

1 2004

**Gazeta
Lekarska**
ISSN 0967-2145
Pismo Izby Lekarskich

SZPITALE UPADAJĄ STOJĄC

Załączamy





Wahadłem czy busolą?

Nowy Rok, mam nadzieję ostatni w starej Europie, zostawił nam pod drzwiami worek starych zmartwień.

Już się wydawało, że po wyeliminowaniu Manchesteru City obronimy także traktat z Nicei, ale od geografii ucieczki nie ma. Traktat nicejski, jak pamiętamy, określa skład i sposoby działania instytucji unijnych, uwzględniając także Polskę. W Niemczech nie rozumiano tezy, że obrona traktatu nicejskiego jest polską racją stanu. W Polsce zaś nie pojęto, że Niemcom trudno zaakceptować sytuację, kiedy to w demokratycznej Europie ich głos liczy się tylko w 50% – uwzględniając liczbę ludności danego kraju.

Gdzie zatem szukać wyjścia z patowej sytuacji? W rozmowach! We wzajemnym zrozumieniu argumentów, w mozolnym poszukiwaniu rozwiązań kompromisowych, w cierpliwym wsłuchiowaniu się we wzajemne racje, a nie zgizelku, kiedy to 25 dyskutantów jednocześnie usiłuje się wypowiedzieć.

Taka jest logika nowoczesnej stabilizacji, integracji i pomyślnego rozwoju Europy i całego wolnego świata.

To jest zasada busoli, która bezpiecznie prowadzi do celu, nawet tych, którzy wybrali się inną drogą.

Ale w Polsce niepodzielnie króluje zasada wahadła: od ściany do ściany. To już nawet nie zasada, to filozofia społeczna, w której argumenty, wiedza i doświadczenie ustępują inwektywom, przekleństwom, prostactwu i impertynencjom. Chamstwu nie zagraża potępienie ani ostracyzm. „Polska to nie jest tylko kraj dla Łapińskich i Naumanów, my tu też mamy coś do powiedzenia” – powiedział podczas debaty w Belwederze z udziałem prezydenta Aleksandra Kwaśniewskiego prof. Andrzej Szczeklik, wybitny lekarz i humanista z Krakowa. Przypomnijmy, że jesienią ub.r. A. Kwaśniewski nazwał aktem strzelistym list grupy profesorów i intelektualistów, ostrzegający Głowę Państwa przed galopującym kryzysem w ochronie zdrowie. Więcej o nastroju i efektach spotkania w prezydenckich progach opowiada Konstanty Radziwiłł w swoim comiesięcznym felietonie „Okiem Prezesa”.

Wahadło społecznych nastrojów systematycznie odchyła się w prawo. Lewica nie nadąża kwitować listonoszom wezwań do prokuratury i biegać na przesłuchania, gdy tymczasem prawica zamiast wsłuchiwać się w ludzkie potrzeby zaciera ręce na widok rosnących słupków społecznego poparcia. Aż strach pomyśleć, co to się będzie działo w wyborach europejskich.

Zdaniem wielu obserwatorów losy publicznych zakładów opieki są już przesądzone. Pół miliona pracowników – górników było 100 tys. – dostanie wreszcie swoje „203”, tyle że w bezwartościowych udziałach albo akcjach. Tego reformatorskiego natchnienia i zapału nie mogą ostudzić nawet wątpliwości min. Danuty Hübner, która twierdzi, że projekt ustawy jako program pomocowy należałoby przedłożyć Komisji Europejskiej do uzgodnienia w ramach tzw. procedury przejściowej. Gdzie jest taki dokument i co Komisja Europejska na ten temat mówi? Więcej w artykule „Szpitale upadają stojąc”.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Lekarze, do pióra!	4-5
Okiem Prezesa	5
Szpitale upadają stojąc	6,8
Kontraktowy pat 2004. Szukamy wyjścia	8
Wiwisekcja składki	10-11
Przyjeżdżają za dziewczynami	12-13
Wąska grupa wysokiej klasy specjalistów	14-16
Błdy strach	18
Czego w Nowym Roku życzę mojemu lekarzowi?	24-25
Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej	26
Lekarz pyta – prawnik odpowiada	27
Lekarski sport	29
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	30
Książki nadesłane	31
Konkursy, ogłoszenia różne	32-39
Biuletyn NRL	

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl

Lekarze do pióra!

Każdy list od Czytelników sprawia nam radość i czytany jest z należytą uwagą. Część tej codziennej korespondencji zamieszczamy regularnie na tej i sąsiedniej stronie.

Ostatnio wypatrujemy, zwłaszcza w codziennej pocztce, kopert grubszych i większych niż dotąd, przesyłek przeważnie poleconych, nie rzadko ekspresowych. To pamiętniki lekarzy. Odpowiedzi na konkurs ogłoszony w czerwcu 2002 r. Gdy w połowie grudnia oddawaliśmy ten numer do druku, było ich niemal pół setki. A z każdym dniem przybywało. Czy rokuje to dobrze dla plonu tego konkursu? Czy ilość przejdzie w jakość? Czy spełnią się nasze oczekiwania, że nawiążemy do tradycji poprzednich konkursów i uda się nam wydać zbiór najciekawszych wspomnień? W postaci grubego tomu, rozchwytywanego przez zainteresowanych. Miejmy taką nadzieję! Na dniach – powołane do tego jury – przystąpi do oceny zawartości tych przesyłek z przekonaniem, że zawarte w nich bogactwo zdarzeń i przeżyć polskich lekarzy zostanie zachowane. Utrwalone na kartkach pamiętników dla nas, dla ich dzieci, wnuków, potomnych.

Ogłaszając konkurs oczekiwaliśmy, że autorzy wspomnień będą wnikliwymi i rzetelnymi kronikarzami czasu minionego i współczesności. Wierzymy, że te nadzieje się spełnią.

A już dziś wszystkim autorom nadesłanych prac serdecznie dziękujemy.

redakcja

listy@gazetalekarska.pl

Praca Błażeja Salija



„Trzeciej drogi nie ma”

Wuzupełnieniu przemysła pana doktora Bukieła („Trzeciej drogi nie ma”, „GL” nr 11/2003) chciałbym dodać swoje trzy grosze. Po pierwsze, zgadzam się prawie w całości z tym jak powinien działać przedstawiony system służby zdrowia. Jednak nie w lewicowych lub populistycznych ciągach polityków z lewa i prawa upatrywałbym głównej przyczyny niekończących się niepowodzeń w naszej służbie zdrowia.

Przedstawiony przez pana doktora system nie może działać, bo nie ma w nim dostatecznej ilości pieniędzy i wg mnie taka jest brutalna i prosta prawda.

Pieniądzy więcej nie będzie, bo Polski na obecnym etapie na więcej nie stać. Szarpanie o większą składkę nie może przynieść efektu, bo uznano, że ważniejszy jest rozwój i gonienie czołówki Europy. Nawet kosztem zdrowia ludności.

Jeśli ma być w służbie zdrowia więcej pieniędzy, to muszą za to zapłacić pacjenci albo bezpośrednio z własnej kieszeni, albo poprzez prywatne ubezpieczenie. Jak to zrobić, jak zorganizować, jak przekonać społeczeństwo, to już rola rządzących – w końcu dlatego ich wybieramy i ich opłacamy z naszych podatków. Nie do nas, lekarzy to należy. (...)

Przy okazji: rozmowy z obecnym ministrem w przeciwieństwie do poprzedniego może przebiegają w kulturalnej atmosferze, jak można sądzić z publikowanej korespondencji, ale to też niewiele przyniesie. Z całym szacunkiem, ale jest on tylko jednym z szeregu figurantów przeznaczonych na odstrzał, kiedy w wyniku firmowanych przez siebie zmian staną się dostatecznie niepopularni. Taki był los jego poprzedników. Już tak się rząd ustawił: górników odsyła do zarządu kopalń, lekarzy do dyrektorów, ewentualnie ministra. Rokujcie, czas płynie i... może do

następnych (wygranych?) wyborów.

Podsumowując, trzeba oczywiście naciskać na rządzących, żeby wprowadzili nareszcie w całości opisany przez pana doktora system i zapewnili fundusze na jego funkcjonowanie. Obecna strusia polityka i kunktatorstwo i tak nie zapewni im wyborczego zwycięstwa. Oni jednak tylko przegrają wybory, a chorzy ludzie w wyniku istniejącego bałaganu tracą zdrowie i życie.

Nazwisko i adres znane redakcji

Dziecko wylane z kąpielą

(...) W przeszłości pracując w poradni dziecięcej wielokrotnie wystawiałam matkom zaświadczenie, że ich dziecko leczy się z powodu astmy czy padaczki, cierpi na jakąś wrodzoną przypadłość, czy po prostu bardzo często zapada na infekcję dróg oddechowych. Tej rutynowej niejako czynności towarzyszyła nieraz myśl, że może czasem matka trochę naciąga, ale odsuwałam ją na bok, bo w większości dotyczyło to biednych rodzin, a skoro mogły w ten sposób otrzymać trochę dodatkowego grosza, to czemu im nie pomóc?

Po reformie w ochronie zdrowia ta sytuacja diametralnie się zmieniła. Co prawda mogłam nadal wystawiać zaświadczenia, ale o przyznaniu świadczenia decydowała komisja.

Początkowo nawet mnie to ucieszyło, bo mogłam już nie mieć skrupułów, że wystawiam zaświadczenia czasem na wyrost, na prośbę matki, której nie stać na wykupienie leków czy sprzęt rehabilitacyjny, bo i tak ostateczny wynik zależał od komisji. Po pewnym czasie zauważyłam jednak, że mało komu udaje się przejść przez sito komisji.

Niepokoili mnie, że na prawdę chorym, pokrzywdzonym przez los i biednym dzie-

ciom odmówiono tej niewielkiej przecież (choć dla nich istotnej) pomocy finansowej. Nieraz wysłuchiwałam słów oburzenia zdenerwowanej matki, która pomstowała na bezdusznego lekarza-orzecznika, czyniąc go głównym winowajcą odmowy.

W którymś momencie zwrócono się do mnie z propozycją udziału w pracy zespołu orzekającego o niepełnosprawności. Miałam przejść przedtem przeszkolenie i egzamin, w związku z czym otrzymałam obszernie materiały dotyczące tych zagadnień. Zagłębiając się stopniowo w paragrafach i punktach z rosnącym przerażeniem odkrywałam, o co w tym wszystkim chodzi; a chodzi o jedno: żeby nie dać.

Dziecko niedowidzące czy niesłyszące – mając troskliwych i niezbyt biednych rodziców – może się zupełnie nieźle przystosować do normalnego życia w społeczeństwie, choć właśnie wymaga to troski, czasu i niestety pieniędzy. Przy dobrze prowadzonej astmie też można sobie poradzić w życiu, ale i to wymaga – jak wyżej. Właśnie astmatyczne dziecko wydaje mi się tu najlepszym przykładem: żeby zespół orzekający uznał niepełnosprawność zgodnie z kryteriami programowymi, należałoby dziecka nie leczyć prawidłowo, bo wtedy napady duszności byłyby na tyle częste i ciężkie, że uzasadniałoby to orzeczenie pozytywne dla pacjenta.

Perspektywa podporządkowania się tym zaleceniom, niezgodnym ze zwykłymi zasadami przyzwoitości, zupełnie zniechęciła mnie do udziału w pracach zespołu orzekającego.

U nas zawsze jakoś tak wylewa się dziecko z kąpielą. Nic nie może być sensownie wyważone.

Anna Biruń
Wąbrzeźno

Dawne czasy

Już od pierwszej strony czytając naszą gazetę („Gazeta Lekarska”) zaczynam się bojowo nastawiać. A to za przy-

czyną Pana Naczelnego, który w każdym słowie wstępnym robi podsumowanie najważniejszych problemów w służbie zdrowia.

Tym razem poruszył sprawę szkoleń lekarzy. Co prawda, wszyscy o tym wiedzą i mówią, ale co napisane, to napisane ale, że tak można ująć, nawet pana ministra to osobiście dotknęło. I dobrze. Ja rozwinę to na przykładzie prowincjonalnego lekarza. Łatwiej mi to powiedzieć, gdyż stoję teraz po drugiej stronie lady, patrzę z dystansem i mam czas na rozmyślanie. (...)

Od 1959 r. mieszkam w małej miejscowości, więc na wszystkie staże przedspecjalizacyjne musiałam wyjeżdżać do miast akademickich. A dużo tego było.

Po uzyskaniu specjalizacji (pediatria) koniecznością było doksztalcenie się na kursach informacyjnych, unifikacyjnych, doskonalących, podstawowych i seminariach. Jeżeli był zespół zgrany, a szkolić się chciał każdy, więc wyjeżdżało się naprzemiennie, gdyż zabezpieczenie kadrowe na miejscu musiało być. A wyjazdy dalekie. (...)

Te kursy były koniecznością dla każdego prowadzącego oddziały i szkolenia młodszych kolegów. Poza tym konsultant wojewódzki wymagał wprowadzania jakichś zdobyczy i samodzielności.

Tam człowiek z prowincji miał możliwość poznać ludzi ważnych i mądrych, podglądał nowości. Przenosiłam wiedzę i te „drobiazgi” na własny teren.

Bywały okresy w mojej pracy, kiedy te kontakty ze światem były mocno ograniczone, a mnie się wydawało, że medycyna mknie do przodu milowymi krokami. A co dopiero teraz, świat stoi otworem, postęp jest jeszcze szybszy, ograniczenia krajowe są coraz wyraźniejsze, to czy moi wnukowie nie wybiorą tego, gdzie jest lepiej? A kształcenie studenta jest długie i drogie.

Warto by wcześniej o tym pomyśleć.

Pod uwagę nie tylko na prowincji.

Eugenia Mochnacz
Gubin

Czy nie nazbyt ambitnie...

Jestem pediatrą z blisko czterdziestoletnim stażem pracy, w tym około dwudziestu spędzonych na oddziałach noworodkowych. Moim sukcesem było utrzymanie przy życiu niewiele ponad 900 g dziewczynki, którą poródka septyczna nie wpisała w poczet dzieci żywo urodzonych (z czego wyniknęły później kłopoty z urzędem stanu cywilnego). Takie w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych były administracyjne przepisy, takie możliwości polskiej medycyny.

Dopiero wprowadzano pierwsze respiratory. Nikt nas, noworodkarzy, nie uczył resuscytacji i nowoczesnej reanimacji. Jak się dorwałam do laryngoskopu, ćwiczyłam intubowanie, omal po kryjomu, na zwłokach bezczaszkowca.

Nie wszystkie uratowane przeze mnie noworodki mogę zaliczyć do prawdziwych „sukcesów”. Nie zapomnę pełnego zdziwienia i dezaprobaty spojrzenia starej pielęgniarki, gdy usiłowałam „tchnąć ducha” w stworzenie, które sama natura odrzuciła.

Ilekoć słyszę lub czytam o utrzymaniu przy życiu wcześniaków całkowicie niedojrzałych do normalnego życia lub rozdzielaniu beznadziejnie ze sobą zrosniętych bliźniąt, ogarnia mnie bardziej zgroza, niż podziw dla sztuki młodszych kolegów. Sztuki, jakże często dla sztuki!

Bez tych odważnych decyzji nie byłoby postępu. Tak, ale to jedna prawda, a drugą jest to, że o człowieka tu chodzi, o jakość jego życia, nie o nasz zawodowy sukces! Ale my, lekarze, jesteśmy ambitni. Za wszelką cenę chcemy nadążyć za postępem techniki i chemii, nie dyskutując nad późniejszymi skutkami tego „postępu”, bo filozofia to nie nasz ogródek, a etyka karze – „do samego końca”!

Czy na pewno etyka? Do jakiego końca? Dobiegam lat, w których memento mori nie jest abstrakcją. Obym umierając nie dostała się w ręce nazbyt ambitnych i upartych kolegów!

dr Janina
Rościszewska-Krawczyk
Kraków

Okiem Prezesa

Nowy Rok to zawsze jakaś doza optymizmu, trochę irracjonalne oczekiwanie zmian na lepsze. Nie chciałbym uprawiać tu biadolenia, ale rzeczywiście trudno znaleźć cokolwiek budzącego nadzieję w znajdującym się w głębokim kryzysie systemie opieki zdrowotnej. Mam nadzieję, że gdy czytelnik będzie miał w rękach ten egzemplarz „Gazety Lekarskiej”, coś już będzie można powiedzieć lepszego.



15 grudnia, wracając ze spotkania przedstawicieli świata medycznego z prezydentem Aleksandrem Kwaśniewskim, nie miałem dobrego nastroju. Ze strony zaproszonych mówców i dyskutantów padały słowa miażdżącej krytyki w stosunku do pomysłu Narodowego Funduszu Zdrowia, centralizacji i nieokreślonej żadnymi zasadami koncentracji decyzji (w tym finansowych). Domagano się finansowania opieki zdrowotnej przynajmniej na poziomie kosztów udzielania coraz nowocześniejszych świadczeń zdrowotnych. Proponowano wzrost nakładów na ochronę zdrowia zarówno ze środków publicznych (składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, finansowanie ratownictwa medycznego, finansowanie leczenia Polaków w krajach Unii Europejskiej), jak i wprowadzenie dopłat bezpośrednich do świadczeń od pacjentów (z jednoczesnym określeniem koszyka świadczeń należnych w ramach PUZ i wprowadzeniem osłon socjalnych dla najuboższych oraz dodatkowych ubezpieczeń dobrowolnych). Postulowano także wprowadzenie zasady negocjacyjności do ustalania zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Wicepremier Hausner nawołując do dialogu zapewniał jednocześnie, że rząd już wie dobrze, co zamierza wprowadzić w życie. Minister Sikorski zapowiadał dalsze przyglądanie się stanowisku Konferencji Okrągłego Stołu (z 8 września!). Prezydent Kwaśniewski wreszcie powiedział, że zgromadzeni na sali jako specjaliści w dziedzinie ochrony zdrowia pewnie wiedzą, jakie kroki należy podjąć dla naprawy systemu, a on ze swojej strony namawia do stosowania zasady „Primum non nocere”.

Wszystko to przypominało bal na Titaniku, zwłaszcza że ciągle nie wiadomo, jak zakończy się sprawa kontraktowania podstawowej opieki zdrowotnej (wypada pogratulować odporności psychicznej dzielnie broniącym swoich racji kolegom i naprawdę nielicznym „konkurentów”, którzy wyrażają gotowość do przejmowania ich pacjentów), a także innych obszarów opieki zdrowotnej (już dziś wielu spośród tych, którzy złożyli oferty, po zapoznaniu się z warunkami cenowymi [gdzieś NFZ „daje” 3,19 zł za wizytę u specjalisty!] mówi, że kontraktu nie podpisze).

Tym wznioślej wypadła uroczystość obchodów dwudziestopięcioletnia pontyfikatu Ojca Świętego zorganizowana wspólnie przez krajowego duszpasterza służby zdrowia ks. Józefa Jachimczaka, Naczelną Izbę Lekarską, Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie (pomysłodawcą był przewodniczący ORL kol. Andrzej Włodarczyk) i Polskie Towarzystwo Lekarskie (doskonałym reżyserem całości był prezes Zarządu Głównego kol. Jerzy Woy-Wojciechowski) w kościele Świętego Krzyża w Warszawie. Głęboka refleksja nad życiem i nauczaniem papieskim z powtarzającym się „Nie lękajcie się” we wspaniałym wnętrzu, przy akompaniamencie świetnej muzyki i obrazów, niejednego z licznie zgromadzonych (także z wielu okręgowych izb lekarskich) natchnęła prawdziwą nadzieją, której życzę wszystkim w Nowym Roku.

Wszystkim Koleżankom i Kolegom polecam lekturę znowelizowanego Kodeksu Etyki Lekarskiej, którego tekst ujednolicony w wersji ściśle „legislacyjnej” znaleźć można na żółtych stronach Biuletynu NRL, a w wersji książeczkowej w postaci insertu w kopercie (proszę nie przeoczyć!).

Konstanty Radziwiłł

Krajowa Sieć Szpitali stanie się przedmiotem marzeń każdego dyrektora, w przyszłości prezesa szpitala, bo zagwarantuje mu spokój i pewność przetrwania – mówi Ewa Kopacz (PO)

Szpitala upadają stojąc

Marek Stankiewicz

Pracownicy ochrony zdrowia uważają, że przejście do kodeksu spółek handlowych oznacza zagrożenie likwidacją ich zakładów, i to w dodatku likwidacją fizyczną, czyli tak jakby zrównanie zakładu z ziemią. Takiej możliwości nie ma – zapewnia Władysław Szkop (SLD). To jest łamanie kołem! Prawie pół miliona naszych pracowników (górników było 100 tys.) dostanie wreszcie swoje „203”, tyle że w bezwartościowych udziałach albo akcjach – odpowiada Bolesław Piecha (PiS).

Zdaniem wielu obserwatorów sejmowych losy ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki są już przesądzone.

Ustawa była konsultowana jako trzy oddzielne ustawy, z których nagle powstała jedna, mimo protestu medyków na warszawskich ulicach 18 listopada ub.r. W grudniu prace parlamentarne

nad planem Hausnera nabrały nowego tempa i projekt skierowano do pierwszego czytania. Przypomnijmy, że składają się nań trzy elementy:

- Umorzenie zasadniczej części zobowiązań publicznoprawnych i spłata zobowiązań cywilnoprawnych zakładów w ramach ugody z wierzycielami.
- Zniesienie instytucji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdro-

wotnej i zastąpienie go spółką kapitałową w rozumieniu przepisów prawa handlowego, lecz w niezupełnie czyściej postaci. Dodano do jej konstrukcji mechanizmy umożliwiające udzielenie świadczeń zdrowotnych dla ludności.

- Stworzenie krajowej sieci szpitali, która umożliwi realizację konstytucyjnego prawa obywateli do świadczeń zdrowotnych, bez względu na sytuację społeczno-ekonomiczną, również w przypadku klęsk żywiołowych.

Pragnę uspokoić obawiających się, że chcemy w pełni urynkować sektor, który z natury rzeczy nie może podlegać ogólnym zasadom gospodarki rynkowej. Pragniemy jedynie ucywilizować obrót prawny w systemie opieki zdrowotnej tak, aby nie odbiegał od ogólnych zasad polskiego prawodawstwa – wyjaśnia minister zdrowia **Leszek Sikorski**. Na pewno nie ucierpi pacjent. Celem tej ustawy nie jest ani likwidacja, ani prywatyzacja szpitali – dodaje wiceminister **Ewa Kralkowska** (Unia Pracy).

To już nie jakieś tam przymiarki. Projekt ustawy przewiduje finansowanie procesu restrukturyzacji finansowej przez emisję obligacji lub zaciąganie kredytów bankowych. Dociekliwi już pytają, ile warte będą te akcje lub obligacje papierowego majątku.

Zakłady bez zaległości w spłacie zobowiązań będą mogły ubiegać się o dotacje. Do publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które dotychczas mogły działać jako samodzielne

dośćczenie na str. 8



rys. Małgorzata Gnyś-Wysocka

Szpitala upadają stojąc

dokończenie ze str. 6

publiczne zakłady, jednostki budżetowe lub zakłady budżetowe, proponuje się dodać spółkę użyteczności publicznej rozumianą jako zakład opieki zdrowotnej będący spółką kapitałową, w której co najmniej 75% udziałów czy akcji należy do skarbu państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub państwowej uczelni medycznej, lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

Ciekawe, czy znajdą się tłumy inwestorów pragnących objąć pozostałe 25% udziałów albo wejść w posiadanie tychże obligacji? Można sobie wyobrazić sytuację, kiedy wolne 25% udziałów obejmie np. koncern farmaceutyczny lub dostawca materiałów, sprzętu bądź urządzeń. Ale czy tego właśnie chcemy?

Zarząd w spółce użyteczności publicznej ma być jednoosobowy, powoływany i odwoływany przez zgromadzenie wspólników, walne zgromadzenie na wniosek albo po zasięgnięciu opi-

nii rady nadzorczej. Zbywanie udziałów akcji spółki użyteczności publicznej obwarowane wieloma warunkami nie może doprowadzić do utraty przez skarb państwa lub jednostkę samorządu terytorialnego, lub państwową uczelnię medyczną, lub państwową uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

Dlaczego powołane przed dziewięcioma laty samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej stale, pomimo trzykrotnych oddłużeń, wpadały w nowe długi? To jest problem zarządzania tymi zakładami, ale nie zarządzania w tym znaczeniu, że zarządca jest zły – odpowiada pos. **Władysław Szkop** (SLD) – tylko zarządca jest bardzo często bezwolny, opleciony różnego rodzaju odkładanymi decyzjami a to rady społecznej, a to rady powiatu czy sejmiku wojewódzkiego, które dopiero uprawnniają zarządzającego zakładem do finalnego podpisu.

Zdaniem Szkopa, są takie decyzje, które z punktu widzenia gospodarczego trzeba podjąć z godziny na godzi-

nę, z dnia na dzień. Kodeks handlowy stwarza taką możliwość i mówi: jeżeli świadomie zawierasz umowę na dostawę sprzętu, materiałów i innych produktów i wiesz, że za to nie zapłacisz, to podlegasz sankcji karnej, a to oznacza, że zarządzający ma swobodę decyzji, ale bez możliwości oszustwa, bo taka jest kodyfikacja karna tego postępowania – przekonuje pos. Szkop.

To nie organ założycielski podejmuje tę decyzję. To sąd na końcu zdecydować, czy spółka prawa handlowego, zakład opieki zdrowotnej może upaść. A jeżeli taką decyzję podejmie, to przecież jest to rodzaj postępowania naprawczego.

Otwiera się cała droga w postępowaniu już pozasądowym do ugody, negocjacji, których dzisiaj nie ma. Szansa, żeby działalność zaczęła przynosić zyski – uspokaja Szkop.

Tymczasem sejmowe ławy opozycyjne trzęsą się już to z przerażenia, już to oburzenia. Nie oczekujcie niczego, nic dla was z tego nie wyniknie – grzmiała do telewizorów z sejmowej trybuny **Ewa Kopacz** (PO). Mizeria środków sprawi, że kolejki pacjentów będą coraz dłuższe, a i tak ci, którzy stoją w kolejkach, mogą mówić o szczęściu, bo gdzieś indziej kolejek już nie ma, bo skończyły się limity.

Oddłużenie – tak, ale pod warunkiem, że zakład opieki zdrowotnej przedstawi i zrealizuje program naprawczy, płacąc gros długów i dopiero wtedy zobowiązania publicznoprawne będą mu darowane – odśpiewała tajniki filozofii myślenia rządowego pos. Kopacz.

Zdaniem Ewy Kopacz, menedżerowie zadłużali swoje szpitale, aby móc leczyć ludzi, czyli wypełnić zadania statutowe i powinności etyczne. Mówiąc inaczej, zadłużali placówki w interesie pacjentów. Już dziś istnieje obawa, że za propozycją programu naprawczego kryje się wizja kolejnej redukcji liczby świadczeń, gabinetów, porad, a wreszcie przychodni i szpitalnych oddziałów.

Prof. **Jerzy Hausner** twierdzi wprawdzie, że więcej oddłużenia służby zdrowia nie będzie, że to planowane obecnie będzie ostatnie. Być może ostatnie za rządów SLD, bo następny rząd będzie musiał wypić piwo nawarzone w bro-

Kontraktowy pat 2004

Szukamy wyjścia



ROBERT SAPA
– Porozumienie
Zielonogórskie

Należy unieważnić konkurs ofert i aneksować umowy na 2004 r. Umożliwi to powstanie apolitycznego forum, w którym skupią się wszystkie polityczne siły. Celem ponadpartyjnego dialogu byłoby wypracowanie wspólnego modelu systemu ochrony zdrowia w Polsce, zaakceptowanie go i zrealizowanie. Trzeba zdecydowanie przeciwstawić się doraźnym działaniom szatowanym kadencjami parlamentu. Wspólnie wypracowany model powinien stać się świętą i nienaruszalną przez politykę rzeczą.

KONSTANTY RADZIWIŁŁ
– Naczelna Rada
Lekarska



Konkurs ofert na 2004 r. jest oznaką gruntownego kryzysu systemu ochrony zdrowia. Bezpotężnej zmiany systemu nie ma wyjścia z tej sytuacji.

Co należy zrobić?

- Kontynuować model ubezpieczeniowy;
- Określić zakres i warunki świadczeń ze środków publicznych;
- Wprowadzić dobrowolne ubezpieczenia dodatkowe wraz z osłonami dla najsłabszych ekonomicznie obywateli;
- Zastosować negocjacyjny system dochodzenia do kontraktów.

opr. wik

warze pod wezwaniem Mariusza Łapińskiego – obawia się Ewa Kopacz.

Prawdziwej konkurencji rynkowej może zabraknąć. Zdaniem projektodawców, po restrukturyzacji zakłady powinny zostać poddane rygorom rynku, tzn. dawać sobie radę na otwartym, konkurencyjnym rynku, a w razie przegranej, czyli niewypadalności, poddać się procedurze układowej lub upadłościowej.

Będą takie zakłady, które znajdą się poza regułami konkurencji, które z zasady będą bogatsze i pozostaną poza kilkoma ważnymi regułami gry. Do Krajowej Sieci trafią szpitale, które będzie kwalifikował minister zdrowia na podstawie rozporządzenia. Małe ZOZ-y, które nie chcą w tej chwili przyjąć warunków monopolisty Narodowego Funduszu Zdrowia, bo w odwodzie zawsze będzie sieć szpitali ministra.

Sieć za to, że jest gotowa, dostanie 600 mln zł z funduszu zdrowia; a o te 600 mln, jak twierdzi Ewa Kopacz, zuboży się budżet dla innych zwykłych szpitali, tych bez znajomości albo sympatii pana ministra. Proponowana Krajowa Sieć Szpitali stanie się przedmiotem marzeń każdego dyrektora, w przyszłości prezesa szpitala. Zagwarantuje mu bowiem spokój i pewność przetrwania, w przeciwieństwie do szpitali poza siecią.

Reformatorskiego zapалу nie mogą ostudzić nawet wątpliwości Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej. Min. **Danuta Hübner** twierdzi, że projekt ustawy jako program pomocowy należałoby przedłożyć do zaakceptowania Komisji Europejskiej w ramach tzw. procedury przejściowej.

Proponowane rozwiązania, umorzenie zobowiązań publicznoprawnych, udzielanie dotacji restrukturyzacyjnych, mogą stanowić pomoc publiczną i miałyby obowiązywać również po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, kiedy organem nadzorującym udzielanie pomocy publicznej stanie się Komisja Europejska – argumentuje prof. Hübner.

Gdzie jest taki dokument i co Komisja Europejska na ten temat mówi?

To jest obowiązek i ten program nie będzie uchwalony dzisiaj, nie będzie uchwalony 1 stycznia 2004 r., chyba że będą sztuczki znacznie większe niż było to przy uchwalaniu ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia – ostrzega **Bolesław Piecha** (PiS).

Prace nad ustawą trwają.

Marek Stankiewicz

Wiwisekcja składki

Z **Andrzejem Sawoni**, wiceprezesem NRL i chirurgiem w Ostrowi Mazowieckiej
rozmawia Marek Stankiewicz

• **Jak rozpoczęła się pańska przygoda z samorządem lekarskim?**

– W 1989 r. byłem przedstawicielem ówczesnego woj. ostrołęckiego w Komitecie organizacyjnym izb lekarskich z ramienia Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. W pierwszych wyborach zostałem jednym z wiceprezesów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, potem przez osiem lat byłem skarbnikiem Naczelnej Izby Lekarskiej, teraz jestem jednym z jej wiceprezesów.

Ani na chwilę nie przestałem pracować czynnie jako lekarz. Lubię medycynę, ukończyłem ją po to, by zostać chirurgiem. Gdybym jeszcze raz zaczynał, też wybrałbym chirurgię.

Nigdy nie mówię „nigdy”, ale nie porzuciłbym chirurgii dla innej kariery, np. politycznej.

• **Wróćmy jeszcze na chwilę do 1989 r., kiedy reaktywowano izby lekarskie. Czego wówczas od nich pan oczekiwał?**

– Wtedy panował olbrzymi entuzjazm. Wszystko wydawało nam się proste i łatwe.

Sądziliśmy, że będziemy mieć większy wpływ na to, co dzieje się w medycynie. Ale z drugiej strony towarzyszyła nam niepewność, bo żyliśmy w otoczeniu starego systemu.

Izba lekarska to była wyśpa na oceanie realnego socjalizmu.

Potem wydarzenia potoczyły się bardzo szybko, w końcu zmienił się ustrój. A jeszcze szybciej się okazało, że ustawa o izbach lekarskich jest trochę za ciasna jak na potrzeby demokratycznego państwa.

Uważam, że niedobra ustawa jest nadal balastem, który uniemożliwia izbie skuteczne działanie.

Największym osiągnięciem izby była bez wątpienia ustawa o zawodzie lekarza, która trochę rozluźniła więzy tej zbyt ciasnej ustawy o izbach.

• **A co było największym błędem?**

– Chyba najbardziej zaszkodziła nam polityka, a właściwie wciąganie samorządu do niej i kojarzenie go z nią. Wielu prominentnych działaczy izby zaangażowało się w sprawy, które są domeną partii i stronnictw. Przecież z samorządu wywodzili się ministrowie zdrowia, którzy wprowadzili reformę w 1999 r., a której losy teraz obserwujemy.

Kiedy pojawia się wielka polityka, samorząd oddala się od spraw, do zajmowania którymi został powołany.

Potrzebne jest stanowcze rozdzielenie tych spraw.

Samorząd może komentować politykę, ale nie może jej zastępować ani wyręczać. Ale już się to zmieniło i w obecnej kadencji tak nie jest.

• **Być może to z tego powodu przez 14 lat systematycznie rosła niechęć lekarzy do swojego samorządu, uważających, że izba lekarska zawiodła ich oczekiwania. Ale składkę pobiera, lub – jak piszą czytelnicy w listach – haracz. Myślenie to może stereotypowe, ale stereotypy żywią się tym, z czego wyrastają. Po co izbie 30 zł od każdego lekarza?**

– Po pierwsze, 30 zł to już na pewno nie haracz. W innych sa-

morządach zawodowych – np. adwokaci, radcy prawni – składki są znacznie, nieraz wielokrotnie, wyższe.

Po drugie, organami samorządu są sądy lekarskie i rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Koniec z tym, że jakiś przypadkowy urzędnik sądził lekarza. Dziś robimy to sami, ale to prawo do obrony kosztuje i na to musimyłożyć.

Co prawda, Ministerstwo Zdrowia ma obowiązek te zadania finansować, ale co roku refundacje są coraz mniejsze, a liczba spraw w tym pionie wcale nie maleje.

Kolejny przykład to „Gazeta Lekarska”, która jest w całości finansowana przez samorząd i wcale się od niej nie oczekuje, że będzie przynosiła zyski. Dla wielu lekarzy jest ona źródłem informacji i istotnym elementem funkcjonowania w nowych czasach.

Utrzymanie rejestru lekarzy też kosztuje.

Zadaniem, którego nie da się zrealizować bez funduszy, jest współuczestnictwo w tworzeniu nowego prawa medycznego, zwłaszcza w okresie poprzedzającym akcesję do Unii Europejskiej.

W izbach lekarskich nieustannie opiniuje się setki dokumentów i rozporządzeń niesłuchanie ważnych dla wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa. Łączymy do europejskich organizacji lekarskich, gdzie możemy analizować, komentować i zgłaszać uwagi do prawa ogólnoeuropejskiego.

Część składki przeznaczamy na kontakty z lekarzami polonijnymi i na pomoc lekarzom na Ukrainie, Białorusi i w Kazachstanie.

Dalej – fundusze samopomocowe w okręgowych izbach i bezprocentowe pożyczki, z których w ciągu wielu lat skorzystało bardzo wielu lekarzy.

• **Obawiam się, że sfrustrowanemu lekarzowi niełatwo będzie przelknąć te górnołotne aspiracje izby. Ma pan jakąś oryginalną koncepcję zainwestowania tych 30 zł?**

– Musimy jeszcze bardziej rozwinąć samopomoc. Nestor polskich lekarzy



foto. Marek Stankiewicz

prof. Jan Nielubowicz opowiadał nam kiedyś, że studia lekarskie przed wojną ukończył dzięki finansowej pomocy izby lekarskiej. To jest oczywiście tylko przykład jakiegoś docelowego modelu, a nie konkretne rozwiązanie finansowych dylematów lekarzy.

Przykładem warszawskiej izby lekarskiej więcej środków niż dotychczas za-inwestowałbym w sport amatorski, rekreację i wypoczynek. To jest inwestycja bezpośrednio w nasze zdrowie i na to nie ma co żałować pieniędzy.

• **A dofinansowanie kształcenia lekarzy? Lekarze żalą się, że nie mogą korzystać z kursów doskonalących, bo nie mają za co.**

– Sam system kształcenia lekarzy budzi niemało wątpliwości. Tu izba ma spore pole do popisu. Może przecież sama organizować nieodpłatne szkolenie ustawiczne, zwłaszcza to wymagane do uzyskania specjalizacji. Może to robić wraz z instytucjami, które mają doświadczenie.

Trzeba pomyśleć o większej pomocy dla lekarzy z mniejszych miejscowości, którzy potrzebują spokojnego kąta do nauki. W nowych siedzibach wielu izb okręgowych służą temu pokoje gościnne.

Izba musi stale troszczyć się o kształcenie. Lekarz, który przestaje się uczyć, przestaje być lekarzem.

• **Skoro dla 2 tysięcy lekarzy Ministerstwo Zdrowia przewidziało w tym roku tylko trzysta rezydentur, to może w Polsce jest za dużo lekarzy?**

– Statystyki europejskie mówią, że jest nas tyle, ile Polsce potrzeba. Różnie to bywa z ich rozmieszczeniem. Nie mamy prawa ograniczać swobody ludzi do studiowania medycyny, ale musimy im uświadamić, że nie wszyscy z nich zostaną ginekologami lub chirurgami. Tak na dobrą sprawę, to nikt nie wie dokładnie ilu powinno być w Polsce lekarzy. Określenie tej liczby leży również w interesie izby.

• **Panuje opinia, że dobrze pan się czuje i jeszcze lepiej porusza wśród zagadnień finansowych. Czy to efekt jakiegoś specjalnego przygotowania?**

– Musiałem odbyć coś w rodzaju przyspieszonego kursu finansowo-rachunkowego, bo to, co zastałem przed objęciem funkcji skarbnika w 1993 r., to była zupełna amatorszczyzna. Na usprawiedliwienie tego stanu mogę powiedzieć, że taki etap pokonywała każda nowa organizacja czy instytucja demokratyczna.

Trzeba było wiele pozmieniać, aby dojść do nowocześnie prowadzonej księgowości i zarządzania finansami. Może

to jeszcze nie jest tak, jakbyśmy sobie życzyli, ale trzeba pamiętać, że samorząd z definicji prowadzi działalność *non-profit*, czyli nie nastawioną na zyski i jakieś duże obroty.

Nie jestem zwolennikiem, aby nasze wspólne, lekarskie, pieniądze lokować w akcjach giełdowych, ryzykownych przedsięwzięciach finansowych.

Składki zbiera się po to, aby izby okręgowe i naczelnia dobrze funkcjonowały, dobrze służyły lekarzom i godnie ich reprezentowały.

• **Reprezentowały czy – jak czytamy w ustawie – sprawowały pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu?**

– Jedno i drugie jest nierozłączne. Sprawowanie pieczy to też reprezentowanie. Lekarz to zawód wyjątkowy, nie można porównać go z żadnym innym, nawet wolnym zawodem. Dlaczego? Bo nie można z niczym porównać skutków błędów lekarzy.

• **Czego dobrego dla siebie, jako lekarz i obywatel, spodziewa się pan po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej? Co zmieni się w pana życiu?**

– Wiem, że tego majowego poranka nie obudzę się w innym świecie, ani mój świat nie będzie inny z godziny na godzinę. Ale wiem również, że standardy europejskie wymuszą porządkowanie polskiego bałaganu i chaotycznych zmian w służbie zdrowia. Myślę, że i my sami będziemy musieli się inaczej zachowywać.

Mam nadzieję, że nie będziemy co chwilę wprowadzać nowego systemu i co chwilę go oceniać, tak jak ostatnio. A jeśli już komuś przydarzy się kardynalny błąd w zarządzaniu ochroną zdrowia, to nowe mechanizmy skutecznie go wyeliminują. To skandal, co zrobiono z kontraktami dla lekarzy rodzinnych. Boję się bardzo różnicy, a może nawet przepaści jaka dzieli Polskę i kraje zachodnie w poziomie finansowania ochrony zdrowia.

• **Czy młodzi ludzie z Polski znajdują swoją niszę w Europie?**

– Tak, bo polscy lekarze są bardzo cenieni w Europie. Już dziś widać ożywione zainteresowanie np. Skandynawów lekarzami z Polski.

• **Wierzy pan w skuteczność samorządności?**

– Wierzę i mam na to dowody. Od wielu lat udzielam się w lokalnej samo-



Lubię medycynę, ukończyłem ją po to, by zostać chirurgiem.

rządności i widzę, jak na moich oczach Ostrów Mazowiecka, do której przyjechałem po dyplomie, z zaniedbanej prowincji przeistacza się w ładne i schludne miasto, którego mieszkańcy mają aspiracje i prawdziwe powody do dumy. Bo ci ludzie wiedzą lepiej od tych w stolicy na co przeznaczyć pieniądze w Ostrowi Mazowieckiej. Efekty samorządowych decyzji widać od razu. Cieszę się, że mam również w tym swój udział.

• **Czego życzy pan sobie i lekarzom w nadchodzącym roku?**

– Zdrowia, mniej nerwów i jeszcze mniej konfliktów. Boję się, że będzie to trudne, jeśli utrzyma się centralizacja zarządzania finansami przez NFZ. Moim zdaniem, nie uda się centralnie kierować tak delikatną materią, jak ochrona zdrowia, nawet jeśli na fotelu prezesa zasiądzie ktoś wybitny. Dławienie decentralizacji doprowadzi do protestów nie tylko pracowników służby zdrowia, ale również pacjentów, a to wszystkich postawi pod ścianą.

Andrzej Sawoni – 49 lat, absolwent białostockiej AM, z-ca ordynatora oddz. chirurgicznego w Szpitalu Powiatowym w Ostrowi Mazowieckiej. Właściciel prywatnej przychodni gabinetów specjalistycznych. Radny miejski, wcześniej powiatowy. Długoletni skarbnik NIL. Żonaty, dwoje dzieci – córka studiuje w Olsztynie, syn uczy się w szkole podstawowej. Wolny czas lubi spędzać na wędkowaniu i uprawianiu sportów motorowodnych.

Przyjeżdżają za dziewczynami

z **Małgorzatą Kaczmarską-Banasiak**, przewodniczącą Komisji ds. Lekarzy Cudzoziemców NRL
rozmawia **Grażyna Ciechomska**

• **Jak duże grono lekarzy obcokrajowców zgłasza się rocznie na egzamin z języka polskiego?**

– Około 120 lekarzy rocznie deklaruje chęć przystąpienia do egzaminu. Przyjeżdżają z różnych stron świata. Mamy teraz w Polsce lekarzy cudzoziemców z 83 krajów. Jestem przewodniczącą komisji już drugą kadencję. W tym czasie zgłosiło się do nas około 500 obcokrajowców.

• **Zapewne nie wszyscy radzą sobie z opanowaniem języka polskiego...**

– Tutaj nie spotykamy tych, którzy kończyli studia w języku polskim. Na egzaminie mamy cudzoziemców, którzy studiowali medycynę w innym języku. Często zdarzają się nam tacy, którzy kończyli medycynę w uczelniach b. Związku Radzieckiego. Tam poznawali polskie dziewczyny. One stawały się ich koleżankami. Żenili się z nimi. I przyjeżdżali za nimi do Polski. I wtedy jest dramat. Dlatego, że oni uczą się języka medycznego rosyjskiego. Znają swój język ojczysty albo jakiś zachodni, w zależności od tego jakie wpływy były w rejonie, z którego cudzoziemiec pochodzi. A tu jeszcze należy poznać język polski. I tym naprawdę jest trudno zdać.

• **Niski poziom znajomości języka polskiego może odstraszyć pacjentów od najdoskonalszego lekarza!**

– Łatwiej mówić tym, którzy mają polskie korzenie. Niektórzy mieszkają na terenach przygranicznych. Wówczas utrzymują z nami częste kontakty. Przyjeżdżają wcześniej w celach zarobkowych. Handlują z nami.

Ale mamy również Mongołów i grupę ludzi z dalekiej Azji. Oni na podstawie konwencji praskiej mają uznawaną równoważność dyplomów. Są też lekarze z arabskiej części Azji. I z Afryki.

Znajomość języka jest jednym z warunków uzyskania prawa wykonywania zawodu. Miałam takie-

go cudzoziemca, który przed egzaminem przywoził mi dyktanda, które pisał. Wiem, że teraz jest na Śląsku. To był Ormianin, który bardzo ciężko pracował. Egzamin zdał świetnie. Dobrze napisał dyktando. I ładnie mówi.

• **Ale są tacy, którzy mówią gorzej. Ich słabości językowe mogą być niebezpieczne. Mogą się wiązać z ryzykiem popełnienia błędu w stawianiu diagnozy...**

– Dlatego jesteśmy zadowoleni z tego, że ci lekarze muszą odbyć staż podyplomowy w Polsce. Taki, jaki odbywają nasi lekarze, rodzimi. Mają wtedy swojego opiekuna. Cudzoziemiec, który w Polsce przebywa na karcie czasowego pobytu staż odbywa w placówce akademickiej, którą wskazuje mu minister zdrowia. Ten rok jest dla niego okresem, kiedy to jeszcze może swoją wiedzę medyczną ugruntować i skorygować. Jakby poprawić i troszkę podnieść jej poziom.

• **Polska nie jest jeszcze tak atrakcyjnym krajem jak państwa w Europie Zachodniej, a jednak lekarze do nas przyjeżdżają. Nie tylko za dziewczynami. Chcą tutaj żyć i pracować. Jakimi kierują się motywami?**

– Cudzoziemcy przyjeżdżają do nas w różnym celu. Przyjeżdżają z krajów Trzeciego Świata. Ci głównie w celu kształcenia. To są młodzi lekarze. Część z nich zostaje w Polsce. Część wraca do siebie.

Inni przyjeżdżają w celu odbycia stażu podyplomowego.

I jest trzecia grupa. To są ci, którzy przyjeżdżają w celu zarobkowym. Oni również muszą odbyć bądź zaliczyć część stażu. Ale nie robią tutaj specjalizacji ani doktoratu, tylko zarabiają pieniądze.

• **Chcą osiąść w Polsce na stałe?**

– Część tak. Ale część z nich pobyt w Polsce traktuje jako okres przejściowy przed wyjazdem dalej. Jeszcze bardziej na zachód. Do Niemiec. Do Stanów Zjednoczonych.

• **Jak cudzoziemscy lekarze są przyjmowani przez rodzime środowisko lekarskie?**

– Myślę, że nieźle. W środowisku akademickim koledzy są przyzwyczajeni do tego, że mają studentów obcokrajowców. A poza akademiami? Jeżeli prezentują wysoki poziom wiedzy, to przyjmowani są dobrze. Są to najczęściej młodzi, sympatyczni ludzie.



Sailesh Salvador Sequeira z Indii oraz Małgorzata Klimza i Małgorzata Kaczmarska-Banasiak

foto: Marek Stankiewicz

Żyją tu i chcą tu leczyć

Część kolegów przyjeżdża do nas z powodów losowych. Część jest bezpaństwowcami. Część wojna wygania z ich kraju.

Mieliśmy tutaj lekarza, który przyjechał ze swoją żoną Polką z Kosowa. Tam zostawił praktykę lekarską.

Ostatnio mieliśmy lekarkę, która jako jedyna z całej rodziny, ze swoim synkiem, uciekła z Czeczenii. Są to ludzie ciężko dotknięci przez los.

• Nie są zatem traktowani jak konkurencji?

– Myślę, że o żadnej konkurencji mowy być nie może. Polacy są jednak narodem dotkniętym przez wojny. Sami też często emigrowali. Ale wśród naszych kolegów lekarzy, tak jak i w całym społeczeństwie, część ludzi jest ksenofobami. Im nigdy nie będzie odpowiadało to, że ktoś przyjedzie chociażby z innego miasta. I taki lekarz też będzie dla nich niewygodny. Konkurencja, jeśli jest zdrowa, jest dobrą sprawą. Mobilizuje do podnoszenia własnych kwalifikacji.

• Lekarze egzotyczni nie zawsze wzbudzają zaufanie. Nieraz pacjenci niechętnie na nich patrzą. Obawiają się ich. Czy można powiedzieć, że są chorzy, którzy ich bojkotują?

– Ci, którzy nie będą chcieli pójść do lekarza o innym kolorze skóry, po prostu do niego nie pójdą. A ci, którzy pójdą i zorientują się, że ten lekarz im pomaga i jest życzliwie do nich nastawiony, przekonają się do niego. Tym bardziej, gdy będą mieli pozytywny wynik leczenia. I będą mówili znajomym, że u tego lekarza warto się leczyć.

Mam zatrudnioną u siebie w przychodni lekarzkę Polkę, repatriantkę z Rosji. Pacjenci szybko przekonali się do niej. Teraz ma bardzo dużo pacjentów, mimo że jednak mówi z zaśpiewem. I nie można ukryć faktu, że ma jakiś rodowód cudzoziemski.

• Zatem nasi specjaliści goście znajdują to, czego szukają...

– Często do krajów arabskich nie chcą wracać. Z różnych względów. Część z nich nie ma do czego wracać. Część z nich widzi, że tu łatwiej im żyć.

Myślę, że nasze wejście do Unii Europejskiej jest teraz takim magnesem. Przyciąga lekarzy szczególnie ze wschodniej strony. Z krajów postkomunistycznych i Rosji. Tu będzie jednak granica Unii Europejskiej. I ci, którzy teraz tu osiedlą się, będą mieszkali w Unii, co znacznie ułatwi im życie.

Wiktor Miechowski ukończył medycynę w Państwowym Uniwersytecie Medycznym w Zaporozżu na Ukrainie. Ma 23 lata. Jego marzenia są niecodzienne. W Polsce chce wstąpić do zakonu. „Gazecie Lekarskiej” mówi tak:

„Swoje życie chcę poświęcić służbie chorym jako kapłan. Wybrałem zakon o.o. kamilianów, który służy chorym. Takiej placówki nie ma na Ukrainie. A zakon potrzebuje lekarzy. Ma też swoje misje w Afryce. Polska prowincja ma placówkę na Madagaskarze. Kiedyś chciałbym pojechać na misję. A teraz będąc w zakonnie mogę odbyć staż lekarski. Potem chciałbym zrobić specjalizację z chirurgii ogólnej. Następnie zamierzam pracować jako lekarz. Później chcę jeszcze skończyć studia w seminarium. I być kapłanem i lekarzem równocześnie”.

Ukraiński lekarz świetnie mówi po polsku. Uczył się go na Uniwersytecie w Zaporozżu. Ma też polskie korzenie. Jego dziadek i pradziadek byli Polakami. Rodzice urodzili się na Uralu, dokąd został zesłany jego dziadek. Mama jest Rosjanką.

Hani Abou Tara jest Syryjczykiem. Pochodzi z Damaszku. Medycynę ukończył na Moskiewskiej Akademii Medycznej w 1994 r. Od dwóch lat mieszka w Starej Miłosnej koło Warszawy. Jest lekarzem dentystą. O swoim życiu opowiada tak:

„Po ukończeniu studiów medycznych przez sześć lat pracowałem w Akademii Medycznej w Hamburgu. Dobrze mi się żyło w Niemczech. Ale moja żona jest Polką. Studiowała razem ze mną. Była też ze mną w Niemczech. Tęskniła za Polską. Jej rodzina naciskała na nasz powrót. Dlatego tu przyjechaliliśmy”.

W Polsce jestem już dwa lata. Ale tutaj jest inaczej niż w Niemczech.

To kwestia systemu państwowego, nie ludzi. Tu jest duża biurokracja, która utrudnia działanie. Dopiero teraz mam nadzieję otrzymać prawo wykonywania zawodu.

Na początku chciałbym pracować w publicznej przychodni. Później w gabinecie prywatnym, który mamy wspólnie z żoną”.

Syryjczyk studiując w Moskwie miał stypendium. Później w Niemczech też otrzymał stypendium. Teraz pracuje naukowo dla hamburskiej Akademii Medycznej. W Polsce od dwóch lat nie może przystąpić do wykonywania zawodu. Dobrze mówi po polsku.

Andrzej Kondratjuk przez 19 lat pracował jako fizjoterapeuta. Do Polski przyjechał z Odessy na Ukrainie. Pięć lat temu rozpoczął pracę w Gdańsku. Obecnie od dwóch lat mieszka w Sopocie. Jest żonaty z Polką. W rozmowie z „Gazetą Lekarską” mówi:

„Teraz zamierzam pracować w swoim zawodzie. Będę rehabilitantem”.

Dobrze żyje mi się w Trójmieście. W Warszawie nie mogłem mieszkać. To duże miasto. Żle się czułem psychicznie i fizycznie. Podobnie jak nie mogłem być w Moskwie. To taki konglomerat. Jak człowiek żył przez jakiś czas w Odessie, to trudno przyzwyczaić mu się do dzisiejszych metropolii. Sopot przypomina mi starą Odessę”.

Ktoś kiedyś wymyślił, że w innym kraju powinno żyć się inaczej. I teraz każdy myśli, że tak jest naprawdę. Naprawdę człowiek żyje tam, gdzie mu się podoba. Nie ma znaczenia czy jest to Ameryka Południowa czy Polska, czy Rosja”.

Niektórzy ulegają stereotypom. Jeden jest taki, że ten kto przybywa z Ukrainy czy Rosji, to czymś różni się od tego kto mieszka w Polsce czy Słowenii. To nieprawda”.

Grac



Bardzo często uczelnie bywają miejscem pracy ludzi, którzy nie sprawdzili się w zawodzie lub nigdy nie pracowali zawodowo w swoich praktykach.

Wąska grupa wysokiej klasy specjalistów

Z prof. **Markiem Ziętkiem**, prezydentem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego rozmawia **Andrzej Fortuna**

• Mijają dwa lata kadencji, w której pełnisz funkcję prezydenta Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Wcześniej przez dwie kadencje byłeś jego wiceprezsem. Jaka jest dzisiaj kondycja PTS-u?

– PTS liczy dzisiaj ok. 6 tys. członków, a był czas, kiedy należało do niego 10-12 tys. Było wtedy jedyną organizacją lekarzy stomatologów zajmującą się, na miarę ówczesnych możliwości, sprawami zawodowymi, naukowymi i kształceniem lekarzy stomatologów. Nie było innych organizacji i stowarzyszeń lekarzy stomatologów.

Kiedy w kształceniu pojawiła się konkurencja, a izby lekarskie przejęły sprawy zawodowe i powstała możliwość tworzenia stowarzyszeń naukowych w wąskich specjalnościach stomatologicznych, liczba członków się zmniejszała.

Siła organizacji zależy jednak od aktywności zarządu i jej członków, a niekoniecznie od ich liczby. Po okresie pewnej stagnacji nastąpiło rozszerzenie działalności.

Ta stagnacja nie była spowodowana małą aktywnością Zarządu. Część członków PTS skierowała swoje zainteresowania w stronę innych organizacji. Niektórzy nie widzieli potrzeby przynależności do kilku towarzystw. Chociaż, co chcę podkreślić, większość to ci sami ludzie, którzy należą dzisiaj do specjalistycznych stowarzyszeń naukowych i równocześnie do specjalistycznych sekcji PTS-u.

PTS wydaje obecnie cztery periodyki naukowe, które angażują nam duże środki finansowe. One muszą być atrakcyjne, by znalazły swoje miejsce na rynku. „Czasopismo Stomatologiczne”, które wydajemy w liczbie 5 tys. eg-

zemplarzy oraz „Protetyka Stomatologiczna” – 2 tys. egzemplarzy, to główne czasopisma, które zależnie od zainteresowań członków dostarczane są do ich domów.

Ukazał się też periodyk „Dental and Medical Problems”, który bardzo szybko się rozwija i uzyskuje wysoką punktację Komitetu Badań Naukowych. Jest to jedyne w kraju pismo stomatologiczne, w którym można publikować prace w języku angielskim. To dawna „Wrocławska Stomatologia”. Od dwóch lat ma ona charakter ogólnopolski.

„Poznańska Stomatologia”, która obecnie nazywa się „Dental Forum”, ma też ambicje stać się czasopismem ogólnopolskim.

Zmiany w periodykach naukowych są wyraźne, i stanowią szeroką propozycję.

PTS oferuje również szkolenia i spotkania z naszymi członkami, w czasie których prezentowane są nie tylko prace naukowe, ale też i praktyczne. Oddziały organizują takie szkolenia raz w miesiącu lub co dwa miesiące, a sekcje raz do roku. Na tych spotkaniach przedstawiane są także nowe technologie i nowe materiały.

Nadażamy więc za czasem, nie zawsze jednak nadażamy za techniką. Tam, gdzie wchodzimy w sferę działań bardzo drogie, takich jak nasze przedsięwzięcie na CEDE w Łodzi, które zorganizowaliśmy wspólnie z firmą „Exactus” i SPLS, gdzie prezentowaliśmy na żywo transmitowane zabiegi, musimy włożyć ogromne środki i tego nie byłibyśmy w stanie zrobić bez pomocy sponsorów, bez pomocy firm i „Exactusa”, który to zorganizował.

Musimy szukać sprzymierzeńców i nie można mówić, że stanowimy kon-

kurencję dla tego czy innego towarzystwa naukowego lub zawodowego, jakim jest np. SPLS czy izba lekarska. Działamy dla jednego celu i tylko przy połączeniu sił można dzisiaj coś dobrego przedsięwziąć.

• Jak widzisz możliwość stałej współpracy izb lekarskich i PTS-u w obszarze kształcenia ustawicznego lekarzy stomatologów?

– Jest ona konieczna. Izba ma skonkretyzowane propozycje organizacyjne i konkretny system punktowy. Nikt nie chce tego z izby zdjąć. My, jako PTS, nie mamy takich ambicji, aby kształceniem ustawicznym kierować. Nie ma jednak, jak sądzę, możliwości organizowania na dobrym poziomie kształcenia ustawicznego, a mówiąc ściślej podyplomowego tylko przez izbę lub tylko przez PTS czy jakąkolwiek inną organizację.

Izba ma spójny system punktowy, ma środki finansowe wszystkich lekarzy stomatologów. Towarzystwo ma potencjał naukowy w postaci pracowników naukowo-dydaktycznych. Izba ma swój potencjał praktyczny, inne stowarzyszenia też.

Wiele przedsięwzięć powinniśmy realizować wspólnie. To nie znaczy, że któraś z organizacji ma utracić swoją suwerenność. Jednak pewne zamysły, a na pewno duże przedsięwzięcia, powinniśmy wykonywać wspólnie.

Nigdy nie uznawałem podziałów, m.in. dlatego zostałem prezydentem PTS-u, bo większość tych, którzy mnie wybrali, myśli podobnie.

• Już od dłuższego czasu obserwuje się natłok ofert różnych osób i firm proponujących szkolenia lekarzy stomatologów i przysyłających do nich masowo oferty kursów i szkoleń. Ewenementem

w naszym kraju są propozycje niektórych firm kierowane do lekarzy stomatologów. Firmy te żądają opłat za możliwość przedstawienia swojej oferty, którą oferują w formie płatnego kursu lub szkolenia. To jest zjawisko nie-normalne. Tak nie dzieje się w innych krajach. Czy słysząc, żeby gdziekolwiek firmy farmaceutyczne lub inne prowadzące działalność handlową organizowały płatne kursy dla lekarzy, aby zapoznać ich ze swoimi produktami? Jak jest twoje zdanie w tej sprawie?

– Tak nie powinno być. Firmy oczywiście mogą organizować spotkania, w czasie których chcą przedstawiać lekarzom swoją ofertę i zapraszać na nie lekarzy, aby zapoznać ich ze swoją propozycją. Zgadza się, że takie spotkania powinny odbywać się na koszt firm. Tak jest wszędzie. To jest inwestycja w interesie firmy. Powinien to być jednak przegląd technologii, a nie tylko jednostronne spojrzenie na problem lub daną technologię.

Jeżeli chodzi o osoby, rozumiem, że chodzi o lekarzy stomatologów spoza uczelni. Należy też stwierdzić, że dzisiaj uczelnie stomatologiczne nie zawsze dysponują najlepszymi technologiami. Wiele praktyk i przychodni prywatnych dysponuje lepszymi technologiami. One pracują w systemie pozabudżetowym, lepiej gospodarują środkami, mają pieniądze.

Pracują tam ludzie, którzy chcą się kształcić i kształcą się, często także za granicą. I ten potencjał powinien być również wykorzystany w kształceniu podyplomowym lekarzy stomatologów.

Warto po tych ludzi sięgać i wykorzystywać bazę dobrych przychodni. Jednak nad tym powinien być jakiś nadzór merytoryczny. Aby nie było przekłamań. Aby to, co się przekazuje lekarzom praktykom, było w zgodzie z aktualną wiedzą. Aby była tam mowa o rozwiązywaniu problemów w ujęciu obiektywnym (widzianym z kilku stron), nie tylko komercyjnym, co się niestety często zdarza.

Jednak główną bazą powinny być uczelnie i ich pracownicy naukowo-dydaktyczni. W tym celu można wykorzystać system punktowy w kształceniu ustawicznym. Punkty powinno się przyznawać tylko takim szkoleniom, które te warunki spełniają.

• *Jesteś nie tylko prezydentem największego towarzystwa naukowego, ale też dziekanem Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego. Jak oceniasz kondycję polskich uczelni stomatologicz-*

nych? Co musi się zmienić, aby absolwent polskich uczelni uzyskał kompetencje opisane w dokumentach Unii Europejskiej? Mielismy przecież duże problemy z Komisją Europejską w sprawie programów kształcenia przeddyplomowego, w czasie rozmów związanych z akcesją do UE.

– Jeżeli chodzi o program kształcenia, to po niewielkich modyfikacjach został on zaktualizowany i zaakceptowany. Jest już realizowany w większości uczelni w Polsce.

To nie znaczy, że źle kształciliśmy. Mielismy trochę inne podejście do zawodu lekarza stomatologa i tego podejścia do zawodu lekarza stomatologa się nie wyrzekamy. Poszerzamy zakres umiejętności i wiedzy praktycznej, nie rezygnujemy jednak z wiedzy ogólnomedycznej. Tak postępują wszystkie uczelnie i rozsądne rady wydziałów.

Wszystko dzisiaj podlega jednak regułom ekonomicznym. Uczelnie są na utrzymaniu budżetu państwa, a budżet jaki jest, to widzimy.

Stomatologia jest najdroższym kierunkiem kształcenia na uczelniach medycznych, a otrzymuje najmniej pieniędzy. Nie ma więc możliwości kształcenia z użyciem, na bieżąco, najnowocześniejszych materiałów, technologii i urządzeń.

Trudno, abyśmy żądali od studentów dodatkowych pieniędzy w kształceniu przeddyplomowym, choć niektóre uczelnie wymagają posiadania własnego drobnego sprzętu, np. końcówek.

• *To m. in. był zarzut stawiany przez niemiecką prasę dentystyczną: że polscy absolwenci nie są przygotowani do przejęcia wyższych technologii wyposażenia, jakie jest w krajach UE.*

– To nie jest tak. To tak jakbyśmy mówili, że kierowca malucha jest gorszy od tego, który jeździ mercedesem lub samochodem średniej klasy. Często więcej musi wiedzieć, być lepszym kierowcą i mechanikiem ten, który jeździ „maluchem”.

• *Mówi się, że uczelnie w Polsce kształcą zbyt dużo lekarzy stomatologów, że gdyby zmniejszyła się liczba kształconych studentów, to poprawiłaby się jakość kształcenia; tym bardziej, że są studenci studiów tzw. wieczorowych, którzy płacą za swoje kształcenie i nic innego więcej nie otrzymują. We wspólnym stanowisku przyjętym przez PTS i KS NRL zgodzono się, że liczba studiujących powinna zależeć od możliwości kadrowych, lokalowych, aparaturowych uczelni. Czy nie uważasz,*

że zmniejszenie liczby studentów może spowodować poprawę jakości kształcenia? Nie należy przecież spodziewać się, że państwo będzie stać na wyposażenie wszystkich uczelni w nowoczesny sprzęt i aparaturę, tak aby jakość kształcenia tak wielu studentów była możliwa.

– To, co powiem, będzie bardzo niepopularne. Wydaje mi się, że dzisiaj kształcimy zbyt wielu studentów stomatologii. Nie chodzi o wielkie ograniczenia, nie chodzi o to, aby w skali uczelni z 80 absolwentów ograniczyć ich do 40. Jeżeli w skali kraju ograniczymy o 10% czy 15% liczbę studentów, to wyjdzie to na zdrowie zawodowi, uczelniom, a także pracownikom nauki, którzy zaczną walczyć o swoje miejsce pracy na uczelni.

Bardzo często, niestety, uczelnie bywają miejscem pracy ludzi, którzy nie sprawdzili się w zawodzie, nie osiągnęli niczego szczególnego i są wiecznymi asystentami czy adiunktami bez perspektyw. Nie realizują się również w zawodzie, bo nie pracują lub nigdy nie pracowali zawodowo w swoich praktykach.

Ale jest zagrożenie, że ograniczając liczbę absolwentów można spowodować za kilka lat brak polskich lekarzy do obsadzenia stanowisk. Miejsca te wypełnią lekarze z Unii. Wiadomo, że każdy kraj chroni swój rynek pracy. Jeżeli wejdziemy do Unii, to każdy będzie mógł podjąć praktykę w naszym kraju. Jeżeli wierzyć liczbom, to mamy ok. 30 tys. lekarzy stomatologów, a wykonujących zawód jest ok. 26 tys. Na jednego lekarza stomatologa przypada więc ok. 1,5 tys. obywateli.

• *Ale te potrzeby powinny uwzględnić potrzeby zdrowotne w perspektywie lat trzydziestych i pięćdziesiątych tego wieku, bo absolwenci z roku 2003 będą pracowali jeszcze w roku 2050, a potrzeby zdrowotne ludności będą zapewne inne. Nie należy mieć wątpliwości, że częstość i intensywność choroby próchnicowej zębów będzie wtedy bardzo ograniczona i nie będzie takim problemem jak dzisiaj. Nie będzie zatem powodować obserwowanych teraz skutków tej choroby. Będą zapewne inne stomatologiczne problemy zdrowotne, ale do ich rozwiązywania nie będzie potrzeba tak wielu lekarzy stomatologów.*

– Zgoda, ale właśnie to wszystko należy uwzględnić w strategii dla zawodu i strategii dla opieki stomatologicznej. Jednak byłbym bardzo daleki od tego, aby likwidować uczelnie. Należy jedynie ograniczyć w niewielkim, jak mówi-

dokończenie na str. 16

Wąska grupa wysokiej klasy specjalistów

dokończenie ze str. 15

łem, stopniu liczbę kształconych studentów po to, aby poprawić przede wszystkim jakość kształcenia i aby nasi absolwenci mogli być równi, a nawet lepsi już na starcie do zawodu.

Trzeba obliczyć realne potrzeby, wydać na to pieniądze i wiedzieć, jakie są i będą te realne potrzeby. Należy też obserwować jak rozkłada się kształcenie w innych krajach Unii i tych, które do Unii aspirują. To jest proces. Nie można takich decyzji podejmować bez opisanie strategii sięgającej do lat, o których mówisz.

• Trwa akredytacja uczelni. Mówi się, że w Polsce przy tej liczbie uczelni stomatologicznych i studentów jest zbyt mała kadra samodzielnych pracowników nauki. Nie znamy wyników pracy zespołu ds. akredytacji. Czy to prawda, a jeżeli tak, to czy jest konkretny pomysł jak to zmienić?

– Liczba samodzielnych pracowników naukowych to duży problem. Trudno liczyć ich dzisiaj tak, jak chcą tego przepisy.

Studenci stomatologii liczeni są wyłącznie w stosunku do samodzielnych pracowników nauki w dyscyplinach stomatologicznych, a przecież uczą ich anatomicie, fizjologii, farmakologii, chemicy, interniści itd. Przyznaję jednak, że dopóki nie zwiększy się liczba samodzielnych pracowników naukowych, to będziemy mieć trudną sytuację.

Trzeba jednak przebudować system wynagradzania pracowników uczelni. Powinien on być bardziej zróżnicowany, a asystent podejmujący pracę, powinien mieć możliwość utrzymania z pensji siebie i rodziny. Mógłby wówczas poświęcić się pracy naukowej i dydaktyce, a nie szukać dodatkowych źródeł finansowania poza uczelnią.

Jeżeli nie będzie takich ofert, to najlepsi nie przyjdą. Habilitacja kosztuje, a nie przynosi profitów finansowych. Praca naukowa to dzisiaj bardziej hobby niż źródło utrzymania.

• Środowisko jest niezadowolone z tego, że ograniczony jest dostęp do specjalizacji. Komisja Stomatologiczna

NRL uznała, że należy w odniesieniu do stomatologii zmienić system kwalifikacji do kształcenia specjalizacyjnego. Jaka jest w tej ważnej sprawie twoja opinia i jakie jest stanowisko PTS-u?

– Sytuacja jest taka sama na uczelni. Nikt z kierowników specjalizacji, asystent lub doktorant, który uzyskał miejsce na uczelni w konkursie, nie może wszcząć postępowania specjalizacyjnego. Powinna być wąska grupa wysokiej klasy specjalistów.

Nikt na uczelni – poza uczelnią też – nic nie ma z tego, że prowadzi kształcenie specjalizacyjne. Nie otrzymuje żadnej gratyfikacji, ani nie ma odliczonego na to pensum dydaktycznego. To dopust Boży mieć jednego, a co dopiero kilku „specjalizantów”. Nie ma więc zachęty, aby brać na siebie taką odpowiedzialność.

W gabinecie prywatnym, w dużej dobrej przychodni taki „specjalizant” zajmuje miejsce, które musi być wyposażone ze środków finansowych prywatnego właściciela. Należy mu zapewnić pacjentów z problemami zdrowotnymi, które warunkują realizację programu kształcenia, a na dodatek jest zesłany do takiej praktyki czy przychodni i po kilku latach idzie do swojej praktyki jako wykształcony. Nie mam wątpliwości, że wiele dobrych przychodni chciałoby prowadzić kształcenie specjalizacyjne w sytuacji, kiedy mogliby kształcić własnych pracowników.

• Jesteś też konsultantem krajowym. Czy konsultanci przedstawili ministrowi zdrowia propozycje rozwiązań w zakresie kształcenia specjalizacyjnego? Programy specjalizacji wskazują na to, że znajdują się w nich takie wymogi jakie powinny być wypełnione w kształceniu przeddyplomowym.

– Nie przedstawili, bo minister nigdy się o podjęcie takiej pracy nie zwrócił, ani jej nie zlecił. Konsultanci krajowi wykonują swoje zadania odrębnie, zgodnie z rozporządzeniem.

Nie ma, niestety, koordynacji tych działań. Nie ma wspólnych spotkań konsultantów organizowanych przez MZ w celu ustalania wspólnych opinii, czy też w celu ustalenia strategii dla rozwoju zawodowego i strategii dla stomatologii polskiej.

Sądzę, że tak jak w latach dziewięćdziesiątych powinien zostać opracowany Narodowy Program Opieki Stomatologicznej na przyszłe lata. Powinien obejmować perspektywy rozwoju zawodowego, opieki stomatologicznej nad dziećmi i osobami starszymi, cały

kompleks zagadnień profilaktycznych oraz zasady kształcenia i finansowania w stomatologii.

• Jak twoim zdaniem i zdaniem PTS-u powinny wyglądać relacje pomiędzy izbą i PTS-em?

– Komisja Zawodowa Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego z chwilą powołania izb lekarskich przestała działać i sprawy zawodowe przejęte zostały przez izby lekarskie. To na posiedzeniu plenarnym PTS-u została wybrana grupa członków PTS-u do Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich z prof. Włodzimierzem Józefowiczem, ówczesnym prezesem PTS na czele. Do dzisiaj są to najaktywniejsi działacze izb.

PTS miało niewątpliwie wpływ na powstanie izb lekarskich. Od tamtej chwili stało się stowarzyszeniem naukowym i pełni w życiu zawodowym lekarzy stomatologów inną rolę. Statut stowarzyszenia wyraźnie określa jego zadania. Izba ma swoje ustawowo zapisane zadania i obowiązki przyjęte od państwa.

Te dwie organizacje dobrze mogą służyć środowisku. Nie wyobrażam sobie sytuacji, aby izba i PTS nie współpracowały z sobą, a szczególnie na polu kształcenia ustawicznego i współpracy międzynarodowej, gdzie wspólnie tworzymy Polski Komitet Krajowy FDI.

Komitet ten powinien wyznaczać kierunki rozwoju opieki stomatologicznej, reprezentować stanowisko Polski w FDI i ERO oraz promować naukę polską poza granicami kraju, a w Polsce najnowsze osiągnięcia nauki światowej.

• Byłeś wraz ze Zbyszkim Klimkiem, prezesem PSLS, współautorem listu do prezesa NRL w sprawie wyborów do samorządu lekarskiego. Prowadzono badania ankietowe podczas CEDE w roku 2002. Obecnie NRL na wniosek Komisji Stomatologicznej przyjęła stanowisko w sprawie autonomii lekarzy stomatologów we wspólnej izbie lekarzy i lekarzy stomatologów. Jakie jest twoje zdanie?

– Sądzę, że jest to obecnie rozwiązanie optymalne. Osobiście uważam, że lekarze stomatolodzy powinni mieć zapewnione prawo do podejmowania suwerennych decyzji dających możliwość rozwiązywania naszych problemów. Są one bardzo często różne od problemów z jakimi mają do czynienia lekarze medycyny. Wiąza się z tym problemy kształcenia, specjalizacji, praktyk indywidualnych i specjalistycznych oraz problemy finansowe.

rozmawiał Andrzej Fotuna



foto: Marek Stankiewicz

Dwie postawy

Propozycje najgorszych kontraktów centrala NFZ przygotowała dla lekarzy POZ-u i stomatologów.

Ci pierwsi wyliczyli, że oferowane im stawki są niewspółmiernie niskie w stosunku do realnych kosztów. Uznali więc, że pod znakiem zapytania stoi rentowność ich gabinetów. Ponieważ fundusz był głuchy na ich argumenty, część z nich postanowiła nie składać ofert wcale.

Stomatolodzy nie wyliczali nic, bo za nich zrobili to eksperci. Wykazali, że o opłacalności prowadzenia gabinetu dentystycznego w ramach ubezpieczeń nie ma mowy, bo fundusz zniżył stawki w stosunku do rzeczywistych kosztów od 200 do 350 %.

Zdecydowany protest kolegów z POZ przeciwko niekorzystnym warunkom kontraktowym na 2004 r. zaskoczył wszystkich, a najwięcej NFZ. Centrala nie spodziewała się, że zdeterminowani lekarze rzucą na szalę swoją egzystencję opartą przecież w większości na kontraktach z funduszem i odmówią złożenia ofert. Zamiast próbować jakoś z nimi się dogadać centrala poszła w zaparte i zarządziła ignorowanie lekarzy i całkowity zakaz rozmów z nimi. Przynajmniej taki stan rzeczy obowiązuje na dzień, w którym piszę te słowa, tzn. na 2 grudnia. Co będzie dalej – zobaczymy.

Stomatolodzy nie dyskutowali czy mimo wszystko da się jakoś prowadzić gabinet z pieniędzy płaconych przez fundusz. Wiedzieli, że nie. Chyba, że sami dołożą do interesu. I postanowili dokładać. Bo dzięki dopłatom, oficjalnym i nie, jakoś wyjdą na swoje. Byłe szyld NFZ zwabił pacjentów.

Wiele o tym pisałem, tak że nie mam już siły do tego wracać.

Obojętnie jak potoczą się losy protestu, pewne jest, że wiele on lekarzy nauczył. Jest drugim o takim zasięgu i rozmachu w przeciągu kilku ostatnich lat. Pierwszym był pamiętny strajk anestezjologów. Dzisiaj-

szy jest większy, bo dotyczy większej grupy kolegów, którzy mimo to są doskonale zorganizowani. Może jeszcze nie w całej Polsce równo, ale jednak. I mają duże szanse na sukces, m.in. poprzez poparcie izby lekarskiej. To jest podstawowa nauka dla lekarzy, i nie tylko dla nich, na przyszłość, że jednak można. Potrzeba tylko zdecydowania, rzeczowych argumentów i solidarności.

Stomatolodzy, psiocząc na czym świat stoi na fundusz, gremialnie oferty złożyli.

Uznali, że jeżeli parę koleżanek i paru kolegów dało się wybrać do władz naczelnym izby, to ich świętym obowiązkiem jest konsultować i handryczyć się z centralą funduszu. Oni, rzecz jasna, staną za nimi murem, tylko załatwią sobie kontrakty.

Podstawy do złorzeczenia dentyści mieli aż nadto solidne.

Wyliczenia wykonane przez niezależnych ekspertów niezbicie wykazały, że wartość jednego punktu za świadczenia stomatologiczne nie może być niższa niż 15 gr.

Podobnie wyceniły wartość świadczeń stomatologicznych obliczenia dokonane na zlecenie ministra zdrowia w 1994 r. przez Zakład Usług Naukowo-Badawczych i Konsultingowych w Łodzi.

Fundusz daje maksymalnie 7 gr, co oznacza, że nie wywiązuje się z obowiązku prowadzenia analizy kosztów, jakości i dostępności, do czego zobowiązuje go ustawa.

Kalkulacje dokonane przez NFZ, a właściwie ich brak, uniemożliwiają realizację rozporządzenia ministra zdrowia z czerwca 2003 r. o prawie lekarzy do otrzymywania od NFZ wynagrodzenia za wykonaną pracę.

I co? I nic.

Andrzej Baszkowski

Lekarz może pracować co najwyżej 48 godzin w tygodniu, a jeżeli musi więcej, to będzie to możliwe tylko za jego zgodą i na postawionych przez niego warunkach.

Blady strach

Marek Wójtowicz



Od jakiegoś czasu ostro edukuję się w temacie unijnego prawodawstwa medycznego i stwierdzam, że dla polskiej braci lekarskiej idą lepsze czasy. 1 maja 2004 r. wchodzimy do krainy poszanowania wysokich kwalifikacji i ciężkich lat studiowania tajników medycyny.

foto. Marek Stankiewicz

Już nie będzie tak, że skądinąd godny szacunku robotnik przy taśmie albo górnik w mundurku z piórkiem zarabia więcej niż lekarz, ma trzynastkę i czternastkę, a dodatkowo corocznie wagon węgla lub inny naturalny deputat. Od 1 maja 2004 r. będzie tak, że lekarz może pracować co najwyżej 48 godzin w tygodniu, a jak musi więcej, to będzie to możliwe tylko za jego zgodą i na postawionych przez niego pracodawcy warunkach. Będzie tak, że dyżur lekarski jest czasem pracy bez względu na to czy na dyżurze coś się robi, czy tylko się siedzi, gapi w TV i czeka na interwencję.

Europejski Trybunał Stanu orzekł w sprawie lekarzy hiszpańskich ostro dyżurujących w tzw. zespołach pierwszej pomocy (Sindicato de Medicos de Asistencia Publica) przeciwko Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana (nr sprawy C-303/98), że czas dyżuru lekarzy obecnych fizycznie w miejscu świadczenia usług ma być w całości traktowany jako czas pracy, a więc jako godziny nadliczbowe ponad limit wypracowywany na etacie dziennym.

ETS stwierdził, że samo przebywanie w szpitalu, w oddaleniu od rodziny i bez innych, charakterystycznych dla czasu wolnego atrakcji i udogodnień oznacza, że pracujemy. Nawet rzut oka na telewizor w gabinecie lekarskim lub drzemka na szpitalnym tapczaniku nie zmienia wg ETS faktu, że jest to czas pracy. Identyczne, prolekarskie stanowisko zajął Europejski Trybunał Stanu we wrześniu 2003 r. w sprawie lekarza niemieckiego dr. Norberta Jaegera, który pozwał pracodawcę (szpital w Kolonii) za zapłacenie mu jedynie za czas faktycznie poświęcony na opiekę nad pacjentem.

W UE nie ma sądowniczej praktyki „rozciągania” wyroków dotyczą-

cych danego państwa na pozostałe kraje członkowskie (ww. dotyczą jedynie Hiszpanii i Niemiec), ponieważ art. 152 pkt 5 Traktatu Amsterdamskiego stanowi, że Unia nie wtrąca się do organizacji i funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej poszczególnych krajów UE. Ale nie ma się co martwić, bo jak znam życie, to natychmiast po wstąpieniu Polski do Unii któryś z ponad 10 tysięcy dyżurów lekarskich pełnionych 1 maja 2004 r. w jednym z prawie tysiąca polskich szpitali zostanie zaskarżony, a nazwisko dyżuranta-powoda stanie się historyczne i zostanie wykute po jakimś czasie na granitowej elewacji siedziby NIL, a może przy wejściu do biura OZZL także.

Z punktu widzenia takiego jak ja pracodawcy-dyrektora specjalistycznego SPZOZ-u płaćcie za dyżury jak za nadgodziny jest zadaniem niemal niemożliwym do zrealizowania przy obecnym poziomie finansowania usług zdrowotnych przez NFZ. Z drugiej strony, polska ustawa o ZOZ-ach w artykule definiującym usługę szpitalną nakazuje, aby zapewnić w szpitalu całodobową opiekę medyczną.

Zapisany w tej ustawie etatowy czas pracy lekarza w dni robocze to 7 godz. 35 min. dziennie czyli np. od 8.00 do 15.35. W tych godzinach faktycznie wykonuje się większość procedur medycznych, a później, po południu i w nocy jeden lekarz na oddziale załatwia tzw. urgensy. Teoretycznie dla uniknięcia, po wejściu do UE, kosztownych nadgodzin dyżurowych możliwe byłoby wprowadzenie systemu pracy zmianowej lekarzy dyżurnych. Oprócz normalnego, dziennego zespołu 4-5 lekarzy w szpitalnym oddziale należałoby zatrudnić zespół 5 lekarzy pracujących wyłącznie w dyżurowym „kółeczku” zmianowym, podobnie jak ma to miejsce u pielęgniarek...

pod warunkiem, że nie chorowaliby zbyt często i nie prosiliby o jakieś odelegowania dla odbycia szkoleń specjalizacyjnych.

Lekarze z „kółka dyżurowego” zmieniłoby się co 8 lub co 12 godzin. W opisanym systemie należałoby zatem łącznie zatrudnić w typowym oddziale szpitalnym co najmniej 10 lekarzy, podczas gdy teraz pracuje 6, 7 lub 8 lekarzy obsługujących oddział w ramach etatu i dodatkowo pełniących dyżury płatne poniżej standardów unijnych.

Dla spełnienia unijnych wymogów czasu pracy należałoby zatem zatrudnić w każdym oddziale dodatkowo 2-3 lekarzy do pracy zmianowej na dyżurze, opłacanych oczywiście z oszczędności uzyskanych z likwidacji pełnionego poza etatem dyżuru lekarskiego. Teoretycznie jest to możliwe, ale nie praktycznie.

Który dyrektor szpitala z dnia na dzień tj. z 30 kwietnia na 1 maja 2004 r. znajdzie nagle dla prawie tysiąca polskich szpitali co najmniej 3 tysiące dodatkowych lekarzy-specjalistów posiadających kwalifikacje do objęcia nocną opieką hospitalizowanych i ambulatoryjnych nocnych marków zgłaszających się do izby przyjęć ze sznytmami, bólami brzucha, zatrzymaniem moczu, stolca lub gazów, jakimś „połykiem” albo dusznością pochodzenia sercowego lub nie wiadomo jakiego? Ano żaden!

Dlatego już teraz blady strach padł na menedżerów niemieckich i hiszpańskich, skąd wytrzasnąć nagle tysiące dodatkowych lekarzy dla zapewnienia opieki całodobowej.

Ten sam blady strach padnie na polskich menedżerów szpitali, bo po 1 maja 2004 r. to nie oni, ale tłamszeni do tej pory finansowo lekarze będą dyktować warunki, na jakich łaskawie zgodzą się pracować w szpitalu dodatkowo, po nocy.



Dyplomy lepsze i gorsze

Grażyna Ciechomska

Polacy z coraz większą sympatią patrzą na Zachód. W 1992 r. za granicę wyemigrowało 18,1 tys. obywateli naszego kraju. Rok temu liczba ta zwiększyła się do 24,5 tys. osób.

Nierzadko możliwość osiedlenia się w państwach UE rozważają lekarze. Często młodzi. Ale nie brakuje wśród nich przedstawicieli średniego pokolenia. Lekarze najchętniej zamieszkaliby i leczylili chorych w krajach skandynawskich, Niemczech i Anglii.

UE stwarza swoim obywatelom dogodne warunki do swobodnego podróżowania i osiedlania się w wybranym miejscu. Równocześnie usuwa bariery w podejmowaniu pracy. Zjednoczenie Polski ze Wspólnotą Europejską daje naszym lekarzom nowe perspektywy.

Kilkakrotnie zwiększy się rynek świadczeniobiorców medycznych. Potencjalnie wszyscy lekarze i studenci uzyskają dostęp do najlepszych uczelni medycznych na kontynencie. Będą mogli zatrudniać się w najznakomitszych europejskich ośrodkach badawczych i leczniczych. Nowa sytuacja ułatwi zapoznanie się z najnowocześniejszymi terapiami, sposobami diagnostyki i najdoskonalszą aparaturą. Wszyscy chętni otrzymają szansę kształcenia i doskonalenia lekarskiego w języku kraju osiedlenia.

Kwalifikacje równe unijnym

W krajach Piętnastki obowiązują jednolite kryteria uznawania kwalifikacji zawodowych. Lekarze posiadają przywilej automatycznego potwierdzenia dyplomów lekarskich, zdobytych w ojczystych krajach. Za trzy miesiące przywilej ten będzie przysługiwał lekarzom polskim. Dyplomy lekarskie uzyskane w polskich akademiach medycznych staną się równoważne dyplomom zdobytym w pozostałych 24 państwach Wspólnoty Europejskiej.

W okresie przedakcesyjnym dostosowano systemy kształcenia lekarzy z państw kandydujących do systemów krajów członkowskich. Dyrektywa eu-

ropejska wskazuje minimalne okresy kształcenia medycznego. Określa też pewne minimalne programy kształcenia. Polska wiele miesięcy temu skorelowała proces kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów z minimalnymi wymogami, które obowiązują w UE.

Zaniedbania legislacyjne

Zaniepokojenie wzbudziła listopadowa wypowiedź Danuty Hübner, minister ds. europejskich. Negocjatorka powiedziała w Brukseli: „Do pełnego członkostwa w UE brakuje Polsce kilkudziesięciu ustaw. **Pozostaje jeszcze wydanie pewnej liczby rozporządzeń m.in. takich, które pozwolą na uznawanie w UE kwalifikacji polskich: lekarzy, dentystów, pielęgniarów, położnych i architektów**”. Minister zapewniła Brukselę, że odpowiednie przepisy prawne rząd wyda do końca obecnego roku.

Na wiosnę 2003 r. przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej informowali lekarzy i lekarzy dentystów, że wszelkie wymogi formalne pomiędzy Polską a UE, w zakresie potwierdzania kwalifikacji i umiejętności lekarskich, są spełnione. Ekspert europejscy wcześniej poświadczili pełną koordynację kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów do norm europejskich i przystosowanie odpowiedniego ustawodawstwa polskiego do prawodawstwa unijnego. Dlaczego zatem z tak ważnymi rozporządzeniami czekano do ostatniej chwili? Dlaczego dopiero wytknięcie Polsce w corocznym raporcie zaniedbań dotyczących braku stosownych przepisów medycznych zmusza urzędników do uzupełnienia tej legislacji?

– Minister edukacji wyda rozporządzenie „O minimach programowych dla sektorowych zawodów medycznych” i odrębne, drugie rozporządzenie „Minima dla lekarzy”. To powin-

no wyczerpać brakującą legislację po stronie polskiej w zakresie uznawania kwalifikacji zawodów sektorowych – informuje Roman Danielewicz, dyr. Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia. Rozmówca wyjaśnia, że rozporządzenia w uproszczeniu dotyczą zakresu i czasu trwania studiów.

Wstyd urzędniczy

Wytknięte nam brakujące prawne akty medyczne nie wnoszą nowych wymagań do zasady automatycznego potwierdzania kwalifikacji lekarzy. Ale wprowadzają atmosferę niepokoju. Przypominają o tym, że urzędnicy polscy jeszcze nie całkowicie spełniają unijne normy. Są opieszali i zapominalscy. Narażają Polskę na wstyd.

Dwa nowe rozporządzenia nie wprowadzą dla lekarzy polskich innych przepisów niż obowiązujące lekarzy unijnych. Proces uznawania dyplomów lekarskich będzie jednakowy dla lekarzy polskich, francuskich, niemieckich, czeskich czy estońskich.

Należy jednak pamiętać o tym, że kwalifikacje lekarza polskiego, który ukończył studia medyczne np. w Moskwie czy w Bułgarii, nie będą podlegały przepisom unijnym. Lekarz taki będzie musiał nostryfikować dyplom lekarski w taki sposób, jak czynią to nasi lekarze na Zachodzie obecnie. Dlaczego? Dlatego, że dyrektywa unijna dotyczy dyplomów lekarskich uzyskanych w uczelniach państw członkowskich. Ani Rosja, ani Bułgaria nie będą od 1 maja 2004 r. należały do Wspólnoty Europejskiej.

Odmierna natomiast będzie sytuacja obywatela polskiego, ale innej narodowości, który ukończył polską akademię medyczną i otrzymał dyplom tej uczelni. Jego kwalifikacje będą równoważne z kwalifikacjami obywateli Wspólnoty Europejskiej i będą uznane automatycznie.

• **(Bez)konkursowi ordynatorzy.** „Jeśli szpitale będą spółkami, to o tym, kto będzie kierownikiem oddziału, będą decydowały różne układy” – obawiają się ordynatorzy z Podlasia. • **Łowienie poza siecią.** Szpitale będące poza Krajową Siecią Szpitali także będą mogły być kontraktowane przez NFZ – twierdzi wiceminister zdrowia Ewa Kralowska. • **Pacjenci specjalnej troski.** 4 mln zł zapłacią w tym roku wszyscy podatnicy za uprzywilejowany dostęp do leczenia polskich vip-ów z rodzinami. • **Spokojnie, to tylko... nieporozumienie.** Nie będziemy płacić za przyjazd karetki pogotowia – uspokaja NFZ. • **Przymuszony Fundusz.** „Nie jest prawdą, że NFZ chce zlikwidować medycynę rodzinną. Fundusz został postawiony w sytuacji przymusu przez tych lekarzy, którzy nie złożyli ofert” – napisała w oficjalnym oświadczeniu rzecznik NFZ Aneta Styrynik. • **Ze współpłaceniem przez pacjentów i bez konkursów ofert.** Porozumienie Środowisk Medycznych zaproponowało własny program naprawy systemu ochrony zdrowia. • **Będą zmiany.** Wszystkie kluby parlamentarne są za zmianami w prawie farmaceutycznym. • **Jedna Europa – jednolite szkolnictwo wyższe.** W 2010 r. ma dojść do zintegrowania europejskich systemów szkolnictwa wyższego. • **„Polskie rządy prowadzą złą politykę lekową”.** NIK powinna wyjaśnić dlaczego ceny tych samych leków są w Polsce wyższe niż w Czechach, Słowacji i na Węgrzech – uważa senator Adam Graczyński. • **1 aptekarz = 1 apteka.** Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych jest za zapisem, by jeden aptekarz mógł prowadzić jedną aptekę. • **Winne samorządy.** Samorządy wspierając protestujących lekarzy... dezorganizują opiekę medyczną – uważa NFZ. • **Przestępcy w białych fartuchach.** Były minister zdrowia Mariusz Łapiński chce powołania komisji śledczej do spraw leków. • **Meandry polskiego prawa.** „Kontrakty NFZ ze szpitalami na POZ byłyby niezgodne z prawem” – uważa prezes NRL, dr Konstanty Radziwiłł. • **„Ja, obywatel województwa zachodniopomorskiego...”** Rozpoczęła się akcja „przeciwko niesprawiedliwemu podziałowi środków na leczenie” dla województwa zachodniopomorskiego. • **„Mamy pozycję światową, ale warunki finansowe...”** Milion zł wynosi już zadłużenie klinicznych szpitali dziecięcych przy ul. Marszałkowskiej i Działdowskiej w Warszawie. • **Leczenie na koszt własny.** Za leczenie w placówce nie mającej kontraktu z NFZ nie przysługuje zwrot kosztów – zdecydował Sąd Okręgowy w Białymstoku. Sprawa dotyczyła decyzji

dokończenie na str. 22

foto: Marek Stankiewicz

Notatki rzecznika prasowego



5.11. i 3.12.2003 r. prezydent RP Aleksander Kwaśniewski nadał tytuł profesora nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki i sztuki. W gronie wyróżnionych znaleźli się następujący lekarze: **Andrzej Jacek Budaj** – CMKP w Warszawie, **Henryk Marek Dudek** – AM w Białymstoku, **Stanisław Zbigniew Głuszek** – Akademia Świętokrzyska w Kielcach, **Andrzej Bogusław Habior** – CMKP w Warszawie, **Grzegorz Jakiel** – AM w Lublinie, **Artur Jacek Jakimiuk** – AM w Lublinie, **Zbigniew Kmieć** – AM w Gdańsku, **Krzysztof Kazimierz Linke** – AM w Poznaniu, **Marek Kazimierz Mędraś** – AM we Wrocławiu, **Roman Miturski** – AM w Lublinie, **Krzysztof Olgierd Narkiewicz** – AM w Gdańsku, **Wojciech Piotr Piekoszewski** – UJ w Krakowie, **Jacek Mariusz Roliński** – AM w Lublinie, **Michał Studniarek** – AM w Gdańsku, **Małgorzata Maria Szelachowska** – AM w Białymstoku, **Franciszek Marian Trela** – UJ w Krakowie, **Teresa Wagner** – Instytut Reumatologiczny w Warszawie, **Krzysztof Zbigniew Warzocha** – Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, **Andrzej Tadeusz Zieliński** – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.

W listopadzie i grudniu 2003 r. w siedzibie NIL w Warszawie odbyły się posiedzenia następujących komisji i zespołów samorządu lekarskiego:

– **5.11. Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów** – podczas którego dyskutowano m.in. nad możliwością budowy Domu Lekarza Seniora.

– **17.11. Komisji Kształcenia Medycznego**, w trakcie którego analizowano projekt rozporządzenia MZ w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny. Efektem spotkania była propozycja przygotowania przez członków komisji nowego projektu rozporządzenia na ten temat w terminie do 31.12.2003 r., o czym poinformował w swym liście do ministra zdrowia prezes NRL. Pismo zawiera także zasadnicze uwagi dot. ww. projektu:

„1. Brak definicji umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny i udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, w szczególności podkreślenia różnic między tymi umiejętnościami a specjalizacją.

2. Realizacja tego rodzaju doskonalenia zawodowego powinna odbywać się w oparciu o logistykę izb lekarskich, a nie towarzystw naukowych, które nie są do tego przygotowane organizacyjnie i finansowo. Towarzystwa powinny uczestniczyć w tego rodzaju doskonaleniu zawodowym współtworząc programy szkolenia i uczestniczyć w realizacji szkolenia, jak również poprzez udział w różnych gremiach oceniających (eksperckich).

3. Rozporządzenie powinno dokładnie określić: zasady kwalifikowania do tego typu doskonalenia, ramowy program oraz warunki jakie powinien spełniać uprawnio-

ny do szkolenia, jak również zasady egzaminu końcowego, przeprowadzonego przez Centrum Egzaminów Medycznych.

4. Istnieje wiele wątpliwości co do dziedzin wymienionych w załącznikach do projektu.”

– **21.11. Zespołu ds. Autonomii Lekarzy Stomatologów**, w czasie którego dyskutowano o nieuwzględnieniu w projekcie Regulaminu wyborów, przygotowywanych przez Komisję Wyborczą zasad autonomii lekarzy stomatologów w ramach izb lekarskich.

– **21.11. Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii**, nt. nowych list leków refundowanych, przygotowanych przez MZ, które obowiązują od 1.12.2003r. Jednak nie uwzględniono w nich uwag ze strony NRL.

– **25.11. Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej**, podczas którego omawiano m.in. następujące tematy: • „uznawanie dyplomów lekarzy i lekarzy dentystów w krajach unijnych”, • „podejmowanie pracy przez polskich lekarzy i lekarzy dentystów za granicą”.

– **28.11. I posiedzenie Zespołu ds. Opracowania Projektu Uchwały w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich oraz trybu odwoływania członków tych organów**, któremu przewodniczył **Wojciech Marquardt**, wiceprezes NRL. Zapewnienie autonomii lekarzom stomatologom oraz propozycja wyborów korespondencyjnych zawarta w projekcie uchwały w sprawie regulaminu wyborów..., to podstawowe zagadnienia, jakie omówiono w trakcie spotkania. Po otrzymaniu opinii na ten temat ze strony OIL, projekt zostanie przedstawiony NRL.

W dn. 28.10. i 4.11.2003 r., w siedzibie NIL w Warszawie, w trakcie posiedzeń założycielskich – przedstawiciele: **Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Naczelnej Rady Lekarskiej, Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa oraz Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce**, powołali **Konfederację Akredytacyjną dla Ochrony Zdrowia**. Statutowym zadaniem Konfederacji jest promocja zasad i metod poprawy jakości opieki medycznej poprzez organizowanie i wspieranie działań w zakresie akredytacji, licencjonowania, certyfikacji, zewnętrznego audytu i kontroli praktyk medycznych, gabinetów opieki podstawowej i specjalistycznej, pracowni diagnostycznych i terapeutycznych, zakładów opieki zdrowotnej oraz in. instytucji i organizacji świadczących usługi medyczne, kształcących w zakresie zawodów medycznych i zarządzania. Do udziału w pracach Konfederacji Prezydium NRL wydelegowało: **Wojciecha Marquarda** – wiceprezesa, **Macieja Czerwińskiego** – członka Prezydium oraz **Jerzego Lacha** – członka NRL.

„Postępy w zakresie diagnostyki i leczenia chorób alergicznych” to tytuł X Jubileuszowego Sympozjum Naukowo-Szkoleniowego, jakie odbyło się w dn. 12-15.11.2003r. w Krakowie. W konferencji wzięło udział wielu specjalistów z dziedziny alergologii. Moderatorem sesji inauguracyjnej pt. „Konsultant krajowy i jego goście” był prof. **Jerzy Kruszewski** – konsultant krajowy ds. alergologii, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL. Prezes **Konstanty Radziwiłł**

wyłosił w trakcie tej sesji wykład nt. *doskonalenia zawodowego lekarzy w Polsce*.

*

„*Budowanie partnerstwa dla zatrudnienia w zdrowiu publicznym*” to temat międzynarodowej konferencji zorganizowanej w dn. 27-28.11.2003 r. w Krakowie. Podczas konferencji zostały przedstawione rezultaty projektu „*Poprawa zatrudnienia wśród absolwentów zdrowia publicznego*”, realizowanego w ramach Programu Leonardo da Vinci. Opinie NRL na ten temat przedstawił uczestniczący w forum sekretarz NRL.

*

22.11.2003 r. Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu zorganizowała I Ogólnopolskie forum lekarzy prywatnie praktykujących, którego głównym tematem były „*Prawne formy wykonywania zawodu lekarza w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej oraz w ramach niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej*”. Prelegenci przybliżyli m.in. następującą problematykę: • **Zbigniew Żak**, wiceprezes NRL – „*Wolnorynkową praktykę stomatologiczną w Europie*”, • **Mariusz Janikowski**, przewodniczący Zespołu ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich NRL – „*Prywatną praktykę lekarską po wejściu Polski do UE*”, • **Stefan Bednarz**, wiceprzewodniczący NSL – „*Etykę w prywatnej praktyce lekarskiej w świetle spraw rozpatrywanych przez Naczelny Sąd Lekarski*”, • **Zbigniew Klimek**, prezes Stowarzyszenia Polskich Lekarzy Stomatologów – „*Wpływ samorządu lekarskiego na tworzenie, funkcjonowanie i rozmięszczenie indywidualnej praktyki lekarskiej, specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej na terenie działania izby*”.

*

25.11.2003 r. odbyło się wspólne posiedzenie prezydium Sejmowych Komisji: Edukacji, Nauki i Młodzieży; Polityki Społecznej i Rodziny; Sprawiedliwości i Praw Człowieka oraz Zdrowia. Tematem spotkania było rozpatrzenie sprawozdania Rady Ministrów z wykonania w 2001 i 2002 r. ustawy z dn. 7.01.93 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. W zebraniu wzięli udział sekretarz NRL.

Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego przy współpracy NIL zorganizował konferencję nt. „*Miejsce leku generycznego w polityce lekowej państwa*”, która odbyła się 26.11.2003 r. w Bibliotece Narodowej w Warszawie. Do udziału w dyskusji, którą – w obecności: parlamentarzystów, lekarzy, przedstawicieli nauki, aptekarzy oraz pracowników administracji rządowej – prowadził dr **Wojciech Kuźmierzewicz**, wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, zaproszono m.in.: senatora **Marka Bałickiego**, posła **Władysława Szkopa** – członka Sejmowej Komisji Zdrowia, **Konstantego Radziwiłła** – prezesa NRL, **prof. Tadeusza Chruściela** – przewodniczącego Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii NRL, **prof. Wiesława Szelejewskiego** – dyrektora Instytutu Farmaceutycznego, **Piotra Błaszczuka** – dyrektora Departamentu Polityki Lekowej MZ.

29.11.2003 r. w Olsztynie odbyło się posiedzenie Zespołu ds. Młodych Lekarzy NRL. Tematem wiodącym spotkania było omówienie sytuacji młodych lekarzy w obliczu nowych wymogów stawianych świadczeniodawcom przez NFZ. Negatywne postępowanie władz NFZ krytykowali m.in. reprezentujący NRL: prezes **Konstanty Radziwiłł**, sekretarz **Krzysztof Makuch** oraz **prof. Jerzy Kruszewski**, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego.

*

Prezydium NRL, na posiedzeniu 5.12.03 r. ustaliło terminy spotkań w 2004 r. 17 posiedzeń odbędzie się w dniach: 8.01., 6 i 20.02., 5 i 19.03., 3 i 15.04., 6 i 21.05., 4.06., 9.07., 13.08., 3.09., 1.10., 5 i 19.11., 3.12.br.

*

„*Ordynatorzy: decydując o sposobie diagnozowania i leczenia ponoszą odpowiedzialność za zdrowie i życie, bezpośrednio decydują o kosztach leczenia w oddziale, stanowią grupę lekarzy o najwyższych kwalifikacjach zawodowych i mają obowiązek szkolenia następnych pokoleń lekarzy, prawie wszyscy są wybrani na drodze konkursu*” – takie stwierdzenia jeszcze do niedawna wydawało się, że są niepodważalnym faktem. Jednak groźba likwidacji szpitali lub ich oddziałów oraz pomysły władz administracyjnych dot. zastąpienia ordynatorów z konkursu przez „kierowników” oddziałów, powoływanych przez administratorów – wywołała w środowisku ordynatorów liczne obawy. Z tego powodu OIL w Białymstoku zwołała 6.12.2003 r. II Zjazd Ordynatorów woj. podlaskiego, w którym uczestniczyło ok. 200 ordynatorów wszystkich specjalności z tego rejonu Polski. W Zjeździe wzięli udział prezes **Konstanty Radziwiłł** i **Maciej Czerwiński** – przewodniczący Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich.

*

9.12.2003 r. w siedzibie NIL odbyło się spotkanie, na którym dr **Adam Koziarkiewicz** przedstawił dwie amerykańskie klasyfikacje:

1) CPT (**C**urrent **P**rocedural **T**erminology), dot. procedur medycznych wykonywanych przez lekarzy (pojedyncze osoby) bez względu na okoliczności oraz w jakiej instytucji są wykonywane. Jest ona szczególnie ważna w kontekście wyceny kosztów tych procedur czy wartościowania pracy lekarza jako pracownika instytucji oraz

2) RBRVS (**R**esource **B**ased **R**elative **V**alue **S**ystem), standaryzowany system klasyfikacji wartości procedur medycznych, w którym wartość punktowa tych procedur określana jest w oparciu o badania ich kosztów.

W styczniu br. w Warszawie będzie miało miejsce spotkanie z wiceprzewodniczącym AMA (American Medical Association), podczas którego określone zostaną zasady wykorzystania tych klasyfikacji w Polsce.

W Nowym Roku życzę Państwu wielu sukcesów, szczęścia i poczucia bezpieczeństwa.

Iwona A. Raszke-Rostkowska
tel./fax: (0-22) 851-71-48
tel. kom.: 0-606-440-100
e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org

REKLAMA

REKLAMA

dokończenie ze str. 20

byłej Podlaskiej Kasy Chorych, która odmówiła rodzicom dziewczynki zwrotu kosztów wydłużania krótszej nogi dziecka w prywatnej klinice nie mającej kontraktu na świadczenie medyczne. • **Zrzutka na szpital.** Mieszkańcy gmin w woj. lubelskim przekazali 20 ton żywności dla szpitala we Włodawie. • **Dopłaty do leczenia - prawo czy bezprawie?** „Konstytucja RP nie gwarantuje pacjentom bezpłatnego leczenia” - stwierdził w Białymstoku na spotkaniu w sprawie dopłat pacjentów do usług medycznych prezes NRL. • **Reanimacja ministra zdrowia.** Na drodze pod Garwolinem minister zdrowia Leszek Sikorski reanimował kobietę - ofiarę wypadku drogowego. • **Zapiąć pasy (w szpitalu).** Czy przywiązywanie w szpitalach uciążliwych pacjentów bandażami i pasami do łóżek nie jest łamaniem prawa? - zastanawia się „Gazeta Wyborcza”. • **Do 5 lat więzienia.** Lekarz, dyżurujący po pijanemu w radomskim szpitalu, stanie przed sądem (podczas dyżuru miał 2,18 promila alkoholu we krwi). • **Na „inwalidę” i na „nieboszczyka”.** Milion złotych na bezpłatne recepty wydała grupa lekarzy i farmaceutów w Rzeszowie. • **Karta zgonu za pieniądze.** Prywatna firma oferuje w Krakowie odpłatne wystawianie kart zgonu i transport zwłok. • **„W szpitalu jest bomba!”.** Pijany nastolatek był sprawcą fałszywego alarmu bombowego w szpitalu w Gostyninie. • **„Bo zabrakło miejsc na OIOM-ie”.** Lekarze z Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie zostali oskarżeni o nieumyślne spowodowanie kalectwa u 10-miesięcznego dziecka.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 48 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl. Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW

Serdecznie zapraszamy.

lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny portalu Esculap.pl
Grupa Medical Data Management
www.esculap.pl

Wspólne działanie



Do grona uhonorowanych niezwykle cenionym w środowisku lekarskim tytułem Pro Gloria Medici, przyznawanym m.in. za propagowanie idei wolnego zawodu lekarza, dołączyli ostatnio dr.dr. Ładysław Nekanda-Trepka i Paweł Oleksy. Uroczystość nadania im przez Kapitułę Tytułu i Odznaczenia odbyła się 12 grudnia 2003 r. w siedzibie NIL w Warszawie.



dr. **Ładysław J. Nekanda-Trepka**, ur. w 1941 r. w Warszawie. Ukończył Wydział Lekarski AM w Warszawie w 1969 r. Specjalizacje: chirurgia ogólna I st., medycyna sportowa II st. Lekarz w Szpitalu Praskim pw. Przemienienia Pańskiego w Warszawie. Członek Prezydium ORL w Warszawie w l. 1990-1993. Członek Prezydium ORL, NRL, przewodniczący Komisji Organizacyjnej w l. 1993-1997. Przewodniczący Komisji Organizacyjnej NRL i przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej NRL w l. 1997-2001. Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy, zastępca sekretarza ORL, członek NRL, przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej w l. 2001-2005. Interesuje się muzyką poważną i sportem.



dr. **Paweł M. Oleksy**, ur. w 1951 r. w Tarnowie. Ukończył Wydział Lekarski AM w Krakowie w 1975 r. Specjalizacja: chirurgia ogólna, II st. Zastępca ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w Specjalistycznym Szpitalu im. E. Szczeklika w Tarnowie. Wiceprzewodniczący OIL w Tarnowie w l. 1989-1993. Przewodniczący OIL w Tarnowie w l. 1993-1997 i 1997-2001. Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy, delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy, zastępca przewodniczącego ORL i członek NRL w l. 2001-2005. Interesuje się nartami, tenisem, teatrem i literaturą piękną.



dr. **Jacek Antoni Piątkiewicz**, ur. w 1940 r. w Wieliczce. Ukończył Wydział Lekarski AM w Warszawie w 1972 r. Specjalizacja: choroby wewnętrzne, II st. Dyrektor Centrum Naukowego Medycyny Kolejowej w Warszawie. Wiceminister zdrowia i opieki społecznej w l. 1997-1999. Członek Otwartej Komisji Bioetycznej przy Ministrze Zdrowia. Członek Stałego Komitetu Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w l. 1999-2002. Członek Prezydium NRL I kadencji. Przez dwie kadencje przewodniczący Komisji Legislacyjnej NRL. Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy w l. 2001-2005. Interesuje się turystyką. (Relacja w „GL” nr 11/2003)



prof. **Grzegorz Opala**, ur. w 1942 w Częstochowie. Ukończył Wydział Lekarski ŚIAM w Katowicach w r. 1968. Specjalizacja: neurologia, II st. Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Wieku Podeszłego SPCSK ŚIAM. Minister zdrowia w l. 2000-2001. W samorządzie w l. 1993-2001, m.in. członek ORL w Katowicach w l. 1993-1997, przewodniczący Komisji Kształcenia Podyplomowego. (Relacja w „GL” nr 11/2003)

zdjęcia Marek Stankiewicz

Służba zdrowia Ojcu Świętemu



„Istotą lekarskiego powołania jest służba. Nie lękajcie się tego słowa. Zasługa przed Bogiem zawsze tkwiła w akcie miłości, ofiarnej i służebnej, której sam Chrystus dał przykład i początek” – te słowa Ojca Świętego przywołał w homilii ks. Józef Jachimczak, krajowy duszpasterz służby zdrowia podczas uroczystej Mszy św. 13 grudnia 2003 r. w warszawskim kościele Świętego Krzyża. Przypomnijmy, że już 22 maja 1966 r. Karol Wojtyła, wówczas metropolita krakowski, sam ułożył i wygłosił na Jasnej Górze akt oddania pracowników służby zdrowia.

Na wspólną modlitwę licznie przybyli profesorowie, lekarze i pielęgniarki, przedstawiciele samorządu lekarskiego, towarzystw i stowarzyszeń lekarskich oraz świata nauki. Uroczystość uświetniło widowisko słowno-muzyczne w reżyserii Alicji Woy-Wojciechowskiej, z udziałem solistki opery wiedeńskiej Alicji Węgorzewskiej oraz aktorów scen stołecznych Tomasza Stockingera i Jerzego Zelnika.

(ms)

Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich składa podziękowanie

Stanowisko nr 1/03 ZG KSLP w sprawie obrad i wyniku prac VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w Toruniu z 3.10.2003 r.

ZG KSLP na posiedzeniu 3 października w Zakopanem wysłuchał sprawozdania prezesa ZG dr Anny Gręziak i innych członków KSLP, uczestniczących w VII Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy w Toruniu.

Z zadowoleniem przyjęto wyniki prac Zespołu ds. Nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej i oceniono pozytywnie końcowe zapisy uchwalonego na Zjeździe dokumentu. Nie powiodły się próby zarówno blokowania obrad, jak i wprowadzania treści poprawek pomniejszających etyczny wymiar pracy lekarza. Pomimo długotrwałej propagandy prowadzonej w mediach w okresie przedzjazdowym, znakomita większość delegatów opowiedziała się za życiem oraz jego obroną we wszystkich stadiach rozwoju człowieka.

ZG KSLP składa podziękowanie i wyrazy uznania dla Koleżanek i Kolegów, członków naszego Stowarzyszenia, których aktywny udział i zaangażowanie w pracach przygotowawczych i podczas Zjazdu wpłynęły w istotny sposób na ostateczny kształt przyjętych zapisów Kodeksu.

Szczególne wyrazy uznania i gratulacje należą się dr. Konstantemu Radziwiłłowi, prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej.

prof. dr med. Tadeusz L. Chruściel
sekretarz ZG KSLP

dr Anna Gręziak
prezes ZG KSLP

Szczypta optymizmu



(...) Od rozważań pesymistycznych, chciałbym przejść do bardziej optymistycznych, a takie nasuwają się w związku ze zbliżającym się terminem przyjęcia Polski do Unii Europejskiej, co – jak wiadomo – ma nastąpić już 1 maja 2004 r. Właśnie ostatnio, w porcji codziennej korespondencji, otrzymałem list od Anglika, mieszkającego na stałe w Kopenhadze i zajmującego się rekrutacją polskich lekarzy do duńskich szpitali. W ciągu ostatnich 3 lat znalazł pracę w Danii 30 polskich specjalistów, z tym że zgłoszeń miał znacznie więcej, co świadczy o bardzo dużym zainteresowaniu Polaków pracą za granicą. I dlatego postanowił on nawiązać współpracę z kolegami z Anglii i zamierza pośredniczyć w zatrudnianiu polskich lekarzy w brytyjskich placówkach ochrony zdrowia, które – jak pisze w swym liście – dysponują wieloma wolnymi stanowiskami dla wysoko kwalifikowanych i doświadczonych specjalistów. Póki co procedura zatrudniania polskich lekarzy za granicą jest niestety skomplikowana, o czym przekonuje się – ku swojemu rozczarowaniu – wiele naszych Koleżanek i Kolegów. Sytuacja zmieni się jednak z chwilą, gdy Polska stanie się już krajem członkowskim UE. Wprawdzie większość państw europejskich zdecydowała, że swobodny przepływ medyków z Polski będzie możliwy dopiero po pewnym okresie karencji (od 2 do 7 lat), ale cztery kraje: Holandia, Szwecja, Dania i Irlandia chcą ich przyjmować do pracy w swoich placówkach zdrowia już od pierwszych dni naszego unijnego startu. I w tym upatruję szansę dla polskich lekarzy, zwłaszcza młodych, na zdobycie ciekawej i lepiej płatnej pracy, której nie będzie towarzyszyć tyle stresów i frustracji, co nam obecnie.

O plusach i minusach, jakie mogą być udziałem polskiego środowiska lekarskiego z chwilą wejścia do Unii, dyskutowało we Wrocławiu, w czasie I Ogólnopolskiego Forum Lekarzy Prywatnie Praktykujących, zorganizowanego przez Dolnośląską Izbę Lekarską. Moim skromnym zdaniem tych plusów jest zdecydowanie więcej – również dlatego, że członkostwo w UE nie pozostanie bez wpływu na sytuację ochrony zdrowia w samej Polsce.

Grzegorz Krzyżanowski

„Panaceum”, 10/03 r.

Czego w Nowym Roku życzę mojemu lekarzowi?

Ciekawi, co o nas myślą, zwróciliśmy się do pacjentów z czterech stron kraju z wyżej wymienionym pytaniem.

I tak powstała noworoczna minisonda „Gazety Lekarskiej”. Nie jest to zapewne „badanie na reprezentatywnej próbie”, ale daje pewne wyobrażenie o tym, co myślą ci, z którymi stykamy się na co dzień – nasi pacjenci.

Mojemu lekarzowi życzę przede wszystkim zdrowia, bo ostatnio coś mizernie wygląda. A zdążyłam do niego już nie tylko przywyknąć, ale i polubić go, a także – co dla mnie bardzo ważne – nabrać do niego zaufania.

Stefania Wieczorek, Pszczyna

Wwypadku niemalże straciłem wskazujący palec u lewej ręki. Lekarz chirurg uratował ten palec. Zabieg przeprowadził doskonale. Teraz mam ledwie widoczną niewielką bliznę. Chirurgowi cudotwórcy życzę w 2004 r. lekarskiego instynktu i podobnej doskonałości zawodowej podczas kolejnych operacji i zabiegów chirurgicznych u innych pacjentów. Mam nadzieję, że w każdym trudnym przypadku poradzi sobie i znajdzie najskuteczniejszy sposób pomocy cierpiącemu człowiekowi. Niech nie zabraknie mu refleksu, wiedzy ani pomysłów. Także pew-

nej ręki oraz szybkości decyzji w nagłych przypadkach.

Wacław Perkowski, Mazowsze

Mojej troskliwej lekarce życzę rychłego zamążpójścia. I tego, żeby łaskawy los obdarował ją przyzwoitym mężem. Czułym, szlachetnym i opiekuńczym. Mężczyzną przedsiębiorczym i zaradnym, potrafiącym radzić sobie w dzisiejszym pełnym niespodzianek i pułapek świecie. Mężem, z którym wspólnie będą potrafili stworzyć kochającą się i szczęśliwą rodzinę. I zbudować dom dający wszystkim jego mieszkańcom poczucie bezpieczeństwa.

Magdalena Kacprzak, Warszawa

Mojego lekarza rodzinnego znam jedynie z nazwiska i wiem, gdzie przyjmuje. Ale – na szczęście – nie musiałam korzystać z jego pomocy, bo zdrowie mi dopisuje, a drobne „choróbki”, takie jak bóle głowy czy „łamanie w krzyżu” leczę sama. Dlatego i na ten rok życzę sobie i jemu, żeby nie musiał mnie leczyć.

Lidia Maruszek, Mrozy

Noworynok przychodzi do nas w zimie. Czasie pochmurnym i mroźnym. Dlatego życzę młodej lekarce rodzinnej rozpoczęcia 2004 r. od wielkiego balu sylwestrowego, który ją ogrzeje. I wyjątkowego tegorocznego karnawału. Żeby się panna zabawiła i pohulała. Zapomniała o biedzie, polityce, aferach, korupcji. Nie myślała o pacjentach, chorobach i medycynie. I szefie. Nieważne, dobrym czy złym. Ważne, żeby skierowała swoje oczy, serce i umysł w kierunku królewicza z bajki, który kupił-

by jej piękną suknię. Sfinansował najlepszego fryzjera w mieście. I zaprosił na największy i najwystawniejszy bal w mieście. Żeby poczuła się najpiękniejszą panią na balu i zatańczyła najweselszy taniec ze swoim królewiczem.

Rafał Makowski, Dolny Śląsk

Moim znajomym lekarzom z naszego szpitala życzę, żeby pokrzyżowało tych, którzy zawiadują obecnie służbą zdrowia na centralnym szczeblu. Ja wiem, że to nieładnie i nie po chrześcijańsku, ale jak widzę, co się w moim szpitalu dzieje, jak podupada on z braku niemal wszystkiego, to mnie krew zalewa. A tak na spokojnie, to życzę im, mimo trudności, satysfakcji i efektów z ich tak stresującej pracy

Waldemar Stynka, Bolesławiec

Moja lekarka psychiatra z miejskiego szpitala pragnie wyjechać na kilkuletni kontrakt do Skandynawii. W Polsce nie skarży się na niskie zarobki i złe warunki pracy. Jest dobrą specjalistką. Ale chce zobaczyć inną rzeczywistość lekarską. Poznać inne systemy organizacji ochrony zdrowia. Życzę jej spełnienia zawodowych marzeń i jak najpełniejszego wykorzystania czasu spędzonego za granicą. Mam nadzieję, że podróż na obcą ziemię przyniesie jej zadowolenie, powiększy wiedzę medyczną i polepszy sytuację finansową. Życzę jej dobrych kontaktów z nowymi kolegami i koleżankami lekarzami oraz wspólnymi pacjentami. Cierpiących i obolałych, ale nie narzekających przesadnie i nie męczących. Życzę wielu wrażeń, atrakcji, flirtów i po kilku latach udanego powrotu do swojego lubianego szpitala, kolegów, szefów i pacjentów.

Agnieszka Weiss, Małopolska



Panas-eum

fol. Marek Stankiewicz

Niczego im nie życzę, bo źle o nich nie chcę mówić, a dobrych przykładów nie mam. Każda wizyta u lekarza w moim mieście – to tylko nerwy człowieka traci i jeszcze bardziej od tego chory.

Zofia Maślińska, Włocławek



Lekarzowi internście leczącemu w Losiedłowej przychodni życzę cierpliwości do pacjentów agresywnych i awanturujących się. Opatrzność niech pozwoli mu opracować skuteczną metodę na wulgarnych ludzi. Metodę, która nie wyrządzi zła, ale da arogantom popalić. Taką, żeby do końca życia zapamiętali, iż w kontaktach z innymi ludźmi muszą być uprzejmi i kulturalni. W przeciwnym razie spotkają ich przykrości. Ponadto życzę lekarzowi humoru, dowcipu i umiejętności rozładowywania napiętej atmosfery w kontaktach z niekompetentnymi urzędnikami, którzy dopadną każdego w miejscach spodziewanych i najmniej oczekiwanych. Na pocztę i w banku, urzędzie skarbowym i szpitalnym okienku, urzędzie rejestrującym zakupione auta i towarzystwie ubezpieczeniowym. Życzę pogody ducha i patrzenia na niesfornych ludzi przez różowe okulary.

Monika Janulewicz, Białystok

Lecząca mnie lekarka rodzinna nie przystąpiła do konkursu na kontrakty w 2004 r. Życzę jej, aby zmartwienia związane z niepewnością przyszłorocznej pracy szybko minęły. Życzę pomyślnego wyjścia z kryzysowej sytuacji. Wierzę, że ona, jej koleżanki lekarki i koledzy lekarze będą leczyli swoich pacjentów jak w latach poprzednich. Życzę jej, aby mądrzy decydenci usunęli nieodpowiedzialnych urzędników z eksponowanych stanowisk. Nieudacznicy marnują bogactwo i dorobek naszego narodu.

Agata Mika, Leszno



Mój doktor – mądry, miły, a do tego przystojny jak, nie przymierzając, amant filmowy – zasługuje na najlepsze życzenia. Przy tej okazji sobie i jemu życzę, żeby w Nowym Roku zwrócił na mnie więcej uwagi, ale nie tylko jako osoba urzędowa. Gdybym mogła, dosyłałabym mu lubczyku do herbatki.

Marzenka

nazwisko i adres znane redakcji



zanotowali: gr i ju

Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej



Tadeusz Maria Zielonka

Artykuł 61

Lekarz urzędu państwowego, samorządowego, lub jakiegokolwiek innej instytucji publicznej lub prywatnej powinien rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tej instytucji, jednak lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej.

Trudno określić znaczenie tego artykułu w praktyce, bo nie wiadomo tak naprawdę kogo on dotyczy. Wiele przedsiębiorczych lekarzy z wiadoomych względów porzuca zawód. Powstaje pytanie na ile są oni zobowiązani do przestrzegania KEL i na ile podlegają pod jurysdykcję korporacyjną.

Aby być lekarzem, trzeba mieć dyplom ukończenia studiów medycznych, uzyskać prawo wykonywania zawodu i czynnie go uprawiać. Czy wiadomo jednak jaka jest wymagana minimalna częstotliwość udzielania konsultacji lekarskich – raz na tydzień, na miesiąc czy na rok? A może wystarczy opłacić składki w okęgowej izbie i zarejestrować praktykę lekarską w miejscu wezwania?

Lekarze, którzy mają przerwę w pracy, po spełnieniu odpowiednich warunków, mogą reaktywować prawo wykonywania zawodu. Na ile wówczas ponoszą odpowiedzialność za czyny niezgodne z deontologią lekarską popełnione w okresie pracy poza medycyną? Dziwnym zbiegiem okoliczności w wielu polskich aferach finansowych uczestniczyli lekarze (Gąsiorowski, Wieczerek, Jamroz itp.). Skoro ich działalność była sprzeczna z zasadami etyki, to czy samorząd lekarski może i powinien wyciągnąć konsekwencje, gdyby chcieli powrócić do zawodu lekarza?

Zdumiewające jest, że w powyższym artykule mówi się jedynie o tym, aby lekarz nie spełniał poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i de-

ontologii lekarskiej. Zupełnie nie uwzględnia się możliwości, że lekarz na kierowniczym stanowisku w urzędzie państwowym czy w instytucji prywatnej z własnej i nieprzymuszonej służbowo woli może postępować niezgodnie z KEL.

Zastanawia brak wyobraźni, skoro powszechnie wiadomo, że w Polsce wszystko, podobnie jak ryba, psuje się od głowy.

Opinia publiczna jest wstrząsana aferami korupcyjnymi w służbie zdrowia, w które zamieszani są wysocy urzędnicy państwowi. Osoby te jeszcze niedawno wykonywały zawód lekarza i być może wciąż go sprawują. Czy samorząd wyciągnie konsekwencje w stosunku do tych wysoko postawionych lekarzy, którzy, łamiąc prawo, z pewnością naruszyli KEL.

Afera z rejestracją leków z pewnością jest postępowaniem nieetycznym, którego dopuścili się lekarze-urzędnicy, kolejny raz psując społeczny wizerunek naszego zawodu.

Czy można traktować te osoby wyłącznie jako polityków lub osoby prywatne? Czy poza odpowiedzialnością polityczną, którą ponoszą, karą, która ich czeka, nie powinni ponieść konsekwencji zawodowych jako lekarze?

Podczas wdrażania kolejnych reform służby zdrowia postawa wielu lekarzy kierujących resortem zdrowia, kasami chorych i Narodowym Funduszem Zdrowia w odczuciu lekarzy często była niezgodna z zasadami deontologii lekarskiej. Czy w tych sprawach rzecznik odpowiedzialności zawodowej będzie miał odwagę cywilną i przysłowiowo nie schowa głowy w piasek? Czy nie boi się wyciągnąć konsekwencji w stosunku do pewnych osób? Wiadomo, że izby zależne są od przychylnej postawy ministerstwa, czy z tego powodu nie wyciąga się żadnych konsekwencji w stosunku do lekarzy-urzędników naruszających powyższy artykuł?

Pobłażliwość samorządu wobec urzędników państwowych naruszających KEL rodzi pytanie o sens lekarskiego sądownictwa zawodowego. Czy jest moralne ukarać lekarza, który zmęczony wielogodzinną pracą niegrzecznie powiedział coś natrętnej rodzinie pacjenta a równocześnie nie reagować na poważne wykroczenia lekarzy utytułowanych i wysokopostawionych?

Jak duże naruszenie zasad etyki musi popełnić lekarz zajmujący wysokie stanowisko, aby spotkało się to z reakcją izb lekarskich? W praktyce osoby te posiadają w medycynie immunitet, który pozwala im postępować nieetycznie bez obawy, iż rzecznik odpowiedzialności zawodowej wyciągnie jakieś konsekwencje.

W Polsce sądy powszechne nie uchylają się od sądenia osób wysoko postawionych. Niestety, nie widzimy, aby tak się działo w lekarskich sądach. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej nie angażuje się w ocenę postaw osób z elit medycznych, których postawy i wypowiedzi naruszają zasady deontologii lekarskiej. W praworządnym państwie nie może być tak, że osądzamy tylko maluczkich, a wielcy są bezkarni. Czy przypadkiem nie wszczyna się postępowania jedynie w stosunku do zwykłych lekarzy, którzy popełnili małe przewinienia, a duże grzechy popełnione przez liderów medycyny nie powodują reakcji ze strony odpowiednich struktur samorządowych? Obecność w polskiej medycynie osób nieetykalnych, z racji zajmowanych stanowisk, kłóci się z nowoczesnym pojmowaniem państwa prawa. Czy zatem powyższy artykuł nie jest pustym zapisem, który nie skutkuje żadnymi sankcjami? Tolerancja środowisk lekarskich dla wszelkiego rodzaju postaw niezgodnych z KEL staje się powszechnie dostrzeganym zjawiskiem. Czy warto nowelizować Kodeks, skoro ani stary, ani nowy nie jest przestrzegany?

Artykuł 61 jest bardzo wymagający, gdyż zabrania wypełniać niektóre służbowe polecenia. W praktyce są one wykonywane, bo kto w dzisiejszych czasach będzie się narażał na utratę pracy za niewykonywanie poleceń swoich przełożonych?

Wiele zarządzeń administracyjnych przełożonych niezgodnych jest nie tylko z etyką, ale i z prawem. Gdy lekarz zostanie wyrzucony z pracy, z powodu zastosowania się do powyższego artykułu, z pewnością nikt mu nie pomoże. Wszyscy uznają, że dyrektor ma prawo decydować o sprawach kadrowych. Sprzeciwienie się nieetycznym lub bezprawnym zarządzeniom nie będzie przecież oficjalnym powodem zwolnienia z pracy. Czy moralne jest wymaganie pewnych postaw i nieokazywanie skutecznej pomocy lekarzom, którzy z tego powodu poniosą konsekwencje służbowe?

Jeśli samorząd lekarski rzetelnie egzekwowałby realizację tego artykułu, to zapis ten skutkowałby dyskryminacją lekarzy przy obejmowaniu stanowisk kierowniczych. Czy warto powierzać kierownicze funkcje lekarzom, skoro są oni zobowiązani do przestrzegania norm etycznych? Przedstawiciele innych zawodów, ekonomiści czy prawnicy, nie będą ponosić konsekwencji za naruszenie zasad deontologii lekarskiej, dlatego są lepszymi kandydatami na stanowiska związane z podejmowaniem pewnych decyzji. Lekarze, z powodu rzetelnego przestrzegania KEL, są mniej dyspozycyjnymi pracownikami.

Specjalizacja lekarzy i lekarzy stomatologów

Małgorzata Brzozowska

W jaki sposób można rozpocząć specjalizację i gdzie należy się z tym zwrócić? Czy specjalizację można odbywać w ramach wolontariatu?

Zasady i formy odbywania specjalizacji zostały określone w rozporządzeniu ministra zdrowia z 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. nr 83, poz. 905, z późn. zm.). Zgodnie z tym rozporządzeniem lekarz może rozpocząć specjalizację w wybranej specjalności, jeżeli posiada prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza stomatologa na obszarze Polski i został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji w wyniku postępowania kwalifikacyjnego.

W celu wzięcia udziału w postępowaniu kwalifikacyjnym zainteresowany lekarz musi złożyć wniosek o rozpoczęcie specjalizacji w danej dziedzinie. Wniosek składa się w terminie do 30 kwietnia albo do 30 listopada każdego roku, do wojewódzkiego centrum zdrowia publicznego, na obszarze działania którego lekarz chce odbywać specjalizację.

We wniosku o rozpoczęcie specjalizacji lekarz może wskazać jednostkę organizacyjną i wchodzącą w jej skład komórkę, która prowadziłaby jego specjalizację (wybiera ją spośród jednostek organizacyjnych mających wolne miejsca szkoleniowe w danej dziedzinie medycyny) oraz przedłożyć wstępną akceptację kierownika tej jednostki do odbywania w niej specjalizacji.

Jedną z możliwych form realizacji specjalizacji lekarskich jest rezydentura. Lekarz, który ubiegał się o jej otrzymanie, po pozytywnym zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego, jest zatrudniany na czas realizacji programu specjalizacji na podstawie umowy o pracę z uprawnioną jednostką szkoleniową. Środki finansowe dla jednostek zatrudniających rezydentów, niezbędne do odbywania specjalizacji, zapewnia i przekazuje tym jednostkom minister zdrowia.

Specjalizację można również odbywać m.in. na podstawie: umowy o pracę za-

wartej na czas nieokreślony lub określony okresem trwania specjalizacji z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację, umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne zawartej z jednostką organizacyjną prowadzącą szkolenie lub jako poszerzenie zajęć programowych dziennych studiów doktoranckich o program specjalizacji zgodny z kierunkiem tych studiów. Pozostałe formy odbywania specjalizacji są określone w § 7 ww. rozporządzenia. Rozporządzenie to nie przewiduje jednak, że specjalizację można odbywać w ramach wolontariatu.

Lekarz, który ubiega się o odbywanie specjalizacji w ramach rezydentury, może być w danym terminie dopuszczony do postępowania kwalifikacyjnego tylko w jednej dziedzinie i tylko w jednym wojewódzkim centrum zdrowia publicznego.

Ponadto lekarz, który pozostaje w stosunku pracy, a chce odbywać specjalizację w innym trybie niż rezydentura, musi uzyskać zgodę pracodawcy na odbywanie specjalizacji w określonym trybie. Natomiast lekarz będący uczestnikiem studiów doktoranckich musi uzyskać zgodę kierownika tych studiów, przy tym jeśli lekarz ten jest uczestnikiem dziennych studiów doktoranckich i otrzymuje w związku z tym stypendium przez okres trwania studiów, nie może odbywać specjalizacji w ramach rezydentury.

Jakie są zasady odbywania dyżurów medycznych w ramach specjalizacji?

Program specjalizacji w podstawowej dziedzinie medycyny, przygotowany zgodnie z ww. rozporządzenia ministra zdrowia z 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów, musi zawierać dyżury medyczne w liczbie nie mniejszej niż 3 dyżury w miesiącu. Dyżury te muszą się odbywać w komórkach organizacyjnych jednostek prowadzących specjalizację przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całonocnych świadczeń zdrowotnych.

Lekarzowi pełniącemu dyżur w ramach realizacji programu danej specjalizacji przysługuje wynagrodzenie. Jeśli lekarz odbywa specjalizację na etacie rezydentem lub na podstawie innej umowy o pracę zawartej z jednostką szkoleniową, wynagrodzenie za pełnienie dyżuru otrzymuje na podstawie umowy o pracę; natomiast jeśli odbywa on specjalizację w innym trybie (np. na podstawie umowy cywilnoprawnej), wynagrodzenie za pełnienie dyżuru otrzymuje na podstawie umowy o pełnienie dyżurów zawartej z jednostką prowadzącą specjalizację lub staż kierunkowy.

Autorka jest prawnikiem NIL-u
m.brzozowska@hipokrates.org

SPÓŁDZIELCZA KASA OSZCZĘDNOŚCIOWO-KREDYTOWA IZB LÉKARSKICH

SPECJALNY KREDYT NOWOROCZNY DLA NASZYCH CZŁONKÓW

Kwota do 5000 PLN

- Okres spłaty kredytu **12 miesięcy**
- Oprocentowanie w skali roku **11,9 %**

BEZ PORĘCZYCIELI!!!

Oferta ważna do 31 grudnia 2004 r.

Przykładowo :

KWOTA KREDYTU	RATA KREDYTU	PROWIZJA
1000 PLN	88,22 PLN	25,00 PLN
3000 PLN	266,46 PLN	75,00 PLN
5000 PLN	444,06 PLN	125,00 PLN

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE W SKOK IL:

00-764 Warszawa ul. Sobieskiego 110 tel. 851-71-54; 851-71-38

e-mail: skok@hipokrates.org

PEŁNA OFERTA KREDYTÓW I DEPOZYTÓW – www.skokil.pl



Polska bardzo potrzebuje być uhonorowana, i tak to odbieram – powiedziała minister Danuta Hübner, komentując przyznanie jej tytułu Męża Stanu w plebiscyście „Europejczyk Roku”.

Na pewno potrzebujemy: wiary, pomysłu i bodźca. To nasza „gorączka romantyczna”. I póki ta wiara wystarcza – z nadzieją „rzucamy się”, by realizować najdziwniejsze nawet pomysły lub wierzymy, że jakieś tam pomysły „to właśnie to”.

Niestety, jeżeli chodzi o zmiany w systemie ochrony zdrowia, po raz kolejny wiara musi ustąpić realiom. Trudno znaleźć mądrego, kto wymyśli, co zrobić, by zdrowie nie było areną utarczek, także politycznych. Zawsze jest: albo tuż przed, albo tuż po. Oczywiście chodzi o kalendarz kolejnych różnych wyborów.

Najbliższe dni upłyną, jak się wydaje, dla większości lekarzy na wypatrywaniu wiadomości, co wywalczyli inni w trakcie negocjowania warunków kontraktu, a co mogą ja wywalczyć... A może konkurs będzie unieważniony?

„Obecna centralizacja systemu i stworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia spowodowały, że wszystkie lokalne konflikty przeniosły się do Warszawy. Targi o pieniądze, zarówno uzasadnione jak i bezpodstawne, toczą się dziś niepotrzebnie na oczach całej Polski, budząc przerażenie pacjentów, którzy chcąc nie chcąc stali się zakładnikami w tej grze” – pisze na łamach „Polityki” Paweł Walewski. Problem polega na tym, że wszyscy jesteśmy przerażeni i wszyscy jesteśmy zakładnikami w tej grze...

– Gdzie są ludzie? – grzecznie zapytał Mały Książę.

– Ludzie? (...) nigdy nie wiadomo, gdzie można ich odnaleźć. Wiatr nimi miota. Nie mają korzeni – to im bardzo przeszkadza.

– Do widzenia – rzekł Mały Książę.

– Do widzenia – odpowiedział Kwiat.

„Puls”, 12/03

Ewa Gwiazdowicz



foto: Marek Stankiewicz

Europejska Orkiestra Studentów Medycyny i Lekarzy



EMSO (European Medical Students' Orchestra) jest grupą około sześćdziesięciu muzycznie utalentowanych studentów medycyny i lekarzy pochodzących z ponad 18 krajów europejskich. Każdego roku orkiestra spotyka się w innym mieście Europy na wspólnych próbach i koncertach.

Powstała w 1993 r. w Würzburgu. W kolejnych latach muzycy spotykali się we Freiburgu, Oxfordzie, Lublanie, Barcelonie, Sztokholmie, Aberdeen, Bazylei, Porto, Salamance, Budapeszcie i Pradze. W tym czasie orkiestra, początkowo kameralna, systematycznie powiększała się i obecnie koncertuje w pełnym symfonicznym składzie. Jej repertuar obejmuje utwory Rachmaninowa, Szostakowicza, Berlioza, Berga, Liszta i wielu innych.

Dyrygentem jest lekarz pochodzący z Australii – David Banney. Na co dzień praktykujący onkolog oraz dyrygent opery w Newcastle.

W kwietniu 2004 r. orkiestra po raz pierwszy zagrała w Polsce. Koncerty charytatywne, z których dochód przeznaczony zostanie m.in. na Hospicjum Palium, odbędą się w Poznaniu oraz Gdańsku.

Spotykamy się raz w roku. Przyjeżdżamy z kilkunastu krajów Europy, a nawet spoza niej. W składzie EMSO grają m.in. Niemcy, Brytyjczycy, Hiszpanie, Portugalczycy, Francuzi, Szwajcarzy, Austriacy, Skandynawowie, Czesi, Węgrzy i Słowacy. W 2003 r. Polskę reprezentowały dwie osoby.

Najpierw czeka nas ciężka praca nad nowym repertuarem. Próby trwają najczęściej od rana do późnego wieczora.

Na szczęście po paru dniach, kiedy nasz materiał muzyczny nabiera odpowiedniej formy, mamy więcej czasu dla siebie. Bo EMSO to my, czyli ludzie, którzy na co dzień mieszkają w różnych stronach świata, ale tak naprawdę nie mogą żyć bez muzyki, medycyny i siebie wzajemnie.

EMSO to wielkie święto, koncerty, radość i po prostu spotkanie przyjaciół. Prawie codziennie spędzamy razem wolny czas. Do tradycji przeszedł już wieczór kuchni międzynarodowej, kiedy każdy przygotowuje jakiś specjał rodem ze swojej ojczyzny. W tym dniu bigos obok tortilli, gulaszu i tortu szwarcwaldzkiego jest popijany winem porto, sangrią lub zupką. Również w trakcie EMSO 2004, zamierzamy wypełnić wolny czas rozmaitymi atrakcjami. Planujemy zwiedzanie Poznania oraz Gdańska, wycieczkę do Kórnik i Rogali, a także wieczór folklorystyczny. Będzie to niezapomniany czas ciężkiej pracy i wspaniałej zabawy.

Wiemy, że w polskim środowisku lekarskim jest wielu lekarzy-muzyków. Drodzy Koledzy, liczymy na Wasz udział w tym niecodziennym przedsięwzięciu.

Zgłoszenia
do 15.01.2004 r.:

www.emso.poznan.pl

lek. stom. Monika Grajek

Na pabianickich kortach

W dn. 8-10.11.2003 r. Komisja Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi zorganizowała (po raz pierwszy) Halowy Turniej Tenisowy Lekarzy „O kryształową rakietę”.

Na czele Komitetu Organizacyjnego stanął Janusz Malarski, w organizacji zawodów pomagali mu: Bogusław Rataj i Adam Jakubowski. Uroczyste otwarcie turnieju dokonali: Grzegorz Krzyżanowski – przewodniczący ORL w Łodzi i Hieronim Ratajski – wiceprezydent Pabianic. Wzięło w nim udział 60 uczestników.

Lekarze tenisiści z całego kraju stoczyli 85 gier. Pojedynki były bardzo zacięte – niektóre toczyły się nawet do godz. 1 w nocy. Mimo silnej rywalizacji, turniej przebiegał w serdecznej atmosferze. Nagrody FAIR PLAY otrzymali: Agnieszka Sobel z OIL w Katowicach i Alfred Micał z OIL w Rzeszowie.

Janusz Malarski



Wyniki: Panie gry pojedyncze: kategoria do 40 lat: 1. Anna Balicka, 2. Agnieszka Widziszowska, 3. Agnieszka Sobel, Anna Sabok-Rzepka; **kategoria 40+:** 1. Bożenna Kędzierska, 2. Elżbieta Baszyńska, 3. Elżbieta Guska, Renata Banaś-Samson; **Panowie gry pojedyncze: kategoria do 35 lat:** 1. Marcin Krywiak, 2. Tomasz Rutkowski, 3. Maciej Salagierski; **kategoria 36-45:** 1. Grzegorz Przybylski, 2. Andrzej Jasiński, 3. Wojciech Pietrzak, Ryszard Stawicki; **kategoria 46-55:** 1. Tomasz Maziak, 2. Jerzy Sobel, 3. Adam Jakubowski, Zbigniew Cieślak; **kategoria 56-60:** 1. Ryszard Koczorowski, 2. Janusz Malarski, 3. Piotr Kołodziej; **kategoria 60-65:** 1. Andrzej Pozowski, 2. Antoni Prokopowicz, 3. Wiesław Krakowski, Kadet Stemplewski; **kategoria 65+:** 1. Stanisław Kaczmarski, 2. Józef Herman, 3. Zbigniew Frenszkowski, Bogdan Solarak; **Panie gra podwójna:** 1. Agnieszka Widziszowska + Anna Sabok-Rzepka, 2. Bożenna Kędzierska + Elżbieta Baszyńska, 3. Renata Banaś-Samson + Elżbieta Warzecha, Anna Balicka + Agnieszka Sobel; **Panowie gra podwójna: kategoria do 45 lat:** 1. Marcin Krywiak + Grzegorz Przybylski, 2. Marcin Wroński + Andrzej Jasiński, 3. Ryszard Stawicki + Wojciech Pietrzak, Dariusz Kowalczyk + Sławomir Stawicki; **kategoria 46-60:** 1. Krzysztof Migala + Marek Filipek, 2. Marek Pudełko + Grzegorz Agopsowicz, 3. Janusz Malarski + Ryszard Koczorowski, Tomasz Maziak + Krzysztof Cieplucha; **kategoria 60+:** 1. Kadet Stemplewski + Andrzej Pozowski, 2. Antoni Prokopowicz + Wiesław Krakowski, 3. Stanisław Kaczmarski + Bogdan Polikowski, Józef Herman + Zbigniew Frenszkowski.

Zaproszenie na obóz NARCIARSKI

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie zaprasza na obóz narciarski w **Alpach Francuskich w La Plagne** w dn. **13-22.03.2004 r.** Informacje i zgłoszenia: **OIL w Warszawie**, tel./fax (0-22) 822-36-86 lub tel./fax (0-22) 834-84-71, e-mail kwatour@op.pl

Halowe Mistrzostwa Lekarzy w TENISIE

26-29.02.2004 r. w Gliwicach, Hala tenisowa, ul. Knurowska 2A, nawierzchnia dywanowa. Sędzia naczelny Józef Peteralski. Organizator FUH RADEX. Zgłoszenia do 14.02.2004 r., **41-902 Bytom, ul. Okulickiego 10/6**, fax (0-32) 337-16-60, e-mail radexwr@interia.pl; dyrektor turnieju **Wojciech Radowski**, tel. 0-605-044-455

sport@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w GDAŃSKU z roku 1954

21 maja 2004 r. w naszej Alma Mater odbędzie się uroczystość odnowienia dyplomów lekarza medycyny, w związku z 50 rocznicą ukończenia studiów. Nie są nam, niestety, znane adresy wymienionych poniżej naszych Koleżanek i Kolegów lub ich rodzin.

Są to:

Łucja Bałucińska, Karol Będkowski, Jerzy Bożek, Marian Chmielewski, Marian Czaplewski, Krystyna Czaykowska, Bolesław Czyżewski, Roman Dolmierski, Zbigniew Dziedzic, Mieczysław Dziubiński, Alicja Edelmanna, Henryka Farbotko-Ekler, Jan Fienes, Łucja Formella-Stoczyńska, Tadeusz Harasimowicz, Halina Holubasz-Rożkowska, Bogdan Jasiński, Zdzisław Jemielita, Jerzy Klusiński, Wacław Konieczny, Edward Kot, Jan Kurzeja, Jadwiga Lesiewska, Zygmunt Łuczak, Jan Malesa, Teresa (Fac) Mardkowicz, Maciej Mazur, Sławomir Mazurkiewicz, Andrzej Morawiecki, Adam Mystek, Zbigniew Niziński, Jan Nożewski, Stanisław Pałasz, Bronisław Piekarczyk, Jan Rutkowski, Wiesław Rutkowski, Barbara Samplawska-Maj, Władysław Sitko, Tadeusz Skierczyński, Atalia Skulte, Adam Szuster, Wojciech Turosieński, Zbigniew Walczyński, Mieczysław Wałaszewski, Jadwiga (Wiercińska)-Jaworska, Lilla Wierstakowa, Jerzy Węgrzyn, Tadeusz Wolan, Zofia Zdrzałka.

Zwracamy się z gorącym apelem o pomoc w nawiązaniu kontaktów z Nimi lub z Ich rodzinami i o informacje w tej sprawie pod adresem: **Mirosława Narkiewicz, 80-210 Gdańsk, ul. Tuwima 23 m. 1** lub tel. (0-58) 349-1431. Za Komitet Organizacyjny **Barbara Godlewska-Smiechowska**

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolwentus.pl

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

Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy

W **Klubie Lekarza OIL, w Łodzi**, organizowana jest w dn. **25-30.01.2004 r.** Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy. Wernisaż: **25.01.2004 r., godz. 17.00.**

Do udziału zapraszamy Koleżanki i Kolegów Lekarzy ze wszystkich izb okręgowych.

Zgłoszenia oraz spis proponowanych prac do **10.01.2004 r.** Prace winny być **dostarczone** do OIL w Łodzi do **20.01.2004 r.**

W sprawach organizacyjnych proszę kontaktować się z **Biurem OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź**, tel. 683-17-91, fax 683-13-78

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**. Szkolenia podstawowe w 2004 r.:

- 12-13.01., 31.05.-1.06. *Diagnostyka USG w pediatrii*
- 12-16.01., 8-12.03., 10-14.05., 14-18.06. *Diagnostyka USG jamy brzusznej*
- 19-20.02., 15-16.04., 3-4.06. *Diagnostyka USG gruczołu piersiowego*
- 6-9.04., 22-25.06. *Diagnostyka USG narządów małych powierzchniowo leżących (ślinianki, gruczoł piersiowy, tarczyca)*
- 22-24.04. *Podstawy echokardiografii*
- 10-11.05. *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- 17-19.05. *Podstawy echokardiografii w pediatrii*

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. (0-71) 348-39-66, 0-606-350-328, e-mail wcp@poczta.onet.pl, <http://www.szkolenia.z.pl>

Katedra i Zakład **Anatomii**

Patologicznej AM we Wrocławiu oraz Wrocławskie Centrum Promocji. Szkolenia w 2004 r.:

- 19-21.01., 14-16.06. *Cytologia onkologiczna w ginekologii system klasyfikacji Bethesda* – kurs doskonalący
- 24-28.05. *Cytologia onkologiczna w ginekologii system klasyfikacji Bethesda* – kurs podstawowy

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. (071) 348-39-66, 0-606-350-328, e-mail wcp@poczta.onet.pl

- 24.01., 20.03. 2004 r. Zakład Fizjopatologii Oddychania Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26 w Warszawie. Jednodniowe szkolenia: *Spirometria – zasady prawidłowego wykonania i interpretacji wyników*. Uczestnicy otrzymają 10 punktów edukacyjnych. Koszt 300 PLN od osoby. Informacje: tel. (0-22) 431-22-23, e-mail fizpat@igichp.edu.pl

Zakład **Periodontologii** Katedry **Stomatologii** Zachowawczej i Periodontologii PAM w Szczecinie. Kursy zaliczane do staży specjalizacyjnych w 2004 r.:

- 30.01.-1.02. *Choroby błony śluzowej jamy ustnej* – teoretyczny
- 5-7.02. *Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób przyzębia* – teoretyczno-praktyczny
- 27-29.05. *Leczenie chirurgiczne zapaleń przyzębia* – teoretyczno-praktyczny

Informacje: Biuro Kursu DENTIMEX Andrzej Parzonka, al. Piastów 51/8, 70-311 Szczecin, tel. (0-91) 433-42-05, e-mail info@dentimex.szczecin.pl, www.dentimex.szczecin.pl

- 31.01.2004 r. Warszawa Oddział Warszawsko-Otwocki Polskiego Towarzystwa **Ftyzjopneumonologicznego** organizuje VI sesję Szkoły **Pneumonologii: Zatorowość i nadciśnienie płucne**, od godz. 10.00 w Sali Konferencyjnej Novotelu, ul. 1 Sierpnia 1. Wstęp bezpłatny, uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne. Informacje: Tadeusz M. Zielonka

501-143-324, zielonka@amwaw.edu.pl, Sekretariat oddziału PTFP: 02-093 Warszawa, ul. Pasteura 10, tel. (0-22) 823-39-19, fax 822-12-24

- 13-14.02.2004 r. Instytut **Pediatrii** Wydziału Lekarskiego UJ. Konferencja naukowa: *Spotkania kliniczne chirurgów dziecięcych z pediatrami*. Temat wiodący: *Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób okresu noworodkowego*. Organizatorzy nie pokrywają kosztów delegacji i nie dokonują rezerwacji hotelowych. Informacje: Biuro Konferencji Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii Wydziału Lekarskiego UJ Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków, tel. (0-12) 658-02-56, fax (0-12) 658-44-46, e-mail oint@mp.pl

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne**.

Puszczykowo k. Poznania, w 2004 r.:

- 21-22.02. *Podstawy diagnostyki gruczołu piersiowego – mammografia, ultrasonografia, biopsja stereotaktyczna, biopsja cienkoigłowa; jakość mammografii*
 - 18-21.03. *Ultrasonografia jamy brzusznej i tarczycy*
 - 25-28.03. *Ultrasonografia dopplerowska*
 - 1-4.04. *Podstawy echokardiografii*
 - 15-18.04. *Ultrasonografia gruczołu piersiowego*
- Szkolenia dają 25-28 pkt. edukacyjnych TIP
Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, 62-050 Mosina, ul. Świerkowa 23, tel./fax (0-61) 819-25-00, tel. kom. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail obraz@obraz.pl

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

- 7-13.03. *Diagnostyka USG narządów położonych powierzchniowo: - diagnostyka obrazowa sutka; - diagnostyka USG tarczycy, węzłów chłonnych i innych narządów szyi*
 - 28.03.-3.04. *Diagnostyka USG układu moczowo-płciowego: - gruczoł krokowy – badania transrektalne wraz z biopsją monitorowaną USG; - nerki, pęcherz moczowy, moszna*
 - 18-24.04. *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
 - 2-8.05. *Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy, narządów miednicy mniejszej. Ultrasonografia w gabinecie lekarza rodzinnego*
 - 2-8.05. *Kurs atestacyjny wymagany do uzyskania certyfikatu PTU*
 - 9-15.05. *Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej*
- Informacje: tel. (0-84) 638-80-90, 638-55-12

- 26-27.03. 2004 r. Poznań. I Konferencja Szkoleniowa dla lekarzy specjalizujących się w internie, rezydentów medycyny rodzinnej oraz lekarzy rodzinnych: *Reperytorium pulmonologiczne* Zgłoszenia do 15.02.2004 r. Opłata 50 zł. Konferencja zostanie objęta punktami edukacyjnymi. Informacje i zgłoszenia: Sekretariat Katedry i Kliniki Ftyzjopneumonologii AM

Poznań, 60-569 Poznań, Szamarzewskiego 84, tel./fax 841-70-61, e-mail: pulmo@skl.am.poznan.pl

- 16-17.04.2004 r. Kopenhaga. Pierwsza Europejska Konferencja **Stomatologii Zapobiegawczej i Mało Inwazyjnych Metod Leczenia Próchnicy**, organizowana przez The European Society of Preventive Dentistry oraz Academy of Minimally Invasive Dentistry. Informacje i zgłoszenia: www.quintessence.dk/epc oraz Izabela Strużycka Zakład Stomatologii Zachowawczej ISAM, Warszawa, Miodowa 18, tel. 0-606-758-619, praca 635-17-47

- 5-7.05.2004 r. Popowo k. Wyszki. XIV Konferencja, przeznaczona dla **ordynatorów i ich zastępców**, a także specjalistów II° w **anestezjologii i intensywnej terapii**, możemy przyjąć tylko 150 osób: *Anestezjologia i intensywna terapia pierwszej dekady*. Zgłoszenia do 31 stycznia 2004 r. na adres: Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP SPSK 00-416 Warszawa, ul. Czerniakowska 231. Wpłata na konto: Fundacja na Rzecz Bezpiecznego Znieczulenia 02-062 Warszawa, ul. Zimorowicza 3 m. 3, ING BS O/Warszawa, Nr 06 1050 1054 1000 0005 0149 69. Informacje: tel. 625-02-53; fax 625-04-84

- 11-13.05.2004 r. Ożarów k. Warszawy. Polskie Towarzystwo **Hepatologiczne** organizuje szkolenie w zakresie hepatologii dla lekarzy różnych specjalności zainteresowanych leczeniem chorych z **chorobami wątroby**. Informacje na stronie internetowej PTHeba www.medprakt.pl/ptheba. Zgłoszenia: pasl@mp.pl lub fax (0-22) 841-15-92.

- 14-15.05.2004 r. Ożarów k. Warszawy. IV Zjazd Polskiego Towarzystwa **Hepatologicznego**. Informacje na stronie internetowej PTHeba: www.medprakt.pl/ptheba. Zgłoszenia: pasl@mp.pl lub fax (0-22) 841-15-92

- 6-8.06.2004 r. Tarnów. III Ogólnopolska Konferencja Polskiego Towarzystwa Lekarskiego: *Dylematy i problemy orzecznictwa lekarskiego u progu wejścia Polski do UE*. Informacje: <http://www.cmkp.edu.pl/~ptol/3ptolazajawka.htm>. Formularz zgłoszeniowy: <http://www.cmkp.edu.pl/~ptol/3ptolkartzglo.doc>; www.ptol.org.pl

Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich.

- Temat na całą kadencję: *O odrodzenie moralnej*
- 2004 r. – *rok jubileuszu 10-lecia KSLP: Lekarz w służbie rodzinie*
- 2005 r. – *pierwszy rok Polski w Unii Europejskiej, stanie się czasem rozważania słów Ojca Świętego Jana Pawła II: Służba miłości to wierne przypomnienie prawdy*
- 2006 r.: *Nauka i moralność*

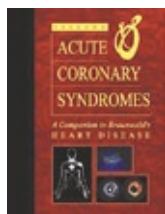
opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

A.B.E. Marketing

Wydawnictwa Światowe – Publishers' Distribution Services
00-855 Warszawa, ul. Grzybowska 37 A, tel. (0-22) 654 06 75, fax 652 07 67,
e-mail: info@abe.com.pl

Pełna oferta książek medycznych dostępna w Internecie www.abe.com.pl
Do cen katalogowych doliczamy 10% opłat manipulacyjnych.

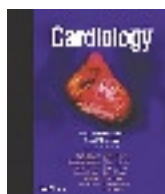


ACUTE CORONARY SYNDROME

Pierre Theroux

wyd. Saunders, 07.2003, tw. opr., 648 str., 527 il.,
c. kat.: 106.00 GBP

Książka prezentuje patomechanizmy (w tym immunologiczne) leżące u podstaw ostrych zespołów wieńcowych oraz obecny stan wiedzy z zakresu diagnostyki i leczenia. Na szczególną uwagę zasługują informacje dotyczące śródbłonna i jego roli w miażdżycy naczyń. Obszerne potraktowano wiadomości z zakresu diagnostyki – ekg, markery biochemiczne, koronarografię, echokardiografię, CT i MRI. W opracowaniu znalazły się najnowsze informacje z zakresu współczesnych strategii terapeutycznych – leczenie przeciwplatekcyjne, techniki rewaskularyzacyjne, terapie genowe. O wartości książki przesądza fakt wydania jej w serii towarzyszącej „Braunwald's Heart Disease”.

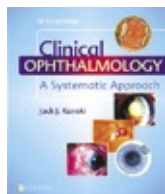


CARDIOLOGY

Michael H. Crawford, John P. DiMarco, Walter J. Paulus

wyd.: Mosby, 10.2003, tw. opr., 1660 str., 2360 il.,
c. kat.: 93.99 GBP

Drugie wydanie „Cardiology” pod redakcją M.H. Crawforda, zostało przygotowane przez zespół 250 międzynarodowych ekspertów. Książka łączy wiedzę z dziedziny nauk podstawowych z praktycznymi aspektami diagnostyki i leczenia w współczesnej kardiologii. Szczególnie dużo miejsca poświęcono patogeniezie, epidemiologii oraz czynnikom ryzyka chorób układu krążenia. Zwarty i przejrzysty układ tekstu, liczne ilustracje, tabele i diagramy ułatwiają dostęp do niezbędnych informacji. Dołączony do książki CD-ROM z kompletem ilustracji, ułatwia przygotowanie ciekawych prezentacji w formacie PowerPoint®.



CLINICAL OPHTHALMOLOGY

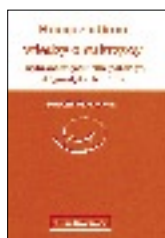
Jack J. Kanski

wyd.: Butterworth Heinemann, 04.2003, tw. opr., 748 st.,
2252 il., c. kat.: 120.00 GBP.

Książka stanowi jeden z najlepiej sprzedających się tytułów z dziedziny okulistyki – została przetłumaczona na 8 języków. Opracowanie przeznaczone jest zarówno dla lekarzy uczących się i specjalizujących, jak i klinicystów potrzebujących szybkiego dostępu do praktycznych informacji. W książce znalazły się cztery całkowicie nowe rozdziały, dotyczące m.in.: zespołu Sjögrena, chorób układowych, chirurgii rogówki i soczewki, zapalenia twardówki. Każdy z pozostałych rozdziałów został uzupełniony o najbardziej aktualne wiadomości oraz nowy bogaty materiał ilustracyjny. Książka niezbędna w każdym oddziale i gabinecie okulistycznym.

Wydawnictwo Medyczne alfa – medica press

skr. poczt. 333, 43-300 Bielsko-Biała, tel. (0-33) 816 90 79,
fax (0-33) 828 13 72, e-mail: poczta@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl



KOMPENDIUM WIEDZY O CUKRZYCY – wybrane zagadnienia patologii, diagnostyki i leczenia

Ewa Otto-Buczkowska

wyd. I 2003, s. 256

Publikacja pomyślana jako przewodnik dla lekarzy pierwszego kontaktu. Zawiera obszerne informacje specjalistyczne. Z tego względu szczególnie przydatna dla lekarzy specjalizujących się w medycynie rodzinnej, chorobach wewnętrznych, pediatrii, endokrynologii, chirurgii, ginekologii i dla studentów medycyny.



RAK KRTANI I GARDŁA DOLNEGO

pod red. prof. dr. hab. med. **Grzegorza Janczewskiego**,
dr hab. med. **Ewy Osuch-Wójcikiewicz**.

wyd. I 2002, s. 272

W Polsce 74% przypadków raka krtani i gardła dolnego trafia do lekarza w III i IV stopniu zaawansowania klinicznego choroby. Monografia ma na celu propagowanie wiedzy na temat tej groźnej choroby. Przedstawia wybór metod leczenia raka krtani i gardła. Autorzy uświadamiają, że nie ma metod standardowych w tej chorobie. Najważniejsze jest określenie stadium zaawansowania, aby wybrać najskuteczniejszą metodę. Każdy przypadek jest indywidualny i dobór metod musi być również taki. Do lekarza należy wybór metody optymalnej, ale musi być na nią zgoda pacjenta.

ZAKAŻENIA W OTOLARYNGOLOGII

Danuta Dzierżanowska, Dariusz Jurkiewicz, Beata Zielnik- Jurkiewicz.

wyd. I 2002, s. 284

Publikacja opracowana przez zespół specjalistów w zakresie mikrobiologii, immunologii klinicznej oraz otolaryngologii. Bez znajomości i zrozumienia współczesnej wiedzy na temat mikrobiologii i immunologii klinicznej zakażeń nie może być właściwego ich leczenia. Publikacja przeznaczona dla lekarzy praktyków, przede wszystkim lekarzy rodzinnych i pediatrów.

ANTYBIOTYKOTERAPIA PRAKTYCZNA

Danuta Dzierżanowska.

wyd. III 2001, s. 686

Od wydania pierwszej publikacji dokonano się znaczny postęp w leczeniu chorób dotychczas uważanych za nieuleczalne, wykryto wiele leków ratujących życie. Wydanie niniejsze uzupełnia i aktualizuje wiedzę na ten temat. Ponadto książka pozwala zapoznać się z zasadami właściwie stosowanej antybiotykoterapii, wskazując na złe skutki nadużywania antybiotyków.

PODSTAWOWE INFORMACJE O UODPARNIANIU

Wiesława Mazurkowska-Magdzik.

Konsultacyjna Poradnia Szczepień w Warszawie, ul. Niekańska.

wyd. I 2003, s. 48

Broszura omawia w kolejnych rozdziałach najważniejsze problemy poruszane na warsztatach dyskusyjnych służby zdrowia dotyczących sztucznego uodparniania, a przede wszystkim szczepień ochronnych. Tytuły tematów: Zasady uodparniania populacji, indywidualny kalendarz szczepień, przeciwwskazania do szczepień, niepożądane odczyny poszczepienne, szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, szczepienie przeciw poliomyelitis, inne zagadnienia poruszane podczas warsztatów.

EKG JASNO I ZROZUMIALE

Andrew R. Houghton, David Gray

red. wydania polskiego **Maria Jakubowska-Najnięgie**,
Katarzyna Tymieńska-Sędek.

wyd. II (dodruk) 2001, s. 256

Publikacja przeznaczona dla lekarzy rozpoczynających praktykę i lekarzy innych specjalności niż kardiologia, którzy chcą osiągnąć biegłość w interpretacji zapisu EKG. Przekazuje wiadomości konieczne do prawidłowego odczytu EKG. Redaktorzy wydania polskiego uznają ten podręcznik za podstawę wyuczenia się tych wiadomości pod warunkiem, że w pierwszym okresie nauki każdy dokonany przez nich odczyt powinien być skonfrontowany z zawartą w książce interpretacją.

Ponadto nadesłano:

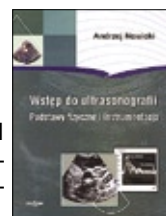
WSTĘP DO ULTRASONOGRAFII.

Podstawy fizyczne i instrumentacja

Andrzej Nowicki

Wydawnictwo **Medipage**, wyd. I 2003, s. 200, wym. 18,5x24,5 cm,
opr. miękka, c. det. 88 zł, dystrybucja: **Składnica Medyczna LSM**

Książka obejmuje pełny materiał wykładów prowadzonych w ramach kursów ultrasonograficznych organizowanych przez Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne.



MEDYCYNĄ STANÓW NAGŁYCH

Christopher M. Ball, Robert S. Phillips

Wydawnictwo **WIG-Press**, wyd. I 2002, s. 680, wym. 17 x 21 cm,
opr. miękka, c. det. 129 zł, c. prom. 46 zł,

dystrybucja: **Składnica Medyczna LSM**

Książka ta przeznaczona jest dla lekarzy, którzy kojarząc najbardziej wiarygodne dane z własnymi umiejętnościami i doświadczeniem, chcą lepiej opiekować się chorymi.



opr md