentujący podstawowe techniki i instrumentarium endoskopowe. Możliwość korzystania z jej wersji multimedialnej. Strona internetowa uaktualniana jest w systemie tygodniowym przez zespół pod kierunkiem dr. Rutherforda.

Hurwitz's Clinical Pediatric Dermatology Online
Access to Continually Updated Online Reference
Amy S. Paller, Anthony J. Mancini
wyd.: **Saunders**, wyd. 3, XI 2005, c. kat. 100.00 GBP
Podręcznik zaktualizowany, ze szczególnym naciskiem na najnowsze metody terapeutyczne w dermatologii wieku rozwojowego. Format i układ tekstu książki umożliwiają szybki i prosty dostęp do potrzebnych wiadomości. Wysoka jakość kolorowych zdjęć pomagających w diagnostyce różnicowej. Autorzy położyli nacisk na zrozumienie molekularnego podłoża prezentowanych chorób. Zakup książki umożliwia jednocześnie dostęp do uaktualnianej w systemie tygodniowym strony internetowej z pełną zawartością książki, zdjęciami oraz linkami pediatrycznymi.



Principles and Practice of Sleep Medicine
e-dition
Text with Continually Updated Online Reference
red. **Meir H. Kryger, Thomas Roth, William C. Dement**
wyd.: **Saunders**, wyd. 4, IV 2005, c. kat. 159.00 GBP
Książka oraz powiązana z nią strona internetowa (www.sleepmedtext.com) stanowią jedyną w swoim rodzaju encyklopedię medycyny snu. Ponad 170 autorów prezentuje najnowsze informacje, zalecenia i algorytmy diagnostyczne oraz terapeutyczne. Opracowanie obejmuje istotne patologie wchodzące w zakres zainteresowania omawianej dziedziny oraz szeroko traktuje szczególnie ważne informacje z dziedzin pokrewnych – neurologii, pulmonologii, psychiatrii (w tym problemy uzależnień lekowych) i gastroenterologii. Autorzy szczegółowo omawiają rytmy biologiczne (w tym aspekty genetyczne), zależności pomiędzy otyłością, równowagą hormonalną, nadciśnieniem tętniczym oraz ich powiązanie z bezdechem sennym. Nowy rozdział poświęcono układowi krążenia i jego związkom z zaburzeniami oddychania w czasie snu a także leczeniu zastoinowej niewydolności krążenia w oparciu o techniki wykorzystujące sen. Nowością jest także rozdział dotyczący wpływu zmian hormonalnych w ciąży oraz w okresie menopauzy na sen. W Internecie znaleźć można dodatkowy materiał ilustracyjny (z krótkimi filmami wideo włącznie), materiały informacyjne dla pacjentów, ciekawe linki oraz ponad 480 pytań przydatnych w samokształceniu.

Wydawnictwo Via Medica
80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73, tel. 0-58-320-94-94,
fax 0-58-320-94-60, www.viamedica.pl, e-mail: viamedica@viamedica.pl

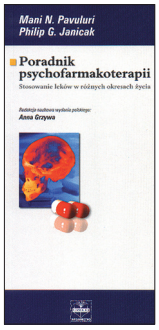


Otolaryngologia praktyczna
Podręcznik dla studentów i lekarzy
pod red. **Grzegorza Janczewskiego**
tom I i II, wyd. I, Gdańsk 2005, str. 670 łącznie
Podręcznik ma pomóc lekarzowi w optymalnym wykorzystaniu danych uzyskanych z wywiadu chorobowego i badania. Publikacja opracowana przez znawców przedmiotu pomaga w usprawnieniu diagnostyki i leczenia. Przeznaczony dla studentów medycyny, lekarzy specjalizujących się w otolaryngologii oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Zawiera aneks, w którym podane są tytuły aktualnych podręczników z zakresu otolaryngologii w języku polskim.

Terapia z udziałem psa
Beata Pawlik-Popielarska
wyd. I, Gdańsk 2005, str. 76
Autorka – psycholog kliniczny terapią z udziałem psa zajmuje się od kilku lat. Doświadczenia zebrane podczas pracy z niepełnosprawnymi dziećmi z udziałem psa rasy labrador retriver stały się inspiracją do napisania niniejszej książki. Recenzenci zwracają uwagę, że pomimo iż publikacja została oparta na doświadczeniach z dziećmi w wieku kilku-kilkunastu lat zawiera mnóstwo bogatych i cennych obserwacji psychologicznych mogących być źródłem inspiracji oraz posłużyć w pracy z osobami niepełnosprawnymi w różnym wieku. Książką należałoby zainteresować rodziców zwłaszcza małych dzieci, gdyż publikacja zawiera wiele uwag na temat czynników stymulujących rozwój dziecka.

Ponadto nadesłano:

Rehabilitacja kardiologiczna
Stosowanie ćwiczeń fizycznych
pod red.: **Janusza Bromboszcza** i **Piotra Dylewicza**
wyd. I, Kraków 2005, **ELIPSA-JAIM**
ul. Gontyna 10/1, 30-203 Kraków, tel./fax: 0-12-641-67-49
www.rehmed.pl, str. 296
Pierwsza w języku polskim książka szeroko omawiająca zasady zalecania i stosowania ćwiczeń fizycznych u osób z chorobami układu krążenia. Przygotowane przez ośmiu autorów rozdziały przedstawiają kolejno: Układ krążenia a wysiłek fizyczny, Miejsce aktywności fizycznej w programie rehabilitacji kardiologicznej, Badanie chorego kwalifikowanego do ćwiczeń fizycznych programu rehabilitacji kardiologicznej, Zwiększanie aktywności fizycznej w okresie szpitalnej rehabilitacji kardiologicznej, Trening fizyczny w rehabilitacji kardiologicznej, Zalecanie samodzielnej aktywności fizycznej chorym rehabilitowanym z powodu chorób układu krążenia, Stosowanie ćwiczeń fizycznych u chorych z nadciśnieniem tętniczym, Ćwiczenia fizyczne w rehabilitacji chorych po ostrym zespole wieńcowym, Ćwiczenia fizyczne w rehabilitacji chorych poddawanych zabiegom pomostowania tętnic wieńcowych, Ćwiczenia fizyczne w rehabilitacji wybranych grup chorych po leczeniu zabiegowym, Stosowanie ćwiczeń fizycznych w rehabilitacji chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych, Zarządzanie programem rehabilitacji.



Poradnik psychofarmakoterapii
Stosowanie leków w różnych okresach życia
Mani N. Pavuluri, Philip G. Janiak
red. naukowa wyd. polskiego **Anna Grzywa**
tłum z j. angielskiego **Anna Grzywa-Celińska**
wyd. I polskie, Lublin 2005,
Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., 20-807 Lublin,
ul. Czeremchowa 21, tel. 0-81-743-77-66,
fax 0-81-534-77-88, e-mail: wydawnictwo@czelej.com.pl,
www.czelej.com.pl, str. 154
Publikacja zawiera informacje o lekach – zarówno o ustalonej już pozycji, jak i dopiero pojawiających się, które znajdują zastosowanie w leczeniu chorób psychicznych i uzależnień, zakresie dawek i zalecanych dawkach u pacjentów w różnym wieku, a także informacje o grupie chemicznej, nazwie handlowej, dostępnych postaciach (dodano postacie leków, które są dostępne w Polsce) i mechanizmach działania, pogrupowane w sposób umożliwiający szybki dostęp do poszukiwanych danych.

opr. md