

5 2008

**Gazeta
Lekarska**
Pismo Izby Lekarskich
Wzrost - Ciężar - Nęska
Egzemplarz bezpłatny



O łapówkach i napiwkach

z prof. **Tomaszem Pasierskim**



Gra na dwóch fortepianach

„Ułatwimy otwieranie specjalizacji i uprościmy zasady ich uzyskiwania” – obiecywał jesienią ub. roku premier Donald Tusk w swoim exposé. Kiedy? Już wkrótce – zapewniała minister Ewa Kopacz na rządowej studniówce w lutym br. 18 kwietnia Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia ogłosił liczbę miejsc dla lekarzy i lekarzy dentyków, którzy rozpoczną specjalizację w terminie 1 maja – 30 czerwca 2008 r. W specjalnościach lekarskich jest lepiej, ale...

Na 90 świeżo upieczonych stomatologów na Lubelszczyźnie będzie czekać jedno (!) miejsce specjalizacyjne, podobnie jak w województwach świętokrzyskim i śląskim. W opolskim nie będzie w ogóle możliwości rozwoju zawodowego młodych dentyków. Najlepiej będzie w Szczecinie i okolicach, gdzie przewidziano aż... 9 miejsc. W ortodoncji, uznawanej od dawna jako enklawa w stomatologii, w zasadzie nigdzie poza Szczecinem i Wielkopolską nie będzie można uzyskać specjalizacji. Zresztą konsultanci wojewódzcy zgodnie na ogół stwierdzają, że liczba specjalistów na ich terenie już dawno przekroczyła potrzebne normy. A posłuchać ich lamentu warto, bo to fascynujący przykład wywodów ludzi, którzy nie rozumieją, że robią coś złego. O co te krzyki? – dopytują. Już w całej Europie zaczyna dominować pogląd, że ortodontę może zastąpić co najwyżej jego potomek – wyjaśnia znany stomatolog i natychmiast prosi o anonimowość. Nie lepiej jest w stomatologii dziecięcej, periodontologii i protetyce stomatologicznej. Mam nadzieję, że to tylko nieporozumienie lub niedoszacowanie, a nie jakaś skryta gra o fortunę dla tych, którzy już te specjalizacje mają. Niewykluczone, że zabrakło wyobraźni i normalnego ludzkiego starania. Tegoroczne propozycje dla stomatologów to ewidentna wpadka Ministerstwa Zdrowia, w którym nadal nie ma departamentu, który ogarnąłby najważniejsze problemy stomatologii. Jak się dowiadujemy, za wpadkę zapłaciła już głowami więcej niż połowa konsultantów krajowych. Ale to nie na taką dintojrę oczekuje lekarska młodzież.

Ktoś z za węgla, w imię grupowego interesu, blokuje postęp. Ktoś próbuje akompaniować rządowi na rozstrojonym fortepianie i zachwyca się fałszywym współbrzmieniem. Nic dziwnego, że zacierają ręce łowcy stomatologicznych talentów z zagranicznych biur pośrednictwa pracy. Wystarczy zerknąć na ostatnie strony „Gazety Lekarskiej”, które kipią od ogłoszeń intratnej pracy za granicą. Czy rodzime akademie medyczne kształcą lekarzy dentyków po to, aby osiedlali się i szukali szczęścia w górach Szkocji i za kołem podbiegunowym Szwecji i Norwegii? A może w ogóle specjalizacja, jak do niedawna sądzono, nie jest stomatologom do niczego potrzebna? Apeluję do zapracowanych do szaleństwa włodarzy z Miodowej: albo nastroicie fortepian, albo z tej pierwszej strony powiemy głośno jak mają na imię wasi niewydarzeni wirtuozi. Być może to ostatnia chwila na odważne zmiany i realizację obietnic. Najbardziej finezyjny plan naprawy systemu ochrony zdrowia nie powiedzie się, jeśli przy pacjentach zabraknie kompetentnych lekarzy. Kolejny dzwonek alarmowy może okazać się głośniejszy i groźniejszy.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Łapówki i napiwki	4-5
Okiem Prezesa	5
Zmienić świat na lepsze	6
U stomatologów	8-17
Homeopatia pod pręgierzem	18
Kryzys zajrzał do izb	20-21
Zapędzeni do narożnika	22-23
Młodzi do roboty	24-25
Właściciel winy	26-27
Wolny wybór lekarza	30-31
Stomatologia poznańska	32-33
Lekarski sport	34-37
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	38-39
Książki nadesłane	40-41
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	46-59
Ogłoszenia różne	59-60
Program TVN Med	61

Biuletyn NRL 43-45

Zbieraj **punkty edukacyjne**
przez **Internet**

www.kursy.portalmed.pl

Największa baza ofert pracy dla lekarzy
www.praca.gazetalekarska.pl

Łapówki i napiwki

Z prof. **Tomaszem Pasierskim**, kardiologiem w Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym rozmawia Marek Stankiewicz

• **Panie profesorze, dobrze się panu powodzi?**

– Nie narzekam. Żyję bez świadomości niedostatku ekonomicznego. Ale moim celem życiowym nie jest nowe auto co dwa lata ani każde wakacje w tropiku.

• **No to z czego żyje lekarz i naukowiec, który nie karmi się kopertami od pacjentów?**

– Większość żyje z pensji. Wielu np. kardiologów zarabia całkiem nieźle, legalne pieniądze, biorąc udział w badaniach lekowych. Ja prowadzę bogatą działalność publicystyczną, piszę, komentuję, wydaję książki. Pracuję również w prywatnym gabinecie specjalistycznym, aby ułatwić kontakt związanym od lat ze mną pacjentom.

• **Czy łapówki to taka nasza, polska, specyfika?**

– Obdarowywanie prezentami to jest kwestia obyczajowości. Na przykład na Ukrainie lekarze twierdzą, że poło-

wę wynagrodzenia daje im państwo, a drugą połowę sami pacjenci. Ale to są standardy nie do przyjęcia. Ja jestem zwolennikiem roztoczenia szerokiego parasola bezpieczeństwa nad pacjentami. Każdy człowiek dotknięty ciężką chorobą powinien mieć możliwość przejścia przez nią bez bolesnych doznań finansowych.

Prawo w Polsce nie pozwala lekarzom na przyjmowanie od pacjentów żadnych korzyści majątkowych. Nie ważne, przed czy po leczeniu. Można odpowiadać nawet za błahą butelkę koniaku. Pytam więc, czy warto się narażać. Lekarz w państwowym szpitalu to przecież funkcjonariusz publiczny. Argumentacja, że po zakończeniu leczenia można przyjąć praktycznie wszystko jest wątpliwa, bo nikt nie zdefiniował, kiedy to zakończenie następuje. Często pacjent stara się w ten sposób zdobyć przychylność lekarza na przyszłość.

• **Przyzna pan, że te koniaki to jakiś fałszywy mit o rozpustnym życiu lekarzy?**

– To są fikcyjne prezenty, których żaden normalny człowiek nie jest w stanie przepić (śmiech). Alkohol już dawno nie jest w Polsce rarytasem, którego w dodatku nie można spieniężyć na rynku wtórnym. To jest raczej obyczaj, który dzisiaj chyba bardziej służy pacjentom niż lekarzom.

• **To może te łapówki to raczej napiwki?**

– Łapówki daje się przed, a napiwki po.

• **Czy, zdaniem pana, lekarz w ogóle ma prawo do materialnej satysfakcji? Czym mierzy się ta satysfakcja?**

– Socjologiczną miarą jest chyba tzw. średnia otoczenia. W latach osiemdziesiątych chciało się mieć lodówkę, pralkę i „malucha”, a dziś sa-

Tomasz Pasierski – profesor nauk medycznych, kardiolog, ordynator Oddziału Kardiologii i Chorób Naczyni Międzyzleskiego Szpitala Specjalistycznego, kierownik Zakładu Humanistycznych Podstaw Medycyny Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, członek Roboczej Grupy Lekarskiej ds. Etyki w Służbie Zdrowia przy Fundacji im. Stefana Batorego. Autor i redaktor 8 monografii książkowych, 110 rozdziałów w monografiach książkowych oraz bardzo wielu prac oryginalnych, poglądowych i kazuistycznych. Żonaty, ma troje dzieci. Lubi czytać książki i jeździć na rowerze.

tysfakcja to już wolnostojący dom, dwa samochody w rodzinie, urlop latem i zimą za granicą, a według niektórych nawet kształcenie dzieci na zagranicznych uczelniach. W polskiej medycynie mamy wielu młodych ludzi, którzy ledwo wiążą koniec z końcem, ale i profesorów medycyny, którzy żyją bardzo dobrze.

• **Czy uczciwy lekarz to dziad i nędzarz?**

– To jest szkodliwy stereotyp. Właściwie to nie wiadomo, gdzie ma uplasować się lekarz ze swoim statusem materialnym. Spoglądając wstecz, lekarze nigdy nie należeli do bogaczy. Zawsze musieli ciężko pracować całymi dniami, często ostro konkurując ze sobą. W USA stan lekarski zaczął na dobre dorabiać się dopiero w okresie międzywojennym, a po wojnie zaczęli wychodzić na czoło najlepiej zarabiających grup społecznych. Ale w Europie z kolei nie ma krezusów, choć przyznając, że

lekarze to przyzwoicie zarabiający inteligenci i ludzie raczej zasobni.

• **Podoba się panu, jak oddział rosyjskich antyterrorystów wyprowadza ze szpitala lekarza w kajdankach?**

– Nie podoba mi się. Ale powiem, co mi się w tym nie podoba. Uważam, że lekarz, który uprawia proceder polegający na uzależnieniu przyjęcia do szpitala od otrzymania korzyści materialnej, narusza prawo. Powinien więc być poddany postępowaniu prawnemu. Spektakularne wyprowadzanie skutego lekarza jest szarganiem rangi szpitala, który jest czymś więcej niż zbiorowiskiem ludzi, którzy tam pracują. Niczemu również nie służy upokarzanie tych ludzi przed czynnością procesową ani karanie infamią, zanim sąd o czymkolwiek zdecyduje.

• **Czy korupcja to temat zastępczy?**

– Korupcja była przez lata w Polsce bagatelizowana przez władze i środowisko lekarskie. Lekarze zapłacili za to spadkiem zaufania do swego zawodu. Pewna ekipa polityczna postanowiła wykorzystać korupcję jako fundament swojego programu i zrobiła to w sposób zdecydowanie przesadzony. Ale nie można powiedzieć, że ona wygenerowała zjawisko korupcji, bo ono przecież wcześniej istniało.

• **To może w ogóle nie ma sensu o tym rozmawiać?**

– Korupcja jest problemem trwałym, któremu trzeba spojrzeć prosto w oczy. Inna rzecz, że ludzie nie myślą po obywatelsku, lecz egoistycznie i nie ustają w propozycjach korupcyjnych dla lekarzy.

• **Czy nadejdzie taki dzień, że nikt nie ośmieli się przykupywać polskich lekarzy ani wątpić w ich szlachetne intencje?**

– Tak, jeśli zadziałają reguły prawa handlowego. Pamiętajmy, że każdy, kto dostaje godziwą pensję i jeszcze chce sobie dorobić, pozostaje w konflikcie z szefem lub właścicielem, który go zatrudnia. Tak samo jest w szpitalu i w myjni samochodowej, gdzie pracownikowi nie wolno załatwiać klientów na lewo. Wierzę w rozwiązania systemowe. Być może trzeba skrócić dystans. Nie słyszałem, aby z prywatnej lecznicy wyrzuceno jakiegoś lekarza za korupcję.

Okiem Prezesa



Wiosna powinna skłaniać do optymizmu, ale wokół nas czarne chmury.

Rządzący upierając się przy pracach nad pakietem kiepskich projektów ustaw pod znakiem zapytania stawiają możliwość przeprowadzenia jakiejkolwiek reformy ochrony zdrowia. Liczne sensowne rekomendacje konferencji *Białego szczytu* rząd pozostawił na papierze i w ogóle się nimi nie przejmując. Na razie nie widać także projektów obiecanego podnoszenia nakładów na ochronę zdrowia. Już w przyszłym roku ma to być 4-5 mld zł „z budżetu”. Przy okazji zgłaszane są za to chaotyczne propozycje tyleż nierozsądne, co na szczęście niemożliwe do przeprowadzenia (np. zniesienie stażu podyplomowego od 1 stycznia 2008 r.).

Nie najlepiej dzieje się także w naszym, lekarskim, środowisku. Jeden z najważniejszych, moim zdaniem, artykułów Kodeksu Etyki Lekarskiej stwierdza, że lekarz, lekarz dentysta powinien kierować się *dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie*, a w innym miejscu Kodeks mówi, że *naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu*. Są tacy, którzy twierdzą, że w zasadzie Kodeks mógłby się sprowadzać tylko do tych zaleceń. Może i tak, ale jak to wygląda w praktyce? Na porządku dziennym jest wzajemne naruszanie dobrego imienia. Często przodują w tym prominentni działacze naszego samorządu, którzy w ferworze dyskusji zapędzają się na pole argumentów w stylu *ad personam* bynajmniej nie przebijając w słowach. W sytuacji nagminnego złośliwego komentowania działalności zawodowej kolegów przez wielu członków naszego samorządu walka o artykuł 52.2 KEL (m. in. zakazującego dyskredytowania innego lekarza) przed Trybunałem Konstytucyjnym staje się czymś dziwnym. Mimo wyraźnego zaostrenia walki z korupcją wciąż wielu lekarzy jest skłonnych machnąć ręką na skrupuły i bez pardonu wyciągnąć ją po różne „nieformalne opłaty” w zamian za przyspieszenie przyjęcia, większą życzliwość czy wreszcie wypisanie zaświadczenia pod dyktando pacjenta. Bycie pod lupą uwagi społecznej nie przeszkadza wciąż niektórym z nas w pracy lub miejscach publicznych pojawiać się w stanie wskazującym na nadużycie alkoholu. Zastanawiam się, czy zjawiska te są nieuchronnym składnikiem „demokratyzowania się” naszego zawodu i oznaczają „schodzenie na psy” całego środowiska czy też to po prostu patologie, z którymi trzeba i warto walczyć. Ciągle jeszcze staram się wierzyć, że zawody nasze są wyjątkowe, a że *noblesse oblige*, to ci, którzy te zjawiska dostrzegają, mają oczywisty obowiązek je powstrzymywać.

Acoby słyhać w samorządzie lekarskim? Małe zaangażowanie we wspólne sprawy znacznej części środowiska, a nawet już wybranych jego przedstawicieli (zdarzający się brak *quorum* na posiedzeniach organów izb paraliżujący ich działanie) z jednoczesnym narzekaniem na jego nieskuteczność są, niestety, powszechne. A przecież demokratyczna samorządność odzyskana wraz z przemianami naszej Ojczyzny to potencjał, o którym jeszcze 20 lat temu można było tylko pomarzyć. Jakie są przyczyny frustracji działaczy i postrzegania izb jako niereprezentatywnych przez wielu członków samorządu? Może już teraz myśleć o zbliżających się wyborach trzeba zachęcić do uaktywnienia się środowiska uważające się za niedoreprezentowane? Liczna grupa działaczy izbowych swoim zaangażowaniem w sprawy publiczne doczekała się objęcia ważnych stanowisk w administracji ochrony zdrowia i mimo najszerszych chęci kontynuowania pracy samorządowej bywa postrzegana jako ludzie będący „w rozkroku” i w sytuacji oczywistego niekiedy konfliktu interesów – nie reprezentujący interesów swojego środowiska. Samorząd potrzebuje „świeżej krwi” młodych lekarzy, środowisk akademickich, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, prywatnie praktykujących lekarzy dentystów, emerytów itd.

Patologią toczącą nasze środowisko jest także sięganie przez wielu kolegów (z niewiedzy, bezradności, ale też po prostu dla pieniędzy) po nienaukowe metody tzw. medycyny alternatywnej. Zasady wykonywania zawodu wyraźnie tego zabraniają. Jednej z takich metod, homeopatii, wojnę wydała Naczelna Rada Lekarska. Po powołaniu grupy prominentnych ekspertów z różnych dziedzin medycyny przyjęliśmy stanowisko (patrz żółte strony), z którym każdy lekarz i lekarz dentysta, którego kusi ta metoda, powinien się zapoznać.

Zmienić świat na lepsze

Akcja „Nie biorę, chcę normalnie zarabiać” trwa już od roku. Wkrótce jej nowa odsłona. Do tej pory wzbudzała różne emocje, niekiedy skrajne. I może to właśnie jest jej atut – prowokuje dyskusję na trudne tematy.

Zaczął się od stażu w szpitalu MSWiA. Od podsłuchanej rozmowy dwóch młodych lekarek. „Znam dobry lumpeks na Puławskiej. – Tak, w którym miejscu? Ja chodzę u mnie na osiedlu. A zaraz obok starsza pani ma bardzo tanie warzywa.” W ten sposób rozmawiały przedstawicielki polskiej inteligencji. A za ścianą aresztowano właśnie doktora G. i wszyscy mówili o lekarzach. Ale nie o tych uczciwych i sumiennie wykonujących swój zawód, jak dwie biedne lekarki. Bo te nie są żadnym „newsem”, zresztą boją się wychylać. Mówiono o łapówkarzach, konowalach, mordercach... I tak cień padł na wszystkich.

Paweł Jezierski, młody lekarz z Warszawy, odbywał wspomniany staż. Już od dawna chciał napisać na drzwiach swojego gabinetu co mu leży na sercu. Zaproponował hasło „Nie biorę, chcę normalnie zarabiać”. Sam zamówił kilkakaset plaketek i jedną z nich, prowokacyjnie, przed kamerami, wpiął w marynarkę ówczesnego ministra zdrowia Zbigniewa Religi. „To ma być manifestacja pewnej postawy. Nie wstydzmy się być uczciwi. Zaczniemy od siebie i pokażemy ludziom, że chcemy i mamy odwagę zmierzyć się z problemem korupcji w służbie zdrowia. Pokażmy prawdziwe oblicze zawodu lekarza” – mówi Jezierski. I dodaje: „Chcemy odbudować zaufanie pacjentów do nas. Wierzę, że

oddolny głos środowiska jest w stanie do tego doprowadzić”.

Pojedynczy wybieg przerodził się w szerszą akcję. Od tamtego czasu wiele się wydarzyło. Grono osób i organizacji tworzących akcję stale się powiększa. „Okazało się, że taka inicjatywa jest potrzebna, zarówno wśród lekarzy, jak i społeczeństwa” – mówi Paweł Grzybowski. Co ciekawe sam nie jest lekarzem – ukończył jedną z lepszych uczelni biznesowych w kraju. Walczy o dobre imię lekarzy. „Znam wielu z nich i na co dzień widzę jak żyją i jak ciężko pracują. Wiem, że nigdy nie przyjęliby łapówki, a taki stereotyp, niestety, jest powszechny. Naszą akcją chcemy ten obraz zmienić. Poza tym wierzę, że dzięki temu, co robię, zmieniam świat na lepsze.”

Kolejne pomysły twórcy akcji zaczęły przekuwać w działanie. Powstała Fundacja „Nie biorę, chcę normalnie zarabiać”, która przyznaje stypendia najlepszym młodym lekarzom, pod warunkiem pozostania w Polsce. Stypendium wynosi 1000 zł miesięcznie i jest przyznawane na okres specjalizacji. „Potrzebujemy Was, zostańcie!” – tak nazwano akcję stypendialną. „Musimy uświadomić ludziom, że nie tylko w interesie lekarzy leży, aby ich sytuacja poprawiła się. Nam wszystkim powinno na tym zależeć, bo polskich lekarzy przyjmują za granicą z otwartymi rękami. Tylko jak już wyjadą, kto będzie leczył nas, Pola-

ków?” – pyta retorycznie Grzybowski. Do tej pory udało się ufundować 10 stypendiów – pieniądze przyznały firmy Ernst&Young i Tesco oraz prezydent Wrocławia Rafał Dutkiewicz.

To nie jedyny sukces. We wrześniu ubiegłego roku Fundacja nakręciła dwa spoty reklamowe, które są częścią społecznej kampanii medialnej promującej idee akcji. Obejmie ona swoim zasięgiem ogólnopolskie telewizje, prasę oraz Internet. „Ważne, by kampania miała swoje odzwierciedlenie w rzeczywistości. Widząc logo akcji jedynie na ekranie telewizora pomyślimy, że to kolejna «Leśna Góra». Ale jeśli pacjenci zobaczą znaczki na drzwiach gabinetu lekarskiego czy na fartuchach, możliwa jest zmiana ich nastawienia do lekarzy” – twierdzi Paweł Orkwiszewski z domu mediowego Initiative Media, który pomaga Fundacji w organizowaniu kampanii.

Nie wszyscy jednak są przekonani o słuszności i celowości akcji. Niekiedy ostro ją atakują. „Na moją głowę spłynęły hektolitry gorzkich słów w związku z tym, że swoją osobą niejako firmuję tę akcję. Nadal jednak uważam, że jest potrzebna i warto ją kontynuować” – twierdzi Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Podstawowy argument, jaki pojawia się wśród przeciwników akcji głosi, że jest ona obraźliwa, tylko utrwała stereotyp, a do istniejącego hasła można by dodać kilka innych zwrotów, takich jak „nie cudzołóż” czy „codziennie rano myję zęby”. Twórcy akcji odpowiadają: „Najnowsze badania opinii publicznej nie pozostawiają wątpliwości: służba zdrowia uważana jest za najbardziej skorumpowaną dziedzinę życia publicznego, bijąc ostatnio na głowę nawet tzw. świat polityki („Barometr Korupcji 2007 – Program Przeciw Korupcji Fundacji im. Stefana Batorego”, Warszawa 2008). Czy chcemy czy nie, musimy się z tym zmierzyć. A dlaczego nie zrobić tego w pozytywny i budujący sposób, przy okazji wzmacniając głos lekarzy w debacie o kształcie nowoczesnej Polski?”

JP

Fundacja „Nie biorę, chcę normalnie zarabiać”, ul. Jana Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, tel. +48 022-790-018-992, www.wspieramlekarzy.pl



To nie tylko zęby

Z prof. **Marią Wierzbicką**, koordynatorem Krajowego Programu Monitorowania Stanu Zdrowia Jamy Ustnej rozmawia Anna Lella

• **O stanie uzębienia Polaków można, poza oficjalnymi raportami stawiającymi nas w czołówce Europy, czytać w prasie powszechnej pod nagłówkami: „Szczepaty uśmiech Polaków”, „Poznasz Polaka po uśmiechu jego”. Czy w ogóle warto mówić o profilaktyce stomatologicznej? Przecież to tylko zęby!**

– To nie tylko zęby, to cały organizm i jego sprawne funkcjonowanie, a także jakość życia człowieka. Mamy pełną świadomość współzależności między chorobami jamy ustnej a stanem całego organizmu, obecnością biomasy (biofilmu) w jamie ustnej a trudnymi w prowadzeniu infekcjami układu oddechowego. Związki między zapaleniem przyzębia, zawałem i zatorami są obecnie już znacznie lepiej poznane niż kilkanaście lat temu. Doce-

Prof. dr hab. Maria Wierzbicka, specjalista w stomatologii zachowawczej i periodontologii. W okresie 25 lat kierownik Zakładu Stomatologii Zachowawczej Akademii Medycznej w Warszawie, ponadto była Prodziekan I Wydziału Lekarskiego ds. stomatologii i członek Senatu Akademii Medycznej w Warszawie. Nauczyciel i wychowawca wielu roczników polskich stomatologów, orędowniczka szerokiej współpracy naszych ośrodków naukowych z placówkami medycznymi krajów europejskich. Wieloletnia współpraca naukowa z ośrodkami w Bergen, Lund, Karlstad, Budapeszcie. Autorka ponad 100 oryginalnych publikacji krajowych i zagranicznych.

Była przewodnicząca Sekcji Periodontologii PTS i była prezydent Oddziału Europy Kontynentalnej Międzynarodowego Towarzystwa Badań Stomatologicznych oraz członek Komisji Rozwoju Regionalnego tegoż towarzystwa, wieloletni członek współzałożyciel Europejskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego Jamy Ustnej. Od lat działa w międzynarodowych towarzystwach medycznych. Wizytator Oddziałów/Wydziałów Stomatologii z ramienia Towarzystwa ds. Nauczania Stomatologii w Europie (ADEE). Medal Uniwersytetów w Lund i Dreźnie oraz Selcuk Üniversitesi w Konya. Doktorat honoris causa Uniwersytetu w Lund (Szwecja). Obecnie prezes Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej, członek Komitetu Głównych Stomatologów Krajów Europejskich. Recenzent projektów badawczych UE, członek komitetów redakcyjnych czasopism krajowych i zagranicznych. Koordynator Krajowego programu Monitorowania Stanu Zdrowia Jamy Ustnej. Zainteresowania naukowe: diagnostyka i zapobieganie próchnicy, badanie systemów zdrowia.

niamy rolę cytokin gospodarza i innych mediatorów (włączając prostaglandyny, TNF alfa, interleukinę 1 beta, płytkowy czynnik wzrostowy, czynnik wzrostu fibroblastów/makrofagów) uwalnianych w przebiegu zapalenia i wywołujących określone efekty w organizmie.

Czy warto mówić o profilaktyce? Tak, warto, ale przede wszystkim warto ją stosować, i to konsekwentnie. Działania prewencyjne w stomatologii muszą być systematycznie podejmowane, dokładnie wykonywane i okresowo oceniane z punktu widzenia uzyskanych efektów. Winny one zmierzać w trzech kierunkach: zmniejszenia obciążenia tkanek złogami bakteryjnymi, ograniczenia spożycia cukrów i regularnej ekspozycji uzębienia na uor. Stosując tak szeroko pojętą profilaktykę obniżamy ryzyko wystąpienia różnych chorób jamy ustnej (próchnicy, zapaleń dziąseł i przyzębia), ale także wielu chorób systemowych. Przełom tysiącleci był okresem podsumowań dotychczasowej wiedzy i otwarciem nowych perspektyw. Znakomitym przykładem tego było podkreślenie wzajemnej zależności między zdrowiem jamy ustnej a zdrowiem całego organizmu. Przykładem mogą tu być wzajemnie powiązane choroby przewlekłe jak zapalenie przyzębia, cukrzyca czy miażdżyca.

Z pewnością nie warto natomiast podejmować działań profilaktycznych do-rażnych, nieprzemyślanych, wynikających wyłącznie z faktu uwolnienia w jakimś momencie określonych funduszy. W tych sytuacjach znacznie lepiej przeznaczyć „uzyskane” pieniądze na inny cel niż np. jednorazowe zastosowanie lakieru uorkowego.

• **Czy realizowany obecnie monitoring jest wystarczającym badaniem do oceny zdrowia jamy ustnej Polaków?**

– Zdecydowanie tak. Uzyskujemy dane, które umożliwiają ocenę tendencji najczęstszych chorób zębów i jamy ustnej, potrzeb leczniczych różnych grup wiekowych populacji. Mamy też dobry obraz zróżnicowania regionalnego stanu

zdrowia jamy ustnej oraz potrzeb leczniczych i profilaktycznych, a także uwarunkowań społecznych, ekonomicznych, kulturowych i organizacyjnych stwierdzonego stanu zdrowia. W oparciu o posiadane informacje można skutecznie usprawnić opiekę stomatologiczną, formułować stosowne programy (profilaktyczne, edukacyjne, lecznicze) i kontrolować ich efekty na poziomach krajowym i regionalnym.

• **Czy pani profesor uważa, że zakres i zasięg tego badania jest wystarczający?**

– Zakres i zasięg monitoringu podlegają modyfikacji. Praktycznie składa się nań część stała, którą wykorzystujemy w badaniach tendencji (dotyczy to m.in. wskaźników próchnicy), ale zawiera on też część elementów nowych, wynikających z rozwoju wiedzy o systemach zdrowia, jak i w dziedzinie zdrowia publicznego jamy ustnej, i to uważam za najcenniejszy element monitoringu.

Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej realizujemy nieprzerwanie od roku 1997. Prowadzone w ramach monitoringu badania epidemiologiczne i socjomedyczne obejmują różne grupy populacji i koncentrują się na indeksowych grupach wiekowych, przyjętych przez WHO. Mamy możliwość oceny realizacji celów zdrowia, efektów wprowadzanych zmian systemowych w opiece stomatologicznej (dostępność, osiągalność, akceptowalność), skuteczności programów profilaktycznych i porównania jakości systemów europejskich, światowych, wreszcie wskazania właściwej dla kraju strategii zdrowia.

• **Jak przedstawia się sytuacja zdrowotna w zakresie jamy ustnej w zagrożeniu próchnicą? Jakie są tendencje i prognozy?**

– Próchnica w Polsce ma tendencję spadkową wśród dzieci w wieku szkolnym. Ponad 19 % uczniów w wieku 12 lat nie ma próchnicy, a liczba zębów objętych próchnicą u dziecka wynosi średnio 3,1. Zbliżyliśmy się zatem do celu

zdrowia, który był wskazany do realizacji w skali globalnej do 2000 r.

Cel europejski, czyli nie więcej niż 2 zęby uszkodzone procesem próchnicy, przy obecnej dynamice obniżania choroby zrealizujemy dopiero pod koniec drugiej dekady. Jest to sytuacja niedopuszczalna, wręcz alarmująca.

Oceniając w podobnym okresie czasu świadomość i zachowania zdrowotne dzieci nie widzimy w ostatnim 10-leciu wzrostu częstości szczotkowania zębów czy stosowania pasty do zębów z uorem. Sklepiki szkolne są pełne produktów szkodliwych dla zdrowia i te są przez dzieci głównie kupowane.

Obserwowany spadek próchnicy w Polsce u dzieci w wieku 12 lat nie jest związany z jakimkolwiek profesjonalnym programem profilaktycznym. Jest wynikiem zachodzących w kraju przemian ogólnokulturowych.

Szczególnym problemem obserwowanym w kraju jest wysoka częstość występowania i nasilenie próchnicy wczesnej. Około 50% dzieci w wieku 3 lat ma już średnio 3 zęby z ubytkami próchnicowymi. Taką częstość i nasilenie choroby notuje się w wielu krajach u dzieci w wieku 6 lat. Uzębienie mleczne dzieci w naszym, europejskim, kraju nie jest ani kontrolowane, ani też leczone. Około 60% matek dzieci 3-letnich z próchnicą zębów nie było nigdy z dzieckiem u stomatologa. Odwiedzały one stosunkowo regularnie lekarzy pediatrów, którzy na ogół nie interesowali się uzębieniem dziecka i nie kierowali też dzieci do lekarza dentysty – nie dostrzegli potrzeby eliminacji potencjalnego źródła problemów lokalnych i systemowych.

Obserwacja stanu jamy ustnej dzieci w wieku 6 lat wyraźnie potwierdza fakt niepodjęcia leczenia próchnicy w uzębieniu mlecznym. Dziecko w tym wieku w Polsce ma ponad 5 zębów z ubytkami próchnicowymi i tylko 0,2 zęba z wypełnieniem.

W jamie ustnej dziecka z nie leczoną próchnicą zębów mlecznych świeżo wyrżnięte zęby stałe (słabo jeszcze, jak wiemy, zmineralizowane, stąd bardzo podatne na próchnicę) kontaktują się bezpośrednio z zębami, które mają rozległe ubytki wypełnione drobnoustrojami próchnicotwórczymi. W tej sytuacji nie zaskakuje zatem, że wyrzynające się zęby stałe ulegają szybko próchnicy (często jeszcze przed zakończeniem procesu wyrzynania). Problem zapobiegania i leczenia próchnicy u dzieci w wieku przed-

szkolnym wymaga pilnego rozwiązania. Podobnie jak zbyt późne podejmowanie i niska skuteczność leczenia próchnicy zębów stałych u dzieci szkolnych, czego efektem jest usuwanie zębów stałych z powodu próchnicy u dzieci do 12 roku życia. Blisko 25% młodzieży w wieku 18 lat ma już co najmniej 1 ząb usunięty z powodu próchnicy.

Szczególnie znaczące jest porównanie wyników badania uwarunkowań próchnicy u dzieci w wieku 12 lat na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. Ogromny wpływ na częstość szczotkowania zębów miało „otwarcie” kraju na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia, swobodny dostęp do informacji w początkach lat dziewięćdziesiątych, środków profilaktycznych i materiałów edukacyjnych. W okresie ostatniego 10-lecia nie notuje się już żadnych istotnych zmian w tym zakresie. Może to świadczyć o całkowitym braku skuteczności obecnie prowadzonych programów edukacyjnych i promocyjnych zdrowia.

W oparciu o stwierdzony stan zdrowotny dzieci w wieku przedszkolnym i jego uwarunkowania należy stwierdzić, że konieczne jest rozważenie wprowadzenia programu leczniczo-profilaktyczno-edukacyjnego dla dzieci w wieku przedszkolnym i ich rodziców, wzorowanego w części na duńskim programie znanym jako NEXO, od nazwy miejscowości, w której był oceniany.

• **Kto powinien koordynować realizację programów i działań profilaktycznych?**

– Resort zdrowia w porozumieniu z Ministerstwem Edukacji i innymi agendami rządowymi odpowiadają za strategię i politykę zdrowotną wspierającą działania i programy zdrowotne, w tym programy edukacyjne oparte o szkołę, programy codziennego nadzorowanego szczotkowania zębów pastą z uorem w przedszkolach i w szkołach podstawowych, realizację obowiązkowego programu edukacji zdrowotnej dla klas pierwszych szkół podstawowej prowadzonego przez nauczycieli przy pełnej współpracy personelu stomatologicznego i medycznego.

Specjalny program edukacyjny ukierunkowany na zapobieganie próchnicy powierzchni żujących zębów pierwszych trzonowych stałych winien być przewidziany dla dzieci w wieku 5-6 lat i obejmować rodziców dziecka oraz nauczycieli i wychowawców dzieci w podanym wieku.



Organizatorem i osobą nadzorującą realizację programów profilaktycznych powinien być specjalista regionalny w stomatologii zachowawczej lub dziecięcej. Osoba ta winna wziąć na siebie odpowiedzialność za szkolenie kaskadowe wychowawców przedszkoli i nauczycieli szkół podstawowych, rodziców dziecka oraz stomatologów prowadzących badania kontrolne dzieci i zlecających zabiegi prewencyjne.

• **Współczesne działania charakteryzują się dużym profesjonalizmem, efektywnością oraz zespołowym działaniem. Jak, zdaniem pani profesor, należy organizować zadania z profilaktyki stomatologicznej? Czy kolejność i waga problemu łączy się z rozwiązaniami na takich poziomach jak: a) wiedza – ustalenia stanu faktycznego, b) interpretacja i określenie kierunków działania, c) organizacja zespołów ludzkich, d) opracowanie organizacyjno-finansowe, e) media – polityka informacyjna, f) realizacja, g) ocena efektywności w przedziałach czasowych?**

– Tak, dokładnie tak. Ze swej strony dodałabym tylko punkt h: coroczna kontrola stanu uzębienia przez 3 lata, ocena efektów programu i jego realizacji, ewentualne modyfikacje programu.

• **Dziękuję za rozmowę.**

Reklama czy informacja?

Teresa Bujko

Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 63: Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione. **Art. 65:** Lekarzowi nie wolno narzucać usług chorym lub pozyskiwać pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii lekarskiej oraz lojalności wobec kolegów. **Art. 66:** Lekarzowi nie wolno stosować metod nieuczciwej konkurencji, szczególnie w zakresie nierzetelnego informowania o swoich możliwościach działania jak i kosztach leczenia.

Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996 r. określa szczegółowo sposób wykonywania przez lekarzy swojego zawodu. **Art. 186** ustawy o ZOZ-ach jednoznacznie określa: Zakład Opieki Zdrowotnej może podawać do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy.

Aby skutecznie wykonywać swój zawód lekarza, lekarza dentysty, należy dotrzeć do pacjenta z **informacją**. Zakres wymaganej i dopuszczalnej informacji określa uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 18/98 z 25 kwietnia 1998 r.

Zawód swój wykonujemy w otoczeniu rynkowym, co oznacza, że aby podnosić jakość swoich usług musimy inwestować w wyposażenie gabinetu. Regułą jest, że korzystamy w tym celu z kredytu bankowego, co powoduje obowiązek regularnej obsługi tego kredytu. Wielu kolegów w ten sposób argumentuje konieczność uzupełniania informacji reklamą. Zastanówmy się czy nie działamy w ten sposób przeciwko zasadom swojego zawodu, a długofalowo – przeciwko własnemu interesom. Warto zadać sobie pytanie, czy wolimy, aby pacjent wybrał nasz gabinet ze względu na nasze kompetencje i opinię zawodową czy z powodu atrakcyjnego rysunku, np. uśmiechniętego zęba.

Dość powszechne są reklamy bezbolesnych usług dentystycznych czy zabiegów w znieczuleniu ogólnym. Zdarzało się już, że zabiegi takie kończyły się niepomyślnie dla pacjenta, który słusznie zgłasza pretensje do lekarza, że w reklamie usług nie było informacji o zagrożeniach. W ten sposób sami tworzymy mechanizm, według którego będziemy musieli dzielić się swoimi przychodami z prawnikami. Czy warto?

Koleżanki i Koledzy, decyzję o wyborze zawodu podejmowaliśmy dobrowolnie. Konsekwencją wyboru zawodu jest akceptowanie warunków jego wykonywania. Nadzór nad jakością wykonywania zawodu państwo powierzyło izbom lekarskim. W tym celu izba lekarska została wyposażona przez ustawodawcę w mocne narzędzia prawne: wydawanie prawa wykonywania zawodu oraz rejestrację gabinetów prywatnych. W aktualnych warunkach funkcjonowania ochrony zdrowia – dopuszczenie mechanizmów rynkowych w usługach prywatnych – część

kolegów poszukiwało sposobu na obejście wymagań izbowych poprzez rozwiązania organizacyjne. Doprowadziło to do fali nieregulaminowych reklam usług świadczonych przez indywidualne, specjalistyczne, grupowe i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Przedstawiciele tych jednostek zdają się nie dostrzegać, że nadal są lekarzami zobowiązanymi do przestrzegania warunków godnego wykonywania zawodu.

Motywacje finansowe są dość silne, dlatego przypominam, że nadzór nad NZOZ-ami sprawują wojewodowie, którzy stosownie do wymagań Ministerstwa Zdrowia nie akceptują agresywnej reklamy. W procesie przeciwdziałania nieprawidłowościom wojewodowie podpisują z izbami lekarskimi porozumienia o wyeliminowaniu zjawisk reklamy usług medycznych. Określają one jednoznacznie sposób ogłaszania się NZOZ-ów. Jednoznaczne stanowisko Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia ułatwiło podpisanie 3 lutego 2005 r. między Wojewo-

dą Dolnośląskim a Dolnośląską Izbą Lekarską porozumienia następującej treści:

1. Strony stwierdzają fakt nasilającego się zjawiska reklamy usług medycznych prowadzonej zarówno przez prywatnie praktykujących lekarzy, jak i zakłady opieki zdrowotnej.
2. Strony postanawiają, że w sposób określony w niniejszym porozumieniu w oparciu o posiadane uprawnienia wynikające z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991, nr 91, poz. 408 ze zmianami – art. 65), ustawy o izbach lekarskich (Dz. U. 1989 nr 30, poz. 158 ze zmianami – art. 4 ust. 2, pkt. 11), ustawy o zawodzie lekarza (Dz. U. z 2002 r. nr 21, poz. 204 tekst jednolity – art. 56) będą współpracować i podejmować intensywne działania zmierzające do wyeliminowania zjawisk reklamy usług medycznych.
3. Wydział Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu w ramach kompleksowych kontroli zakładów opieki zdrowotnej uczyni zgodnie z art. 65 w związku z art. 18b ustawy o ZOZ jednym z ich elementów sprawdzenie sposobów podawania do publicznej wiadomości informacji o wykonywanych świadczeniach zdrowotnych przez ZOZ.
4. Strony informować się będą wzajemnie o stwierdzonych nieprawidłowościach w sposobie informowania o świadczonych usługach zdrowotnych stosowanych przez lekarzy lub zakłady opieki zdrowotnej.
5. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w sposobie informowania o wykonywanych świadczeniach zdrowotnych uprawniona Strona zawiadamia o nieprawidłowościach odpowiedzialne osoby i wezwie je do niezwłocznego zaprzestania stosowania niedozwolonych sposobów informowania o prowadzonej działalności.
6. Jeżeli środki opisane w punkcie 5 nie przyniosą oczekiwanych rezultatów i nie spowodują dostosowania sposobów informacji o usługach zdrowotnych do wymaganych norm, każda z umawiających się stron podejmie wszelkie dostępne jej środki w celu zlikwidowania stwierdzonych nieprawidłowości.

7. Dolnośląska Izba Lekarska zintensyfikuje działania informacyjne w przedmiocie dopuszczalnych sposobów informowania o wykonywanych świadczeniach zdrowotnych. Informacja ta skierowana zostanie zarówno do członków samorządu lekarskiego, jak i zakładów opieki zdrowotnej na terenie województwa dolnośląskiego.
8. Strony postanawiają spotkać się w okresach półrocznych w celu dokonania oceny sposobów informowania przez lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej o świadczonych usługach.
9. Strony wyznaczają swoich koordynatorów do realizacji niniejszego porozumienia.
10. Porozumienie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Z powyższego jednoznacznie wynikają precyzyjne ustalenia formalno-prawne ograniczenia w stosowaniu swobodnej reklamy usług lekarskich. Jednak obserwacja ogłoszeń prasowych i tablic reklamowych wskazuje na powszechne lekceważenie zasad określonych przez nadzorujące tę sferę działalności izby lekarskie. Z całą mocą trzeba więc podkreślić, że zarówno autorytet samorządu, jak i elementarne poczucie sprawiedliwości musi spowodować reakcję uprawnionych organów w celu zdyscyplinowania tych lekarzy, którzy nie odnoszą się z należyty szacunkiem do swoich kolegów wykonujących ten sam zawód w tych samych warunkach. Tym, którzy nadal zamierzają lekceważyć obowiązujące prawo, zalecam lekturę artykułu z „Rzeczpospolitej” z 14 marca 2008 r. autorstwa Michała Kosiarskiego „Nie wszyscy mogą zachwalać swoje usługi”. Opisany został świeży wyrok Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, który ukarał lekarza dentyzę z Belgii za zamieszczanie reklam, w tym w książkach telefonicznych. Trybunał wskazał na legalność ograniczeń w reklamie (zwłaszcza w sektorze medycznym). Ograniczenia takie obowiązują w wielu krajach Unii Europejskiej.

Nadeszła pora, aby koledzy dostosowali się do przyjętych zasad, zanim organy statutowe samorządu lekarskiego zastosują przysługujące im sankcje.

Autorka – lek. dent., wiceprzewodnicząca Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

REKLAMA

REKLAMA

Razem czy osobno?

Wojciech Grabe

Z coraz większym niepokojem obserwuję to, co dzieje się wokół i wewnątrz naszego samorządu. Jedyne ustawowo umocowanego przedstawicielstwa lekarzy i lekarzy stomatologów (nie dentystów – na którą to nieprawidłową nazwę naszego zawodu z braku wystarczającej wiedzy i kompetencji rządowych negocjatorów wyrażono zgodę w procesie akcesyjnym).

Dlatego też widząc toczące się przepychanki „na górze” w organizacji, z którą zawsze niezwykle emocjonalnie się identyfikowałem, i której oddałem, jak zresztą wielu z nas, spory kawałek swojego życia, nie tylko zawodowego, nie mogę i nie chcę siedzieć dalej cicho.

Rozgorzała ostra walka, polemiki i swary o to, czy lekarze i lekarze stomatolodzy mają i czy powinni być nadal razem czy też osobno. Czy współdziałają czy sobie przeszkadzają? Z użyciem różnej argumentacji, różnych prawd i półprawd, uciekając się nawet do manipulacji i zarzutów ocierających się o naruszenie zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej. Krążące po Internecie napastliwe listy otwarte, oświadczenia i polemiki są niepokojące i przykre tym bardziej, że pochodzą od osób mi znanych i dotąd również zaangażowanych w działalność samorządową, z którymi wielokrotnie toczyliśmy wspólne batalie o zmiany w opiece stomatologicznej, o lepsze warunki naszego funkcjonowania w zawodzie i naprawę tego, co psuto w reformie przez populizm polityków. Osób, które równie dobrze mogłyby same sobie stawiać te zarzuty, którymi teraz próbują obarczać samorząd.

Każda walka niesie destrukcję i straty, osłabiając siłę i tak niezbyt mocarnej naszej organizacji. Nie takiej przyszłości izby spodziewali się zapewne nasi Szacowni Koledzy, którzy włożyli w budowę wspólnej samorządności, nie tylko stomatologicznej, całych siebie, lata życia i zdrowie.

Nie tak to miało wyglądać, nie tak!

Coraz bardziej kompromitujący dla całego naszego środowiska wpływ na taki stan rzeczy – w moim odczuciu – mają głównie osobiste animozje i spory grupy

osób i nie mogę oprzeć się wrażeniu, że leżące u podstaw konfliktu urażone ambicje oraz gra różnych, sprzecznych interesów. Wszystko to sprawia, że dla zdecydowanej większości koleżanek i kolegów stomatologów narastający poziom emocjonalny sporu i jego formy stają się zupełnie niezrozumiałe i czyniące naszą korporację jeszcze bardziej obcą.

Dobiega końca druga dekada istnienia pierwszej odrodzonej w demokratycznej Polsce korporacji zawodowej, wspólnej dla dwóch zawodów medycznych. Czasu trudnego wychodzenia z wieloletniego zapóźnienia w rozwoju życia społecznego i gospodarczego. Także przebudowy systemu opieki zdrowotnej.

Dławiona przez lata wolność i demokracja ze wszystkimi swoimi zaletami, ale i wadami, zaczęła się rozwijać w tempie, do którego jako społeczeństwo nie byliśmy i nie jesteśmy nadal przygotowani. Często nie znamy, nie potrafimy, a niekiedy nie chcemy korzystać z wielu mechanizmów, które ten stan daje do ręki każdemu z nas. Stwarza wiele możliwości, ale też i wymaga wzajemności i zaangażowania, a nawet pewnych ofiar i wyrzeczeń. Zaangażowania osobistego i bezpośredniego lub częściej pośredniego, poprzez wspieranie wybieranych do różnych instytucji przedstawicieli, którym powierza się swoje sprawy. Których się wybiera, aktywnie wspiera w działaniach i finansowo, ale i sprawdza. W imię wspólnego dobra.

Wolności nie można jednak rozumieć w taki sposób, że wszystkim, wszystko i wszędzie wolno czynić, błędnie pojmując hasło „róbta co chceta”. Najtrudniej zaś jest nauczyć się samoograniczania wtedy, kiedy tak wiele wolno. Także w racjonalnym wyważeniu tego, co jest

realne i możliwe, a co jest chciejstwem opartym na fałszywych przesłankach.

W dyskusjach i polemikach wokół naszych spraw stomatologicznych od pewnego czasu zaczęło się znowu częściej przewijać hasło-wytrych, hasło, któremu już kiedyś próbowano przypisywać magiczną rolę czarodziejskiej różdżki lub szabli, którymi – w zależności od temperamentu operatorów – jednym dotknięciem lub cięciem można byłoby wszystko niemożliwe i dotąd niezrealizowane radykalnie zmienić – AUTONOMIA.

Szafarze tego hasła, mając na uwadze częściowe czy pełne usamodzielnienie się organizacyjne samorządu stomatologów, w aktualnej sytuacji panującej w kraju i korporacji zawodowej, muszą sobie zdawać sprawę, że aby stworzyć autonomiczne struktury samorządu (abstrahując teraz od tego, czy jest to możliwe, czy nie), muszą dysponować znaczną grupą osób poważnie zaangażowanych w działania i oddanych idei na terenie całego kraju. Nie tylko w czterech czy pięciu izbach, których kilkuosobowe prezydium komisji stomatologicznych, a nie komisje w pełnym składzie, wyartykułowały stanowiska, w tak istotnej dla całego samorządu zawodowego kwestii.

Autor polemiki dotyczącej artykułu „W pogoni za wolnym zawodem” kol. Haliny Porębskiej („GL” nr 3/2008), w której na postawione pytanie, czy osobna struktura wykonawcza w samorządzie nie jest lepszą drogą do promocji wolnego zawodu, odpowiada sobie, że *To są wielkie wyzwania przede wszystkim organizacyjne. Na ich podjęcie i wypełnienie trzeba mieć czas i co najważniejsze – strukturę, w ramach której rodzić się i dojrzewać będą dobre pomysły* (Andrzej Cisko, „GL” nr 4/2008). Jak z tego jasno wynika,

samo chciejstwo własnej rady lekarskiej i komisji stomatologicznej o silnych kompetencjach stanowiących, to zdecydowanie za mało, aby samorząd stomatologiczny mógł sprawnie funkcjonować.

Ktoś będzie musiał przecież decyzje ciała o silnych kompetencjach stanowiących praktycznie realizować. KTO?!

Jak będzie wyglądała reprezentacja ogółu środowiska stomatologicznego, skoro ostatnie wybory w sporej liczbie rejonów wyborczych, obejmujących głównie lekarzy stomatologów prywatnie praktykujących, w znacznej części okręgowych izb lekarskich odbyły się w drugich terminach? Przeprowadzono je więc przy znacznie zredukowanej liczbie wyborców, w części regionów wyborczych także w „trzecich” terminach, lub nie odbyły się wcale?

Wniosek nasuwa się jeden: lekarze stomatolodzy nie znaleźli czasu lub/i powodów, dla których należało wybrać reprezentantów swoich interesów w samorządzie. Czy to oznacza, że nie mieli problemów w prowadzeniu swojej działalności? Mieli i nadal mają ich do pokonania wiele, w samotności, ale nie nauczyli się dotąd działać wspólnie, z wykorzystaniem pomocy demokratycznie wybranego przedstawicielstwa. Być może z tego czy zbyt pasywnego lub nie zabiegającego o rozwiązywanie wspólnych problemów.

Wybrani więc zostali w kolejnych wyborach, w znacznej części izb, delegaci na zjazdy, głównie spośród lekarzy stomatologów zatrudnionych w ZOZ-ach, a więc reprezentujących szczególne interesy: lekarzy-pracowników, ale i lekarzy-pracodawców, kadry kierowniczej i zarządzającej, właścicieli ZOZ-ów.

I znowu ten fakt można skomentować tak, że **nieobecni na własne życzenie pozabawili się prawa głosu**. Jest to jednak tylko część prawdy.

W sytuacji trwających prac legislacyjnych nad nowymi regulacjami prawnymi funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce dbałość o równowagę reprezentacji interesów całego środowiska stomatologicznego w naszym samorządzie zawodowym jest jednym z najistotniejszych zadań. Nawet wtedy, kiedy część środowiska jest nieświadoma zagrożeń i nie interesuje się teraz niczym więcej poza czubkiem własnego nosa. Zabieganie o stworzenie normalnych warunków pracy i funkcjonowania wszystkim lekarzom stomatologom jest jednym z historycznych obowiązków samorządu, które-

mu nikt nie da „rozgrzeszenia” za to, że dopuszczając do podziału i tak już ograniczonych sił i środków w szczególnej sytuacji, jaka panuje teraz w opiece medycznej, ale i samorządności naszego środowiska, oraz w wyjątkowo złej atmosferze dla rozwoju samorządności w kraju, pozwolimy na dalsze osłabienie naszej reprezentacji.

W konsekwencji dojść może do jego likwidacji w obecnym kształcie ustrojowym. Z powodu niewydolności organizacyjnej i zarzutów w rodzaju braku możliwości sprostania wielu obowiązkom, które państwo przekazało do realizacji samorządowi zawodowemu.

Czy tego chcemy?!

Czy mamy wrócić do czasów, w których decyzje w sprawach merytorycznych, etycznych i deontologicznych dotyczących lekarzy i działalności często *stricte* medycznej podejmowali urzędnicy wydziałów zdrowia urzędów gminnych, powiatowych czy wojewódzkich i komisje kontroli zawodowej?

Czy ambicje grupy osób chętnych do tworzenia i rządzenia autonomicznym samorządem, którego szeregowi członkowie w swojej przeważającej liczbie nie dojrzeli jeszcze dotąd korzyści samostanowienia o sobie i swoich problemach, są do końca przemyślane i odpowiedzialne?

O co właściwie chodzi?

W tym miejscu trzeba przypomnieć kilka faktów z nieco wcześniejszej historii, z przełomu tego wieku.

W związku z pojawianiem się w izbowych dyskusjach zniecierpliwienia i niezadowolienia ze zbyt opornie postępujących zmian, wyrażanych przez część kolegów stomatologów, głównie krakowskich, sygnalizujących samorządowe tendencje separatystyczne, i wobec opowiadającej się za pozostaniem w dotychczasowej formie samorządu większości izb w kraju, temat uniezależnienia się samorządu stomatologicznego zaczął wracać w kolejnych dyskusjach. W czerwcu 2002 r. w Gdyni, na wyjazdowej sesji Komisji Stomatologicznej NRL, **w normalnym składzie, w jakim zawsze w tych czasach obradowała Komisja** (a nie jak napisano w serwisie internetowym WIL o niecodzienności składu, do którego doszła jedynie grupa okazjonalnych obserwatorów z goszczącej Komisji Izby w Gdańsku), przeprowadzono sondażowe głosowanie dla orientacji o tendencjach panu-

dokończenie na str. 14

Razem czy osobno?

dokńczenie ze str. 13

jących na terenie całego kraju. Najwięcej głosów (44) uzyskała wersja „autonomii wewnątrz izby lekarskiej, czyli powołania Naczelnej Rady Lekarsko-Dentystycznej na równych prawach z Naczelną Radą Lekarską”. W następnej kolejności głosowano na „powołanie oddzielnej Izby Lekarsko-Dentystycznej” (22), a najmniej zwolenników uzyskało „utrzymanie stanu dotychczasowego” (7).

Osobiście głosowałem również za pierwszym, wydawało się jedynym z możliwych do przyjęcia kierunków działania, **który w odbiorze przedstawicieli większości izb nie wprowadzał „rewolucji” w dotychczasową współpracę samorządową obu zawodów, a sugerował większą mobilizację środowiska.**

Wzrastający sukcesywnie poziom emocjonalny dyskusji sprawił, że na kolejnej sesji wyjazdowej Komisji Stomatologicznej NRL, tym razem w Zamościu, w której obradach uczestniczyli również delegowani na obrady członkowie okręgowych komisji stomatologicznych, kolejny raz przeprowadzono głosowanie, które potwierdziło wcześniejsze wskazania większości izb.

Argumentacja zwolenników separacji, tłumacząca brak chętnych do działania w izbach lekarskich stomatologów niechęcią do wspólnego samorządu i hegemonii lekarzy, została odrzucona. Większość zebranych dowodziła, że są to argumenty nieprawdziwe i sztucznie podsycane przez te ośrodki, w których personalne antagonizmy i ścierające się ambicje części działaczy utrudniają wzajemną dobrą współpracę.

W większości izb współdziałanie dwóch zawodów lekarskich nie natrafiło na większe problemy. Nie stwierdzano oporu przeważających liczebnie medyków dla samodzielnej działalności stomatologów, jeżeli ta była właściwie prowadzona, a zamierzenia przygotowane i racjonalnie uzasadniane. Taki stan współistnienia może mieć również i szczególną właściwość, która w sytuacji narastającego niedostatku właściwej reprezentacji i przykładowo niekorzystnych działań grupy stomatologów w którejś z izb może – dzięki zbiorowej mądrości całego środowiska medycznego – zapobiec podejmowaniu niekorzystnych czy wręcz szkodliwych decyzji na danym terenie.

Działając wspólnie nie musimy sami zapewniać pełnej obsady kluczowych stanowisk w poszczególnych organach izbowych. W związku z tym nie ponosimy również takich kosztów funkcjonowania, jakie trzeba byłoby udźwignąć w chwili, kiedy musielibyśmy utworzyć i utrzymać wszystkie statutowe organy samorządu zawodowego w powołanym samorządzie stomatologicznym. Z jakich środków? Ze składek w takiej jak dotąd wysokości, przy 1/5 liczebności przedstawicieli naszego zawodu w stosunku do liczby lekarzy?! Składek, których wysokość dla większości lekarzy jest niezauważalnym wydatkiem, a ściągłość których sprawia izbom nadal spory kłopot. Składek, które w wyjątkowo przejrzysty sposób, sprawdzalny dla każdego, przeznaczane są na rzecz lekarzy.

W efekcie tych dyskusji NRL powołała specjalny zespół mający przedłożyć propozycję zmian w prawie, wprowadzających daleko posuniętą samodzielność środowiska stomatologicznego w działalności samorządowej. Z informacji zawartych w serwisie dotyczącym autonomii na stronie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej poda-

no jedynie lakoniczną informację o tym, że NRL w lutym 2004 r. przygotowane przez zespół propozycje zmian odrzuciła i odtąd temat przestał być poruszany. Dla wyjaśnienia prawdziwych powodów takiej decyzji należy jednak dodać kilka istotnych szczegółów.

Otóż w trakcie prac wyszło na jaw, co potwierdziły teraz kolejne, niezależne ekspertyzy prawne, że **istnienie dwóch zawodów z podwójnymi organami decyzyjnymi w jednej korporacji, z „daleko posuniętą samodzielnością środowiska stomatologicznego” i oddzielnymi wyborami przedstawicieli do wspólnych organów nie jest praktycznie możliwe.**

Oznaczało to ni mniej, ni więcej tylko konieczność **całkowitego rozdzielenia izb.**

A to już rodziłoby konieczność zmiany co najmniej 4 ustaw (dwóch o zawodach lekarza i lekarza dentysty) z ok. 20 aktami wykonawczymi, dwóch o samorządach obu zawodów z ok. 10 aktami wykonawczymi, wprowadzenia i opisanie dwóch oddzielnych systemów kształcenia, stworzenia od podstaw dwóch nowych samorządów, organizacji nowych naczelnych i okręgowych izb, podwójnego systemu orzecznictwa o odpowiedzialności zawodowej i sądownictwa lekarskiego naczelnego i w izbach okręgowych, oczywiście przeprowadzenia zjazdów wyborczych, rozdzielenia siedzib i majątku i wielu jeszcze innych działań legislacyjnych, organizacyjnych i ogromnych nakładów finansowych.

Dlatego też zmiany, których wprowadzenie spowodowałoby paraliż nie tylko samorządu lekarskiego i nie przyniosłyby nikomu korzyści, zostały odrzucone.

Te fakty jednak pominięto w komentarzu o decyzji NRL.

Takie też było stanowisko Departamentu Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, skierowane do Departamentu Integracji Europejskiej i Współpracy z Zagranicą w kwietniu 2002 r., w związku z pracami przygotowawczymi do wstąpienia do UE, w którym napisano, że nie znajdują żadnych podstaw do tego, aby *dwie pokrewne profesje nie mogły funkcjonować w ramach jednej reprezentatywnej organizacji samorządowej.*

Czy zamiast takich działań nie należałoby skupić większej uwagi i zaangażowania w zintensyfikowanie pracy oraz lepszą koordynację działalności poszczególnych komisji stomatologicznych okręgowych izb lekarskich? Występować z ini-

cjatywami już teraz, nie czekając z nimi na własny, suwerenny samorząd. Już, teraz, zaraz, **dla wspólnego dobra nas wszystkich.** Nie tylko postulować, a robić konkretną robotę!

Na gadaniu upłynęło już zbyt wiele lat. Należy spróbować zainteresować młodsze pokolenie lekarzy sprawami samorządowymi i pomocą w zorganizowaniu wsparcia w rozwiązywaniu wspólnych problemów, zacząć uczyć nawiązywania współpracy i wzajemnej pomocy między praktykującymi lekarzami posiadającymi szczególne umiejętności czy wyposażenie, która dotąd prawie nie istnieje, a która mogłaby zacząć działać integrująco na środowisko. Zamiast niezdrowej konkurencji i bezinteresownej zawiści, które można zaobserwować na każdym kroku. To oni, kolejne pokolenie lekarzy, powinni stać się w niedalekiej przyszłości wiodącą kadrą sprawniejszego samorządu lekarzy stomatologów.

I tu dochodzę do ostatniej kwestii przydługiego wywodu, który jednak dla wyjaśnienia złożoności i wielowątkowości sprawy musiał zawierać trochę informacji.

Czas wreszcie poważnie rozważyć pomysł rozdzielenia działalności *stricte* izbowej od działalności zawodowej, dotyczącej obrony wspólnych interesów lekarzy pracujących na kontraktach na rzecz firm ubezpieczeniowych. Szczególnie, że czas działania przynajmniej kilku ubezpieczycieli na naszym rynku stanie się prędzej czy później rzeczywistością. Im prędzej taki związek powstanie, tym będzie lepiej przygotowany do stawienia czoła profesjonalistom pracującym w ubezpieczeniach.

Związek Lekarzy Kas Chorych to jedna z największych samorządowych instytucji lekarskich u naszych zachodnich sąsiadów. Instytucja, którą powołali do życia sami lekarze, dla swojej obrony i ochrony swoich interesów.

Warto, abyśmy może wreszcie spróbowali brać przykład z tych, którzy zdobyli doświadczenie, i to nie bagatela, przez kilkadziesiąt lat funkcjonowania ubezpieczeń. W Niemczech istnieje one od ponad 100 lat i warto chyba sięgnąć po wiedzę sprawdzoną w praktyce, a nie skazywać kilka kolejnych pokoleń lekarzy stomatologów na „ćwiczenia” w wyważaniu otwartych dawno drzwi. Oczywiście podaję tę instytucję jako inspirację dla przemyślenia naszego własnego rozwiązania tej instytucji.

Pamiętam własne rozdrażnienie i irytację wielu innych lekarzy, których na-

sze chore kasy czy potem Fundusz ustami urzędników często uczyły „po swojemu” standardów postępowania leczniczego i warunków świadczenia usług. To właśnie jest m. in. rola, którą pełni Związek LKCH w Niemczech. Szkoli lekarzy, określa standardy jakościowe, negocjuje warunki kontraktów i ceny, a kontrolując wykonawców jest gwarantem wypełnienia wszystkich zobowiązań kontraktowych. Jest także i instytucją prowadzącą z kassami rozliczenia w imieniu i za lekarzy. Znacznie upraszcza to wszystkim funkcjonowanie w systemie ubezpieczeniowym, z którego utrzymuje się ok. 80-85 % lekarzy stomatologów.

Tym sposobem znalazłoby się miejsce do działania dla wszystkich, którzy chcą coś pożytecznego zrobić dla siebie i swojego środowiska. Bez bezsensownej walki o to, czyje jest na wierzchu. Bez stawiania sprawy na ostrzu noża o to, czy „golono czy strzyżono”. Bez utraty być może wielu aktywnych osób, które dotąd nie znalazły w dotychczasowej formule działania korporacji zawodowej miejsca dla siebie i swoich przyjaciół.

Dla jednych – do działania na rzecz samorządu zawodowego we wspólnej, silnej izbie lekarsko-dentystycznej, dbającej o sprawę całego środowiska lekarskiego i stomatologicznego, o jego integrację i dobre imię. Dbającej o poziom etyczny stanu lekarskiego i stojącej ze swoimi demokratycznie wybranymi organami na straży zasad deontologicznych, jakimi powinni się kierować jej członkowie.

Dla drugich – miejsce działania nazwę go umownie tzw. Związkiem Lekarzy Ubezpieczeń Zdrowotnych. Ustawowo umocowanym, z obligatoryjną przynależnością wszystkich lekarzy, pracujących na kontraktach dla ubezpieczalni. Zajmującego się poprzez swoje organy, powołane również w drodze demokratycznych wyborów, całokształtem spraw związanych ze współpracą lekarzy z instytucjami ubezpieczeniowymi.

Tak więc mógłbym wyobrazić sobie w niedalekiej przyszłości funkcjonowanie dwóch demokratycznych instytucji samorządowych: samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy stomatologów oraz tzw. Związku LUZ. Istniejących i działających równolegle i dwutorowo, ale ściśle ze sobą współpracujących na rzecz i w interesie całego środowiska stomatologicznego.

Wojciech Grabe
lekarz stomatolog, Gdańsk

KOMUNIKAT

Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej zaprasza

17 czerwca 2008 r. (wtorek), godz. 10.30-15.00

na konferencję z udziałem **prof. Kennetha Eatona**, eksperta Europejskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego Jamy Ustnej, CEEDO

Debata: **Kierunki usprawnienia opieki stomatologicznej w Polsce**

Miejsce: siedziba **Naczelnej Izby Lekarskiej**, Warszawa, ul. Jana Sobieskiego 110.

Program: www.stomatologia.nil.org.pl
Informacje i zapisy: stomatologia@hipokrates.org

„W pogoni za wolnym zawodem”

„Gazeta Lekarska” nr 3/2008

Artykuł Haliny Porębskiej „W pogoni za wolnym zawodem” wymaga korekty, bowiem jaskrawo rozmija się z prawdą. Cóż to znaczy „pogonić za wolnym zawodem”? Oto jedyna medyczna grupa zawodowa, której zazdroszczą wszystkie pozostałe, która w 90 procentach uprawia klasycznie rozumiany „wolny zawód”, zdaniem Autorki jest zniewolona do stanu „niewolniczego”. Cóż to za niesprawiedliwa ocena starań Andrzeja Fortuny i Zbigniewa Żaka, nieżyjących już wybitnych działaczy samorządu! Oczywiście, nigdy nie jest idealnie, wciąż trzeba walczyć o właściwe nakłady na stomatologię, o podniesienie wartości punktu, o odpowiadające kosztom wyceny procedur, o zmiany w trybie specjalizacji, o zmiany niektórych przepisów prawa utrudniających wykonywanie zawodu, ale nie zmienia to faktu, że ramy prawne w ramach ochrony systemu ochrony zdrowia są w przypadku stomatologii zbliżone do normalności. Gorzej z reprezentacją interesów stomatologów w korporacji.

Pomijam kwestie praktyk lekarskich innych specjalności, bo nie poszły naszym, stomatologicznym, śladem z wielu powodów, których nie ma sensu przytaczać, ale winić za to samorząd oznacza całkowite niezrozumienie mechanizmów społecznych.

Przechodzę na grunt stomatologii, gdzie pomieszenie z poplątaniem osiągnęło szczyty. Przewodnią myślą tej części tekstu jest problem legalizacji praktyki lekarza dentystry w miejscu wezwania. Wszyscy wiemy, iż rzecz określana tu jest w cudzysłowie, bo od praktyki w miejscu wezwania uprawianej np. w pediatrii dzieli nas w stomatologii - stulecie. Czy jest jeszcze w kraju jakiś „dentobus”? Nie wiem, wątpię, może w wojsku. Chodzi więc o swoisty unik prawny, który chciała wprowadzić grupa stomatologów z Warszawskiej Izby Lekarskiej, by można było podpisywać umowy z niektórymi podmiotami w formie tzw. pracy na wezwanie. Rzecz była bodaj wymyślona przez prawników warszawskiej izby, ale wkrótce w zasadzie upadła z tego powodu, że brak było podstaw prawnych i zbyt wielu chętnych do tej formy zatrudnienia. Nie zmienia to postaci rzeczy, że chcieli tego lekarze stomatolodzy, a nie żadna inna grupa sprawcza czy jakaś siła nieczysta.

Obecnie zdecydowana większość lekarzy dentystrów pracuje albo prowadząc własne praktyki lekarskie, albo w grupowych praktykach. Nieliczni w uniwersyteckich klinikach lub gdzieś tam w Wojewódzkich

Przychodniach Specjalistycznych albo w SPZOZ-ach. Wybór należy do lekarza dentystry. Setki innych nie ma możliwości finansowych, lokalu lub zwykłej ochoty do samodzielnego prowadzenia praktyki, ze wszystkimi konsekwencjami organizacyjnymi, księgowymi, zaopatrzeniowymi, podatkowymi, sanitarno-epidemiologicznymi itp. itd. i pracuje w NZOZ-ach, często powstałych z przekształceń dawnych SPZOZ-ów, często jako spółki pracownicze, bo gdy je zakładano praktyk grupowych jeszcze nie było. Wybierają swoje zarządy, zgodnie z Kodeksem Spółek Handlowych, są zadowolone, że ktoś za nich załatwia wszystkie formalności, chcą być tylko lekarzami, partycypując przy okazji w wypracowanych zyskach. Może nam się nie podobać, podobnie jak farmaceutom, że czasami właścicielem NZOZ-u nie jest lekarz, a apteki – farmaceuta, ale to już są konsekwencje istniejącego prawa. Ale do zatrudniania się w tych jednostkach nikt nikogo nie zmusza, ale też i nie zabrania.

Jak już wspominałem większość NZOZ-ów to spółki pracownicze, których szefowie dzielą swój czas pomiędzy obowiązki administracyjne i lekarskie. Aby dziś prowadzić te zakłady z sukcesem, muszą być świetnie przygotowani merytorycznie i pracować po 10-12 godzin dziennie. Nie jestem obrońcą interesów NZOZ-ów, które nie są „lekarskimi”, ale wnioski i stwierdzenia przedstawione przez Autorkę o sytuacji i działaniach właścicieli prywatnych zakładów są nie do przyjęcia, jak np. stwierdzenie o lobbingu przy dopłatach, o niewolnikach czy napaędzaniu pacjentów. To nie do wiary. Prowadzę od wielu lat praktykę stomatologiczną i jestem równocześnie pracownikiem NZOZ-u, zatrudnionym na takich samych zasadach jak pozostali lekarze, realizując świadczenia stomatologiczne w ramach umowy z NFZ. Dlaczego? Bo, po pierwsze, jestem lekarzem i tym sposobem mogę pomóc również pacjentom, których nie stać na prywatne leczenie. Po drugie, jestem jedynym specjalistą w swojej specjalności w promieniu 40 km. Po trzecie wreszcie, jak sam miałbym prowadzić chociażby bezsensowną sprawozdawczość? Dla NFZ wolałbym nic nie robić.

To, co czytam w tekście Haliny Porębskiej, to jakieś wypaczone opinie, jakby z poprzedniej epoki. Niewolnicy! To jak wobec tego nazwać lekarzy zatrudnionych w szpitalach? Cóż to za bzdura, że w imieniu środowiska występowali pracodawcy NZOZ-ów, bo mają więcej czasu, bo na nich pracują inni. Jakże znowu dopłaty niszczą sektor prywatny i kto je chciał wprowadzić? My czy NFZ powołując się na zagrożenia ubezpieczonych? Ten sam NFZ podjął, wbrew środowisku, dalsze nieprzemyślane i szkodzące wszystkim decyzje jak np. w sprawie tzw. kwot na techniczne wykonywanie protez.

Kontrakty NFZ – zło konieczne, a tak pogażane przez Kolegów? Bo przecież nie całe społeczeństwo stać na sięgnięcie do własnego portfela. Gdyby Halina Porębska napisała, że są zbyt niskie, to zgoda, ale ona kwestionuje udział państwa w pokrywaniu kosztów świadczeń stomatologicznych, pomimo że pacjent, który płaci składki, ma do nich pełne prawo. Autorka przedstawia cały ciąg niepowodzeń i nieskutecznych działań samorządu lekarskiego. Podpiera to stwierdzeniami: tak miało być, nie wyszło, decydowali inni... Smutne to, ale jednocześnie brak mi w tym wszystkim re- ekcji i wniosków, dlaczego tak jest i co zrobić, aby zmienić ten stan niemocy.

Krytycznie odnosi się do autonomii stomatologów w obrębie samorządu, nie nazywając zresztą rzeczy po imieniu, określając rzecz „ciągłotami”. Stawia niczym nie uprawnioną tezę, że zwolennicy autonomii pragną przekształcić stomatologię w „rzemieślniczą dentystrykę”. To niemal kompletny absurd! Co ma piernik do wiatraka? Jaki ma związek autonomia stomatologów w obrębie samorządu do przeobrażenia stomatologów w rzemieślników? A może by założyć Cech Rzemiosł Dentystycznych, bo przecież pewna grupa zawodowa widząc naszą bezsilność z powodzeniem uprawia zawód lekarza dentystry! I dalej: „potem zaczęli się płacić i lament”, bo decyzje podejmować będą pracodawcy. Jacy pracodawcy? Nota bene większość lekarzy dentystrów dzisiaj to pracodawcy. Bo ci w prywatnych gabinetach też są pracodawcami.

Nie płaczymy dążeń do oddzielnego samorządu lekarzy dentystrów (własnej izby) ze staraniami o wyraźną autonomię. To zupełnie coś innego. Obecnie nie ma żadnych szans na oddzielenie się, demokracja wymagałaby w tej sprawie powszechnego referendum, bo nikt takiego referendum dzisiaj nie rozpisze. Aktualne starania mają wyłącznie na celu uzyskanie rzeczywistej autonomii przez lekarzy dentystrów, ale w ramach – podkreślam to – struktur dotychczas istniejącego samorządu lekarskiego. Oddzielna izba jest mało realna, a przy postawie niektórych działaczy samorządowych praktycznie niemożliwa. Ale obecny stan ubezwłasnowolnienia 1/4 środowiska medycznego – lekarzy dentystrów jest już nie do przyjęcia. Nasze problemy giną w morzu potrzeb i problemów ogólnolekarskich. Katalog spraw odrębnych, zaniedbanych, przemilczanych, rośnie dramatycznie. Tak dalej być nie może. Czas najwyższy przygotować jak najszybciej projekt odpowiedniej modyfikacji statutowej.

Widząc zapaść, w jakiej się znajdujemy, domagamy się zmian, bo tak dalej być nie może. Autonomia to szansa na zmianę, na profesjonalne i odpowiedzialne kierowanie, zarządzanie i walkę o interesy zawodowe lekarza dentystry. Większość środowiska tego pragnie, problem zasadniczy jak przekonać

do tego grupę wpływowych działaczy samorządu dzisiaj wybieranych głosami lekarzy medycyny.

Zgadza się, że nie udało się stworzyć systemu kredytowego dla lekarzy, choć pojawiają się coraz ciekawsze oferty. Halina Porębska ubolewa nad statusem dentystrów emerytów, narzeka na brak właściwej liczby miejsc specjalizacyjnych i postuluje ewentualne uruchomienie ich przy praktykach indywidualnych. Ale załatwić te postulaty w obecnym kształcie naszego współistnienia w obrębie korporacji nie sposób. Obecny stan po prostu przeżył się i nie sprawdził. Idzie nowa rzesza młodych lekarzy dentystrów, tupie nogami, zgrzyta zębami i domaga się zmian. Trzeba im otworzyć pole do działania. Tyle, że w obecnych strukturach po prostu utoną w morzu systemowych powikłań ochrony zdrowia.

Nad uleczeniem całości biedą się tęgie głowy i sobie nie radzą. Ale nikt nie powiedział, że nie możemy poprawić własnego podwórka. Musimy tylko uzbroić się w stosowne instrumenty, których autonomia jest fundamentem.

Andrzej Stopa

Artykuł Haliny Porębskiej „W pogoni za wolnym zawodem” udowadnia kolejnym naszym rządów RP, że zmarnowali 19 lat zdrowia i życia pacjentów oraz naszych starań o mądrą reformę ochrony zdrowia opartą na starych, wypróbowanych już wzorcach.

Niczego tak nie brakuje jak: Indywidualnych Praktyk Lekarskich i Specjalistycznych Indywidualnych Praktyk Lekarskich blisko pacjenta, uczciwie konkurujących ze sobą.

Skutki ekonomiczne i społeczne byłyby rewelacyjne: dla banków – kredyty długoterminowe, wzrost PKB, nowe inwestycje, dla NFZ – oszczędności, wzrost zatrudnienia, korzyści dla firm wyposażających praktyki lekarskie w sprzęt biurowy i medyczny, dla lekarzy jedno miejsce pracy na lata i bardzo dobra egzystencja, porady i leczenie na bieżąco, wiele korzyści edukacyjno-profilaktycznych oraz etyczno-moralnych i inne. Czy tego nie rozumieją specjaliści od robienia dużych interesów finansowych legalną drogą?

Czy ktoś w tym państwie chce w ogóle pomóc pacjentom i lekarzom? Kiedy skończy się udawanie dobrego rządzenia 40-milionowym krajem dla wszystkich obywateli RP – w zakresie chociażby ochrony zdrowia? Czy doczekamy się wreszcie tak często obiecywanej prawdziwej i skutecznej reformy w ochronie zdrowia?

Ślawomir Łabsz
anestezjolog, Gdańsk

Wiedzieć, za co się płaci

Jak wypełnić brak wspólnej regulacji zakresu świadczeń gwarantowanych?

Czy można w ogóle zapobiec chaosowi w katalogach produktów kontraktowanych, przypadkowości wycen punktowych i brakom w precyzyjnym systemie definiowania świadczeń?

Czy sprawozdawczość musi zawsze wiązać się z ryzykiem zafałszowań i dowolności przypisywania kodów produktów kontraktowanych?

Pomimo systematycznej poprawy, sprawy te pozostają wciąż istotnymi polami dysfunkcji naszego systemu. Próbę odpowiedzi na te pytania daje system definiowania procedur i świadczeń lekarskich (CPT), opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie (AMA) i Naczelną Izbę Lekarską. Przypomnijmy, że NIL na mocy umowy z AMA uzyskała wyłączną licencję na przetłumaczenie listy kodów i jej wykorzystanie w wersji rozszerzonej Professional. To właśnie samorząd lekarski upoważniono do wykorzystania skali punktowej RBRVS z całą bazą informacyjną, jakiej użyto do jej konstrukcji i metodyki tworzenia. W 2006 r. ukazała się obszerna publikacja w języku polskim, uwzględniająca naszą specyfikę.

Czy możemy skorzystać z doświadczeń publicznej ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych? – dyskutowano na kwietniowej konferencji w NIL z udziałem przedstawicieli AMA.

Większość raczej zgadza się, że efektywne wynagradzanie lekarzy jest szansą wyjścia z kryzysu. – Nie ma żadnych powodów, aby procedur amerykańskich w dużym stopniu nie wykorzystać w Polsce. Pomoże to m.in. w ocenie pracy grup zawodowych, ustalaniu siatki płac, ocenie produktywności, wewnętrznego systemu dzielenia przychodów w małych firmach medycznych – zauważa Adam Kozierkiewicz, znany ekspert w dziedzinie organizacji ochrony zdrowia.



William Thorwarth: CPT daje lekarzom narzędzia, na tyle dobre, na ile możemy się nim posługiwać

Nie bez znaczenia jest przejrzystość definiowania procedur. Tu nie ma drogi na skróty. – Ci, co mają złe intencje, zawsze podążają tam, gdzie są pieniądze – ostrzega William Thorwarth z Amerykańskiego Towarzystwa Lekarskiego. W panelu redakcyjnym CPT zasiada 11 lekarzy, którzy po przekroczeniu jego progu zostawiają swoje specjalności za drzwiami. 111 doradców pomaga im opracowywać kody. Kodowanie powinno być oddzielone od finansowania, inaczej narażamy się na ryzyko nadużyć. Każdy z 11 wybrańców musi ujawnić konflikt interesów, jeżeli taki zachodzi w jego przypadku.

Równie ważne jest określenie względnej wartości każdej procedury. Łatwo wówczas wszystko przeliczyć na pieniądze. CPT nie uznaje przybliżeń, co zapobiega fałszowaniu. Kody podlegają mierzniom jakościowym. CPT daje lekarzom na tyle dobre narzędzia, na ile umieją się nimi posługiwać – przekonuje William Thorwarth.

Naczelna Izba Lekarska nie składa broni ani nie zraża się niewielką liczbą użytkowników. Chcemy, aby był to proces obiektywny, stabilny, ciągły – mówi Romuald Krajewski. Co 2 lata będziemy wznawiać książkę CPT-PL, bo różnice między kolejnymi wydaniami są dosyć istotne. Zdaniem Krajewskiego jakość CPT-PL jest gwarantowana. Stosując CPT-PL płatnik wiedziałby tak naprawdę za co płaci.

Zanim do tego dojdzie, potrzebna będzie debata publiczna oparta o argumenty i doświadczenia CPT – twierdzi Leszek Sikorski, dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. A korzyści? To niewątpliwie wsparcie systemu wartościowania pracy lekarza, efektywny krok w kierunku liczenia kosztów w ZOZ, uporządkowanie systemów rozliczeń i umożliwienie personelowi medycznemu łatwiejszej integracji z systemami ochrony zdrowia w innych krajach.

tekst i zdjęcie
Marek Stankiewicz

O prawa pacjenta

Od kwietnia br. ruszyła ogólnopolska kampania edukacyjna „Prawa Pacjenta, Moje Prawa”, zachęcająca do aktywnego poszukiwania informacji o swojej chorobie i możliwościach leczenia i propagująca Europejską Kartę Praw Pacjenta, która wyznacza standardy w opiece medycznej i w relacjach pacjent – lekarz.



Pomysł przeprowadzenia kampanii wynika z bardzo niskiej świadomości polskiego pacjenta w kwestii edukacji zdrowotnej, profilaktyki czy praw pacjenta. Sondaże pokazują, że zaledwie co piąty Polak zna jedno z praw przysługujących pacjentom, a blisko połowa nie słyszała nigdy o prawach pacjenta. 59% respondentów dotkniętych chorobą czerpie wiedzę o jej istocie od lekarza, 16% od farmaceuty, a tylko co pięćdziesiąty radzi się pielęgniarki. Co czwarty Polak woli żyć w nieświadomości i nigdy nie szuka informacji o swojej chorobie. Polski pacjent najwięcej ze wszystkich obywateli Unii Europejskiej dopłaca do leków. Zdaniem Doroty Karkowskiej, autorki głośnej monografii o prawach pacjenta, w Polsce najbardziej zagrożone są prawa do prywatności i poufności oraz poszanowania czasu pacjenta. Zdarza się bowiem, że normy są naruszane, lecz nie na skutek złej woli personelu medycznego, ale po prostu z braku odpowiedniej wiedzy – twierdzi Karkowska. Trwa spór kto lepiej obroni pacjenta: Rzecznik

Praw Obywatelskich czy Rzecznik Praw Pacjenta, jak chciałaby Platforma Obywatelska.

Europejska Karta Praw Pacjenta to pozarządowy dokument przygotowany w 2002 r. przez organizację Active Citizenship Network wraz z grupą europejskich organizacji obywatelskich, stworzony z myślą o obywatelach i instytucjach narodowych oraz unijnych. Głównym punktem odniesienia dla karty w obecnej postaci jest zbiór fundamentalnych praw człowieka – Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, uchwalona w Nicei, która w przyszłości będzie stanowić część Konstytucji Europejskiej. Europejska Karta Praw Pacjenta oparta jest także na innych międzynarodowych dokumentach i deklaracjach, w szczególności tych opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia.

W państwach Unii Karta Praw Pacjenta określa standardy postępowania i ma statut zalecanych praktyk. Przestrzeganie wielu z jej zapisów nie wymaga wielkiego nakładu finansowego, a jedy-

nie np. zmiany sposobu traktowania pacjenta, okazywania empatii i poszanowania jego godności. To również karta obowiązków pacjenta – dbania o zdrowie, poddawania się badaniom profilaktycznym i współpracy z lekarzem. Znajomość własnych praw pozwala pacjentowi na bardziej świadome przejście przez okres choroby, wzięcie odpowiedzialności za swoje leczenie oraz lepszą współpracę z lekarzem. Pacjent świadomy skutków ubocznych, zasad koniecznych do przestrzegania, chętniej będzie współpracował z lekarzem – przekonuje ks. Arkadiusz Nowak, jeden z animatorów akcji.

Znajomość Karty Praw Pacjenta leży więc w interesie lekarzy i pacjentów. Miejmy nadzieję, że będzie pierwszym krokiem na drodze do budowy wzajemnych relacji opartych na zrozumieniu i zaufaniu.

Więcej informacji w Internecie:
www.prawapacjenta.eu

Marek Stankiewicz

Homeopatia pod pręgierzem

Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia stosowanie homeopatii i pokrewnych nienaukowych metod przez niektórych lekarzy i lekarzy dentystów, a także organizowanie szkoleń w tych dziedzinach – napisano w oświadczeniu NRL (patrz – Biuletyn NRL).

Homeopatia, metoda wprowadzona w XIX w. przez Samuela Hahnemanna, polega – w uproszczeniu – na leczeniu chorób mikroskopijnymi dawkami silnie działających substancji, które w dużych dawkach wywołują objawy tychże chorób. Jej zwolennicy twierdzą, że im mniejsza dawka, tym większy efekt. Krytycy wskazują, że substancje czynne stosowane w środkach homeopatycznych bywają tak rozcieńczone, że ich stężenie wynosi „zero”.

NRL podkreśliła, że narasta liczba dowodów, iż homeopatię należy zaliczać do nienaukowych metod tzw. medycyny alternatywnej, która proponuje stosowanie bezwartościowych produktów o nie zweryfikowanym naukowo działaniu. „Rada wyraża zaniepokojenie, że część lekarzy i lekarzy dentystów jak również

niektóre organizacje lekarskie i uczelnie medyczne angażują się w popularyzację homeopatii i pokrewnych metod, służąc pomocą w organizacji szkoleń i działań mających na celu legitymizowanie oraz promocję homeopatii” – podkreślono w oświadczeniu.

Zdaniem NRL te działania stoją w sprzeczności z Kodeksem Etyki Lekarskiej.

Z badań przeprowadzonych przez TNS OBOP wynika, iż ponad połowa Polaków uważa, że homeopatia to dobra i skuteczna metoda leczenia. Najczęściej są to kobiety, dobrze wykształcone i mieszkające w dużych miastach.

Jedna z teorii wyjaśniających działanie leków homeopatycznych mówi o tzw. potencjalizacji leku. Hahnemann zalecał, aby po każdym procesie rozcieńczenia naczyniem „kilkakrotnie uderzyć w miękki materiał, np. książkę”. Wówczas tworzy się potencjał zdolny do oddziaływania na organizm. Źródłem działania leku miałyby być wtedy energia przechodząca z człowieka, który go przyrządza. Homeopaci klasyczni uważają, że lek homeopatyczny będzie działał tylko wtedy, jeśli przyrządza go człowiek.

Zwolennicy homeopatii twierdzą, że lek jest naładowany promieniowaniem substancji i to promieniowanie oddziałuje dokładniej odwrótnie niż sama substancja.

Onet.pl

Europejska Karta Praw Pacjenta

1. Prawo do profilaktyki

Każda osoba ma prawo do należytej opieki w celu zapobiegania chorobom.

2. Prawo dostępu do opieki medycznej

Każda osoba, której zdrowie tego wymaga, ma prawo dostępu do świadczeń medycznych. Świadczeniodawcy muszą zagwarantować równy dostęp każdemu bez dyskryminowania na podstawie finansowych zasobów [pacjenta], miejsca zamieszkania, rodzaju choroby czy czasu dostępu do świadczeń.

3. Prawo do informacji

Każdemu pacjentowi przysługuje prawo dostępu do wszelkich informacji dotyczących jego stanu zdrowia, świadczeń medycznych, sposobu korzystania z nich, oraz wszystkiego, co jest dostępne dzięki badaniom naukowym i innowacjom technologicznym.

4. Prawo do wyrażenia zgody

Każda osoba ma prawo dostępu do wszelkich informacji, które mogłyby jej umożliwić aktywne uczestniczenie w decyzjach dotyczących jej zdrowia. Posiadanie takiej informacji jest warunkiem wstępnym dla podjęcia jakichkolwiek kroków w dziedzinie leczenia, włączając w to również uczestnictwo w badaniach naukowych.

5. Prawo do wolnego wyboru

Każda osoba ma prawo wolnego wyboru procedury leczenia oraz świadczeniodawców na podstawie rzetelnej informacji.

6. Prawo do prywatności i poufności

Każda osoba ma prawo do traktowania informacji na jej temat jako poufnych, w tym informacji dotyczących jej stanu zdrowia oraz ewentualnych procedur diagnostycznych lub terapeutycznych, a także do ochrony jej prywatności podczas wykonywania badań diagnostycznych, wizyt u specjalisty i leczenia farmakologicznego/chirurgicznego ogółem.

7. Prawo o poszanowaniu czasu pacjenta

Każda osoba ma prawo do uzyskania niezbędnego leczenia w krótkim, wcześniej określonym czasie. Prawo to przysługuje pacjentowi na każdym etapie leczenia.

8. Prawo o przestrzeganiu norm jakościowych

Każda osoba ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych wysokiej jakości, które powinny być zrealizowane zgodnie ze szczegółowo określonymi zasadami i normami.

9. Prawo do bezpieczeństwa

Każda osoba ma prawo do korzystania z prawidłowo świadczonych usług zdrowotnych, nie wyrządzających jej żadnej krzywdy, wolnych od błędów, zgodnie z dobrą praktyką lekarską, oraz prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych i leczenia zgodnego z wysokimi normami bezpieczeństwa.

10. Prawo do innowacji

Każda osoba ma prawo dostępu do innowacji, w tym do procedur diagnostycznych, zgodnie z normami międzynarodowymi i niezależnie od względów ekonomicznych czy finansowych.

11. Prawo do unikania niepotrzebnego cierpienia i bólu

Każda osoba ma prawo do unikania, w takim stopniu, w jakim to możliwe, cierpienia

i bólu, niezależnie od stadium choroby.

12. Prawo do leczenia dostosowanego do potrzeb

Każda osoba ma prawo do programów diagnostycznych lub terapeutycznych dostosowanych do jej osobistych potrzeb w takim zakresie, w jakim to jest możliwe.

13. Prawo do zażaleń

Każda osoba ma prawo do składania zażaleń zawsze, gdy dozna jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu oraz prawo do uzyskania odpowiedzi lub innej informacji zwrotnej.

14. Prawo do rekompensaty

Każda osoba ma prawo do otrzymania odpowiedniego odszkodowania w rozsądnym krótkim czasie, jeśli dozna krzywdy fizycznej, moralnej lub psychicznej, spowodowanej źle prowadzonym leczeniem.

Aneks

Prawa Aktywnego Obywatelstwa

15. Prawo do podejmowania działań leżących w interesie ogółu

16. Prawo do działalności na rzecz przysługujących pacjentom praw

17. Prawo do uczestnictwa w kształtowaniu polityki zdrowotnej

Kryzys zajrzał do izb

Agnieszka Katrynic

Przed wszystkim delegaci podkreślali, że sytuacja w ochronie zdrowia nie jest dobra.

Często w kuluarach można było usłyszeć, że zamiast obiecanych podwyżek lekarze dostali... obniżki. W dodatku w wielu regionach, jak np. w Częstochowie, dyrektorzy szpitali gremialnie wprowadzili równoważny czas pracy, co – między innymi – powoduje ogromne problemy z ciągłością leczenia pacjentów (w takim systemie trudno być lekarzem prowadzącym, skoro w pracy jest się co trzy dni).

– Efekt jest taki, że większość mojego czasu pracy zajmuje zapoznanie się z historiami chorób pacjentów, bo pracuję co trzeci dzień i za każdym razem zastaję na oddziale innych chorych – narzekał jeden z delegatów częstochowskiej OIL.

Co ciekawe jednak – w żadnym regionie nie ma (przynajmniej na razie) planów akcji protestacyjnych podobnych do ubiegłorocznych, mimo podkreślania, że żądania płacowe nie zostały spełnione, a przedstawiciele OZZL, tradycyjnie, swoje wystąpienia wygłaszali w bojowym nastroju.

Szczyt rozpałał

Dyskusje i kuluarowe rozmowy delegatów skupiały się wokół *Białego szczytu*, który skończył się niemal tuż przed

terminami zjazdów OIL. Przeważało rozczarowanie. – Udało nam się odrzucić pomysł, by *Biały szczyt* oceniał czy też poprawiał ustawy przygotowane przez minister Kopacz, bo te oceniliśmy bardzo krytycznie – mówił prezes Konstanty Radziwiłł do delegatów w Częstochowie. – Zamiast tego wypracowaliśmy rekomendacje, które w dużej mierze odpowiadają postulatam samorządu, niestety z przykrością stwierdzam, że ani ministerstwo, ani premier nie zamierzają skorzystać z tego dokumentu. Zamiast tego z Miodowej (siedziba Ministerstwa Zdrowia – przy. AK) coraz to słychać pobrzękiwanie szabelką, bo pojawiają się pomysły typu kasy fiskalne, zmiany w czasie pracy czy groźby, że pozamyka się „niepokornym” oddziały tak jak to miało miejsce w Radomiu – dodał prezes.

Z kolei w Krakowie delegaci nie zostawili przysłowiowej suchej nitki na projektach ustaw, które trafiły do sejmu. Wykazywali, że są one niespójne, niedopracowane i nie ma szans na wprowadzenie ich w życie. – Znow przeżyliśmy okres wyjątkowych napięć, faza przed wyborami parlamentarnymi przypominała wojnę rządu ze środowiskiem medycznym; w okresie powyborczym

trwającym do dziś mamy zapowiedzi wątpliwych merytorycznie reform, rośnie lawinowo zadłużenie szpitali, a filozofia „uszczelniania systemu” graniczy z absurdem. Z systemu dawno już wyciekło wszystko, co wyciec mogło – grzmiał Jerzy Friediger, przewodniczący ORL w Krakowie. – Reforma systemu ochrony zdrowia nie jest możliwa, dopóki nie przeznaczy się na niego 6 procent PKB. Bez tego żadne uszczelnianie systemu nic nie pomoże – wtórował mu Andrzej Matyja, członek Prezydium NRL.

Również podczas 25 zjazdu OIL w Opolu nie było powodów do wznieszenia toastów. – Zarabiamy trochę lepiej, lecz naszym celem są zarobki w wysokości 2-3 średnich pensji krajowych – oznajmił Rafał Olejnik, przewodniczący Zarządu Regionu Opolskiego OZZL. – Duże nadzieje wiązałyśmy z rządowymi rozmowami w ramach *Białego szczytu*, ale czar prysł. Nie ma pieniędzy na dofinansowanie służby zdrowia. A my czekamy na zmiany systemowe.

Warto wyjaśnić, że do niedawna średnia pensja lekarza w regionie opolskim wynosiła 1700 zł, teraz wynosi 3-3,5 tys. zł. – Walczymy też o podniesienie pensji dla rezydentów, żeby nie uciekali z kraju – podkreślił Wojciech Marquardt, członek Prezydium NRL. – Powinni od razu dostać średnią krajową (ok. 3 tys. zł).

Braki specjalistów

Niejako przy okazji dyskusji na temat *Białego szczytu* i kondycji systemu (a właściwie braku kondycji) pojawił się temat bardziej widocznego i dotkliwego braku specjalistów.

Lekarze podkreślali, że z powodu błędów kolejnych ekip rządowych brak specjalistów jest coraz bardziej dotkliwy i ta sytuacja na lepsze szybko się nie zmieni. Na większości zjazdów delegaci suchej nitki nie pozo-

stawili też na koncepcji minister Ewy Kopacz, która chce zlikwidować staże lekarskie dla absolwentów uczelni medycznych. Według jej projektu otrzymywaliby oni prawo wykonywania zawodu już po ukończeniu studiów. Tymczasem nie tylko zdaniem doświadczonych lekarzy, ale przede wszystkim samych zainteresowanych bezpośrednio po ukończeniu studiów młody medyk nie potrafi leczyć ludzi. – Ministerstwo Zdrowia chce uruchomić wiele szybkich ścieżek „do produkcji” specjalistów. Jako samorząd lekarski, zadaniem którego jest m.in. troska o edukację lekarzy, nie możemy na to pozwolić – mówił Andrzej Matyja.

Niestety, ciągle problemem jest emigracja zarobkowa lekarzy powodująca, że wśród tych, którzy zostali, sporo jest osób w wieku przedemerytalnym. – Tragedia jest w neonatologii, za chwilę będzie też tragedia w pediatrii, wielki problem pojawia się w anestezjologii i chirurgii ogólnej – wymienia Leszek Dudziński, przewodniczący ORL w Olsztynie.

Sytuację w regionie ma nieco poprawić utworzenie od października wydziału medycznego na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim, ale na wykształcone tu nowe pokolenie lekarzy przyjdzie poczekać jeszcze wiele lat.

Dodatkowo niedawny wyrok Sądu Najwyższego, który orzekł, że medikom za nadgodziny wypracowane od stycznia 2004 r. do stycznia 2008 r. nie należy się wynagrodzenie, tylko dni wolne, pogorszy sytuację w placówkach. – Jesteśmy rozgoryczeni, bo okazuje się, że byłyby to urlopy bezpłatne, a lekarzom naziębierało się nawet po roku wolnego – mówił Stanisław Kowarzyk, przewodniczący ORL w Opolu. – Kto się na to zgodzi?

W tej sytuacji uczestnicy krakowskiego zjazdu przedstawili konkretną propozycję – ich zdaniem samorząd powinien zwrócić się do ministra zdrowia o określenie minimalnej liczby lekarzy przypadających na daną populację. Dzięki temu będzie można dokładnie określić dokładną liczbę brakującego personelu, bo w tej kwestii są rozbieżności, a także wykazać „białe plamy”, czyli w jakich regionach brakuje poszczególnych specjalistów. Takie dane mogłyby być przydatne chociażby przy ustalaniu liczby miejsc rezydenckich.

Brak kworum, brak woli?

Coraz wyraźniej jednak widać, że izby lekarskie przeżywają kryzys. Na wszystkich bez wyjątku zjazdach ude-

rzał brak młodych lekarzy. – Przeważa stara gwardia, bo moi rówieśnicy nie wierzą, że uczestnictwo w pracach izby coś zmieni – mówił (proszący o anonimowość) młody medyk z Warszawy. – I trudno się dziwić takiej postawie, skoro gdy przychodzi do dyskusji nad najważniejszymi sprawami jak chociażby sprawa szpitala w Radomiu, który przecież przynależy do naszej izby, to okazuje się, że nie ma kworum.

Delegaci na warszawskim zjeździe mówili nawet o skandalu, bo w trakcie bardzo emocjonalnej dyskusji Jacek Kubiak, przewodniczący ORL wystąpił z wnioskiem o przeliczenie kworum. – W ten sposób wiceprzewodniczący zerwał zjazd – mówiła zdenerwowana Magdalena Rychłowska z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. – I co ja teraz powiem kolegom? Że większość zjazdu zajęło wręczanie dyplomów i medali zasłużonym oraz sprawozdanie finansowe, bo na dyskusję nad najważniejszymi dla nas sprawami nie starczyło już ani czasu, ani frekwencji?

Spora grupa delegatów zniesmaczona takim biegiem wydarzeń demonstracyjnie opuściła salę. – Najwyraźniej chodziło o to, by nie przyjąć stanowisk, które mogłyby być niewygodne dla przewodniczącego Włodarczyka, który przecież jest wiceministrem zdrowia – słyszał było w kuluarach. Warto też odnotować, że podczas zjazdu padł nawet wniosek o odwołanie Andrzeja Włodarczyka z funkcji przewodniczącego ORL.

Nie tylko w Warszawie zabrakło większości. W Izbie Dolnośląskiej zabrakło głosów nawet do tego, by przyjąć budżet, bo po prostu większość delegatów w ogóle na zjazd nie przyjechała. Podczas lubelskiego zjazdu doszło do kuriozum – przez godzinę trwało nerwowe poszukiwanie (głównie telefonicznie) delegatów, dzięki czemu z ledwością udało się zebrać większość. Prezydium postanowiło się bliżej przyjrzeć tej sprawie i okazało się, że 8 delegatów nigdy nie brało udziału w zjazdach, a aż 20 przyjechało tylko na jeden (zamiast na cztery).

W kilku sił delegatom starczyło tylko na sprawy proceduralne – sprawozdania rzecznika odpowiedzialności zawodowej, skarbnika, rady itp. Dyskusje, jeśli się toczyły, to w małych grupach w kuluarach. To bardzo niedobry sygnał. Chyba najwyższy czas postawić pytanie: *Quo vadis* samorządzie? Tym bardziej, że jesteśmy w przededniu uchwalenia nowej ustawy o izbach lekarskich.



Zapędzeni do narożnika



Krzysztof Bukiel

„Lekarze w Polsce dali się zapędzić do narożnika” – mówiła przed laty do uczestników V Krajowego Zjazdu Lekarzy w Mikołajkach ówczesna minister zdrowia Franciszka Cegielska.

Pamiętam, że słowa te wywołały wielkie poruszenie. Ja również poczułem się nimi dotknięty, a przy tym zdezorientowany. Nie wiedziałem jak je odczytywać: czy jako wyraz solidarności ministra zdrowia ze skrzywdzonymi lekarzami, czy wyraz satysfakcji przedstawiciela władzy z bezradności swoich ewentualnych oponentów. Nie bardzo też rozumiałem, jaki to narożnik pani minister miała na myśli. Dopiero w ostatnich dwóch latach, szczególnie intensywnych protestów i strajków lekarzy, zacząłem stopniowo odkrywać, co mogły znaczyć te słowa. Pomogły mi w tym reakcje przedstawicieli władz, mediów i zwykłych ludzi na nasze postulaty, argumenty, działania. Zrozumiałem też, że tych narożników, do których nas zapędzono, jest więcej.

Narożnik pierwszy: etyka

Zawód lekarza jest szczególny. Nie ma co do tego żadnych wątpliwości. Lekarz, w przeciwieństwie do przedstawicieli większości innych profesji, nie może sobie powiedzieć w dowolnym momencie: „Koniec, rzucam robotę, idę do domu”. Albo: „Strajkuję do skutku, bo mi za mało płacą”. Musi zawsze rozważyć czy jego działania nie spowodują w danym momencie ryzyka utraty życia czy pogorszenia zdrowia jego pacjenta. Wiedzą o tym wszyscy, nie tylko lekarze. Wiedzą politycy, przedstawiciele władz, dziennikarze i zwykli obywatele. I właśnie dlatego, że wszyscy o tym wiedzą, wszyscy też powinni czuć odpowiedzialność za ochronę tego szczególnego charakteru zawodu lekarza. Zwłaszcza w dzisiejszych czasach, gdy system opieki zdrowotnej ma charakter publiczny i relacje między lekarzem a pacjentem nie zależą tylko od tych dwóch stron, ale są wynikiem wielu innych uwarunkowań. Co to znaczy w praktyce?

Na przykład to, że postulaty płacowe lekarzy i ich argumenty merytoryczne dotyczące warunków pracy i płacy powinny być przez rządzących wysłuchiwanie ze szczególną uwagą. A już sama zapowiedź akcji protestacyjnej czy jakaś demonstracja powinna wywołać wśród rządzących i społeczeństwa prawdziwy alarm. Musi ona oznaczać niezwykle determinację i dowód bezradności dotychczasowych działań lekarzy. Nie można przecież dopuścić do takiej ostateczności, jaką byłyby jakaś forma strajku lekarzy. Przecież zdrowie i życie ludzkie mogłoby być narażone. Tak powinny myśleć i postępować osoby uznające zawód lekarza za zawód szczególnego zaufania publicznego. Tymczasem jak jest w praktyce?

Ostatnie dwa lata, a także wiele poprzednich pokazało, iż rządzący nie uważają szczególnego charakteru zawodu lekarza jako zobowiązania do tym bardziej uważnego wsłuchiwania się w głos środowiska lekarskiego i do działania na rzecz polubownego rozwiązywania ewentualnych konfliktów. Wręcz przeciwnie, rządzący wykorzystują szczególnie etyczne powinności lekarzy jako ich słabość, którą można posłużyć się w walce przeciwko nim. Etyka stała się tym pierwszym i najważniejszym narożnikiem, do którego rządzący w Polsce zapędzają lekarzy bez wahania i z pełnym cynizmem. „I co teraz zrobicie? Narazicie zdrowie i życie chorego dla kasy?” – rzucają nam w twarz, gdy – w poczuciu bezradności – ogłaszamy strajk.

Narożnik drugi: dyżury i praca dodatkowa

„Pokaż lekarzu, co masz w garażu!” albo „Czy kto widział biednego lekarza?” – takie najczęściej teksty pojawiają się w odpowiedzi na lekarskie protesty i żądanie wzrostu płac. Formułują je zwykli ludzie i przedstawiciele najwyższych władz. Faktycznie, lekarze najczęściej biedni nie są, bo – jak wszyscy normalni ludzie – przed biedą się bronią. Najczęstszym sposobem tej obrony jest dodatkowa praca, a tej akurat rządzący w Polsce nigdy lekarzom nie żalowali. Wręcz przeciwnie – zachęcali do niej w następujący sposób: „Co prawda nie możemy wam dać lepszych wynagrodzeń za 8 godzin pracy, ale możecie sobie dorobić pracując kolejne 8 albo i 12”. Czy można się dziwić, że lekarze dawali się namówić na tę propozycję? Nie można. W ten sposób jednak zostali zapędzeni do następnego narożnika.

Dzisiaj kolejny premier Rządu RP, podobnie jak jego poprzednicy, może powiedzieć śmiało w telewizji: „Wy chcecie podwyżek? Toż to beczelność. Wy już dzisiaj dużo zarabiacie!” I co mu mamy odpowiedzieć? Że to za 2 lub 3 etaty? A kogo to obchodzi? Dorabiający lekarze stali się już taką normą, że gdy lekarze radomscy chcieli z dorabiania zrezygnować, korzystając z prawa do 48-godzinnego tygodnia pracy, to zostali odsądzeni od czci i wiary – jednakowo przez przedstawicieli władz, jak i wielu zwykłych ludzi. Co więcej, wojewoda mazowiecki i prezes NFZ uznali, że szpital „stracił wiarygodność” w sytuacji, gdy lekarze nie „dorabiają” i nie może mieć już dalej kontraktu z NFZ-em i powinien być zlikwidowany. W ten sposób zapędzono do narożnika już nie tylko lekarzy, ale i dyrekcję szpitala, i mieszkańców Radomia.

Narożnik trzeci: doksztalcenie

Lekarz ma... obowiązek doskonalenia zawodowego... – zapisano w ustawie o zawodzie lekarza. Chyba zresztą niepotrzebnie, bo – moim zdaniem – nie ma w Polsce lekarza, który kształciłby się dlatego, że zobowiązuje go do tego ustawa. Lekarze uzupełniają swoją wiedzę, bo chcą być lepszymi lekarzami, chcą lepiej pomagać chorym, mieć większą renomę, więcej pacjentów, więcej zarabiać w praktykach prywatnych, mieć większą satysfakcję. Lekarze chcą się doksztalczyć, nawet jak muszą ponosić z tego powodu straty w swoim podstawowym miejscu pracy. Wiedzą o tym rządzący, wiedzą dyrektorzy i inni przełożeni lekarzy. I to jest dla nich kolejny sposób, aby zapędzić wielu z nas do narożnika.

Korzystają z tego chętnie szczególnie na uczelniach medycznych i w szpitalach klinicznych. „Chcesz napisać doktorat, chcesz zrobić specjalizację, chcesz pojechać na zjazd? Musisz być posłuszny. Nie możesz protestować. Musisz podpisać dobrowolną zgodę na dyżurowanie. Musisz pracować po dyżurze, mimo że przysługuje ci 11 godzin płatnego odpoczynku. Musisz pracować do godziny 15.00, mimo że jesteś zatrudniony na 1/8 etatu.”

Narożnik czwarty: pracodawca

Gdy we wrześniu 1992 r. OZZL ogłosił, że wstępuje w spór zbiorowy z rządem w sprawie wzrostu płac lekarzy, zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, otrzymał odpowiedź, iż rząd nie jest pracodawcą lekarzy i nie może być stroną w sporze. „Pracodawcą są dyrektorzy szpitali” – wyjaśniono nam uprzejmie. Gdy jednak zwróciliśmy się z identycznymi żądaniem do dyrektorów szpitali, usłyszeliśmy: „My co prawda jesteśmy formalnymi pracodawcami lekarzy, ale warunki wynagradzania ustala minister, wydając rozporządzenie w tej sprawie, więc nie możemy zrealizować waszych postulatów”. W roku 1999, gdy wprowadzono reformę i przekształcono szpitale w tzw. SPZOZ-y, sytuacja – na pozór – uległa istotnej zmianie. Od tej chwili bowiem dyrektor sam mógł ustalać wynagrodzenie dla swoich pracowników i nie był związany żadną ministerialną siatką płac. W istocie jednak zmiana ta była tylko pozorna.

Cóż z tego, że dyrektor ma tu formalnie swobodę, jeśli – tak naprawdę – związany jest całkowicie warunkami zewnętrznymi, ustalonymi – ostatecznie – przez rząd. Jest to przede wszystkim decyzja o nakładach na lecznictwo i zakresie świadczeń, jakie za te nakłady trzeba sfinansować. W takich warunkach cena za poszczególne świadczenia musi być tak mała, że dyrektor – gdyby chciał postępować racjonalnie – musiałby raczej obniżyć pensje lekarzy, niż je podnosić. Żądający wzrostu płac lekarze mogli zatem usłyszeć od swoich dyrektorów: „Domagacie się zbyt wiele. To przerasta możliwości finansowe zakładu. Takie podwyżki leżą poza kompetencjami dyrektorów szpitali”. Nie trzeba dodawać, że gdy poszliśmy z tą odpowiedzią do rządu, mogliśmy znowu usłyszeć: „Rząd nie jest waszym pracodawcą, idźcie do waszych dyrektorów”.

Lekarze w Polsce zostali zapędzeni do narożnika, a nawet do paru narożników. Rządzący wykorzystują ten fakt cynicznie przy wszystkich naszych próbach wyrwania się z tej pułapki. Musimy mieć tego świadomość. Łatwiej nam będzie wtedy przedstawiać nasze racje, uzasadniać nasze działania i bronić się przed niesprawiedliwymi zarzutami.

11 kwietnia 2008 r.

Młodzi do roboty

Agnieszka Katrynicz

Jak najlepiej poradzić sobie z brakiem lekarzy szczególnie widocznym od początku roku? Tak zmienić przepisy, by jednak medycy pracowali dłużej niż 48 godzin tygodniowo.

Taki pomysł przedstawia Ministerstwo Zdrowia, które rozesłało do konsultacji społecznych nowelę ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w myśl której w razie konieczności zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych czas pełnienia dyżuru przez lekarza może zostać przedłużony. Zdaniem ekspertów nowe przepisy w powiązaniu z niekorzystnymi dla lekarzy praktykami w szpitalach mogą doprowadzić do powrotu starych zasad, według których lekarze pracowali ponad 31 godzin non stop.

– Taki zapis ma uzasadnienie, jeśli się okaże, że wszyscy lekarze się pochorowali i nie ma zmiennika dla lekarza po dyżurze – stwierdził Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL. – Może się jednak okazać, że w przypadku złej woli dyrektorów szpitali ta furtka zostanie wykorzystana, by zmusić lekarzy do dłuższej pracy, np. z powodu trwałych braków kadrowych. Projektowany przepis jest tak sformułowany, że dyrektorzy szpitali będą mogli całkowicie dowolnie określać, kiedy zachodzi konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych. Może się więc okazać, że wystarczy do tego brak odpowiedniej liczby lekarzy. Oznaczałoby to powrót do sytuacji z poprzednich lat, kiedy lekarz musiał mieć zgodę na wyjście z pracy po dyżurze.

Jeszcze gorzej sytuacja przedstawia się jeśli chodzi o młodych lekarzy – w myśl nowego projektu lekarze stażyści i rezydenci w trakcie specjalizacji lekarskiej będą mogli pracować nawet 56 godzin tygodniowo. Taki stan potrwałby aż do 2 sierpnia 2009 r. Po tej dacie będą mogli pracować tylko 52 godziny tygodniowo.

Zapychanie dziury

– Wydłużenie pracy stażystów i rezydentów to z pewnością nie wynik troski ministerstwa o nasze wykształcenie, ale

chęć zapchania dziury kadrowej – mówi wprost Grzegorz Napiórkowski z Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL.

W ten sposób „na rynek” co roku trafiałoby około 2,5 tysiąca dodatkowych (dłużej pracujących) rąk do pracy, bo na tyle szacuje się grupę młodych lekarzy. – W dodatku nasza dłuższa praca wcale nie oznacza, że zaczniemy więcej zarabiać – dodaje Cezary Szary ze Stowarzyszenia Młodych Lekarzy. – Nie ma na to naszej zgody, bo i tak jesteśmy najgorzej zarabiającą grupą w Polsce.

Młodzi lekarze podkreślają jednak, że nie będą się godzić na pracę za śmiesznie niskie stawki – lekarz rezydent zarabia około 16 zł brutto za godzinę pracy. Podczas gdy w Polsce aktualnie średnia godzinowa stawka płac kształtuje się na poziomie 20 zł za godzinę. – Nie widzimy powodu, dla którego młody lekarz miałby pracować za pieniądze na poziomie nisko wykwalifikowanego pracownika bez wykształcenia – podkreśla Szary.

Środowisko młodych od dawna postuluje, by płaca początkującego medyka wynosiła co najmniej dwie średnie krajowe. OZZL uściśla jeszcze te żądania. – 200 procent średniej krajowej miałby zarabiać lekarz bez specjalizacji, 250 procent to stawka dla lekarza z dawną jedynką i 300 procent krajowej dla specjalisty – tłumaczy Dorota Mazurek, pełnomocnik ds. rezydentów OZZL. – Chcemy także, żeby Ministerstwo Zdrowia różnicowało pensje rezydentów, wprowadzając stanowisko starszego rezydenta po trzecim roku szkolenia. Byłby to odpowiednik dawnego pierwszego stopnia specjalizacji.

Ministerstwo Zdrowia, ustami Romana Danielewicza, dyrektora departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, zapewnia, że takie rozwiązanie jest możliwe i można byłoby je wprowadzić w dość krótkim czasie. W końcu minister Ewa Kopacz niejednokrotnie zapewniała, że los młodych lekarzy leży

jej szczególnie na sercu. Dyrektor Danielewicz tłumaczy przy okazji, że nie jest możliwa podwyżka płac w związku ze zmianami czasu pracy, bo przecież młodzi lekarze już podwyżki dostali. – Pomysł z wydłużeniem czasu ich pracy nie bierze się z chęci załatawania dziury kadrowej, ale wynika z programów staży. Po prostu w ciągu 48-godzinnego tygodnia pracy nie da się realizować programu stażu – tłumaczy Danielewicz.

SKOK in
FED LEKARSKICH

POŻYCZKA
Mieszkanie
w kolorach
TYLKO 8,9%

BEZ PORĘCZYCIELI
BEZ HIPOTEKI – DO 80 000 PLN

Proszona kwota pożyczki	36 miesięcy Rata	48 miesięcy Rata	60 miesięcy Rata
30 000	621,26	743,66	953,51
50 000	1 035,44	1 241,76	1 587,51
80 000	1 656,70	1 986,82	2 540,02

OPROCENTOWANIE 8,9%
PROWIZJA 3,6% – 4,6%

POŻYCZKA PREMIUM
BEZ ZBĘDNYCH FORMALNOŚCI – DO 80 000 PLN

Proszona kwota pożyczki	36 miesięcy Rata	48 miesięcy Rata	60 miesięcy Rata
30 000	529,72	648,35	866,04
50 000	889,54	1 105,04	1 458,12

OPROCENTOWANIE 11,6%
PROWIZJA 2% – 4%

POŻYCZKA „MINI”
SZYBKA SPŁATA MAŁYCH RAT – DO 5 000 PLN

Kwota pożyczki w PLN	24 miesiące Rata	12 miesięcy Rata	6 miesięcy Rata
1000	46,09	87,86	173,67
2000	138,28	263,58	514,40
5000	330,47	639,30	857,34

OPROCENTOWANIE 9,9%
PROWIZJA 2,9%

POŻYCZKA ŻŁOTA
DLA SOLIDNYCH KREDYTOBIORCÓW
DO 20 000 PLN

Kwota pożyczki w PLN	36 miesięcy Rata	24 miesięcy Rata	12 miesięcy Rata
10 000	322,57	460,94	878,60
20 000	644,34	931,88	1 757,20

OPROCENTOWANIE 9,9%
PROWIZJA 2%

PAKIET MERITUM
Pożyczka do 20 000 PLN + OC gratis do 200 000 PLN
najlepsze ubezpieczenie dla lekarzy na rynku
PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK
www.skokil.pl
infolinia: 0 801 88 88 11
tel. 0 22 331 66 07, fax. 0 22 331 66 06

Podwyżka-obniżka

Sęk w tym, że owych wielokrotnie zapowiadanych i obiecywanych przez minister Kopacz podwyżek młodzi medycy jeszcze nie dostali. – Z powodów technicznych stosowne rozporządzenie jeszcze nie zostało podpisane, ale najpóźniej za kilka tygodni na pewno będzie już gotowe – obiecuje Danielewicz.

Tymczasem, jak podkreślają młodzi lekarze, nowy rok oznaczał dla nich jak na razie obniżki. Średnio o 200-300 zł. Ma to związek z wejściem prawa europejskiego dotyczącego czasu pracy. – Przed 1 stycznia zarabiałem 1403 zł brutto plus 50 procent dyżurowej, czyli około 42 zł za godzinę – wylicza Łukasz Otremba, przyszły kardiolog z Rybnika. – Tyle, że miałem nawet 6 dyżurów miesięcznie. Teraz mogę zostać na dyżurze jedynie przez 10 godzin i 5 minut, bo pozostałe 37 godzin stanowi etat. W efekcie moja pensja obniżyła się o 200 zł.

Młodzi medycy podkreślają także, że obiecana podwyżka jest *de facto* wyrównaniem. Po 30-procentowej podwyżce i uwzględnieniu wysokości pensji lekarza rezydenta w roku 2008 nasze wynagrodzenie i tak wyniosłoby około 2400 zł, które nam się należy z tytułu „ustawy podwyżkowej” z lipca 2006 r., jaka weszła w życie jeszcze za czasów prof. Zbigniewa Religi. Wszyscy pamiętamy, że ówczesne Ministerstwo Zdrowia świadomie pominęło wtedy rezydentów – można przeczytać w liście lekarzy rezydentów kierowanym do minister Kopacz, a rozesłanym do mediów.

Będzie protest?

Podczas XVII Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy delegaci (głównie przedstawiciele komisji ds. młodych lekarzy działających przy okręgowych radach lekarskich) nie ukrywali, że jeśli w najbliższych tygodniach sytuacja nie ulegnie znaczącej poprawie zaczną wdrażać kolejne z punktów planu ogólnopolskiej akcji protestacyjnej. Na początek planowana jest ogólnopolska manifestacja młodych lekarzy wraz ze studentami akademii medycznych, która odbędzie się w Warszawie. Ale przyszli lekarze nie kryją, że szykują się do protestów w szpitalach. Podobnych do tych, jakie mieliśmy okazję obserwować w zeszłym roku.



Właściciel winy

Krystyna Knypl

Wina jest takim bytem psychologicznym, który nigdy nie może być bezpieczni i w każdym absolutnie wypadku musi mieć swojego właściciela.

foto: Marek Stankiewicz

Gdy posiadanie winy staje się do-
tkliwe, wręcz nie do zniesienia,
jej właściciel nierzadko decy-
duje się na próbę przeniesienia ciężaru
na inną osobę. Jeżeli poczucie winy
związane jest z chorobą, zawsze dobrym
adresatem transferu jest lekarz.

Wina, ulokowana w jakże pojemnym
zbiorowisku emocji społeczeństwa nie
mającego nawyków dbania o swoje
zdrowie i bezpieczeństwo, żyje i na-
mnaża się przez powtarzanie, pączko-
wanie niedopowiedzianych informac-
ji i powielanie sensacyjnych raportów
czy interwencyjnych felietonów w ko-
lejnych medialnych wydaniach. Ni-
czym stugłowa hydra wygląda z każde-

go wydania wiadomości telewizyjnych
i z każdego numeru kolorowego maga-
zynu. Wskutek dość powszechnej skłon-
ności do takiego właśnie relacjonowa-
nia zdarzeń medycznych niejeden rze-
telny lekarz może niezamierzenie zostać
bohaterem pseudokrwawej historii. Im
więcej mięsa, miazgi, krwi i ohydneho
pomówienia w tekście, tym lepiej, tym
większy *news*. Jakimś szatańskim spo-
sobem bohaterami tych smutnych zda-
rzeń stają się niejednokrotnie koledzy
rzetelnie wykonujący zawód, szczerze
oddani swemu powołaniu. Skoro tak się
dzieje, to należy chyba przyczyny upa-
trywać w jakże wykoślawionym i niena-
turalnym systemie ochrony zdrowia.

Rady są łatwe

Żyjemy w czasach tak zaawanso-
wanej zapaści funkcjonowania syste-
mu ochrony zdrowia i marazmu de-
cyzji politycznych w tej sprawie, że
nieustanne zrzucanie odpowiedzialności
na lekarzy jest jedynym mecha-
nizmem, na który decydują się kolej-
ne ekipy niezbyt odważnych reforma-
torów. W takich warunkach wszelkie
oficjalne opiniowanie nabiera szcze-
gólnej wagi i odpowiedzialności, a roz-
waga przy podejmowaniu kolejnych
kroków powinna być przedmiotem
najbardziej starannego namysłu. At-
mosfera sądów polowych, wzniecana

przez media w każdej sprawie z udziałem
lekarza, jest głównym powodem,
że dziś, bardziej niż kiedykolwiek in-
dziej, każdy lekarz decydując się na
wydanie opinii o innym koleędzie, po-
winien jak najstaranniej przestrzegać
złotej rzymskiej zasady *audiat et
altera pars*. Osaczające relacje me-
diów utrzymane zawsze w jednym to-
nie mogą ułatwiać podejmowanie po-
chopnych, o negatywnym zabarwieniu
osądów lekarza.

Wiem o tym dobrze i choć nie spra-
wuję żadnych urzędów i nikt na mnie
nie naciska, jakiś czas temu sama da-
łam się zwieść nierzetelnym relacjom
prasowym. Uwierzyłam w rzekomą
lekarską winę, której nie było i nie-
potrzebnie wypowiedziałam się, da-
jąc wiarę pseudofaktom. Wstydzę się
tego odruchu i wiem, że jedyne, co
mogę teraz zrobić, to uświadomić in-
nym kolegom, jak łatwo wpaść w me-
dialną pułapkę. Szczególnie niebez-
pieczne jest wyrabianie nawet wstęp-
nych przekonań o winie oskarżonego
lekarza po wysłuchaniu jedynie stro-
ny skarżącej. Osąd taki jest niewłaści-
wy i niebezpieczny.

W wyniku niezamierzonego lub pod-
świadomego wejścia na fałszywy trop
cierpi wtedy prawda, pacjent i lekarz.
Rozpatrując i analizując wszelkie tego
rodzaju sprawy trzeba zawsze pamię-
tać, że poczucie krzywdy klienta syste-
mu opieki zdrowotnej i sprzeniewierze-
nie się kodeksowi etyki lekarskiej to nie
są tożsame stany.

Zmienna siła oskarżenia

Siła oskarżenia ma kształt krzywej J
i jego największa siła rażenia oraz ro-
bienia wrażenia ma miejsce na samym
początku, w momencie ogłoszenia. Do-
brze jest nie wypowiadać żadnych są-
dów, przypuszczeń i podejrzeń w chwi-
li usłyszenia oskarżenia pod adresem le-
karza. W szczególności nie należy zada-
wać pytań jednoznacznie sugerujących
winę. Pytania muszą dążyć do ustale-
nia prawdy obiektywnej, a nie wydobyć
z oskarżonego kolegi przyznania się do
problematicznej winy.

Tanio sprzedam fakty

Siła oskarżenia w wielu sprawach
spada na łeb na szyję z chwilą, gdy
trzeba dostarczyć niezbitę dowody.

W rezultacie w naszym życiu publicz-
nym mamy nadmiar powiadomień
do prokuratury o *uzasadnionym po-
dejrzeniu popełnienia przestępstwa*
i na szczęście niewiele udokumento-
wanych przestępstw, wykroczeń czy
błędów. Mamy też wcale nierzadko
do czynienia z faktami tak zaskaku-
jącymi i bulwersującymi, że ku prze-
stródze i edukacji lekarskiej warto je
spopularyzować.

Oto na oczach całego kraju komento-
wany jest przypadek sepsy o tragicznym
przebiegu, a między wierszami komen-
tarzy przewijają się wątpliwości, czy le-
karze dostatecznie szybko ustalili roz-
poznanie. Żaden lekarz nie ociąga się
ani sekundy z diagnostyką i leczeniem,
gdy ma na oddziale sepsę, ale czy po-
sługując się tradycyjną wiedzą medycz-
ną jest w stanie ustalić, co jest tą praw-
dziwą przyczyną rozwoju dramatyczne-
go zakażenia? Z pomocą przychodzi jak
zawsze przypadek.

Nieco później do szpitala trafiają inne
młode pacjentki z objawami infekcji
przewodu pokarmowego. Dziewczy-
ny nie mają wprawdzie objawów se-
psy, ale lepiej dmuchać na zimne, sko-
ro odporność młodego pokolenia jest
taka krucha, a sepsa podobno czyha na
każdym kroku! To co przykuwa uwa-
gę lekarzy to niespotykane intensywna
opalenizna młodych kobiet. Po wielo-
krotnie powtarzanych pytaniach o spo-
sób opalania się okazuje się, że to nie
wyjazd na Karaiby, lecz kupowane na
targowisku metotreksat i cyklospory-
na, a następnie zażywane przed każdą
wizytą w solarium, dały takie cenio-
ne na młodzieżowej giełdzie głupoty
efekty kosmetyczne! Historia dobra na
powieść kryminalną ze sprzedawcami
specyfików w roli głównej, ale ta rola
jest już obsadzona przez rzekomo opie-
szących lekarzy.

Gdy na szpaltach i ekranach pojawia
się jako temat praca lekarza, to z pew-
nością będzie to *news* w wydaniu pol-
skim. Należy jednak zawsze pamiętać,
że *newsy* rzadko są faktem, a *rzeczą
pospolitą* jest produkcja misternych
kłamstw, rzetelne bowiem docieka-
nie prawdy nie jest zajęciem uprawia-
nym dostatecznie często. Jak to napi-
sał jeden z czytelników portalu Esku-
lap sprawy tak się mają, iż zbyt wie-
lu dziennikarzy ciągle wierzy, że *nie
matura, lecz chęć szczerza da nagro-
dę Pulitzera!*

Rozszyfruj receptę

Nasza rubryka zdobywa coraz to nowych Czytelników, a także zaczyna spełniać nowe funkcje. Najlep-
szym dowodem jest korespondencja otrzymana od
pani Ewy z Łodzi, która z racji swej pracy architek-
ta obiektów szpitalnych czytuje od czasu do czasu
„Gazetę Lekarską”. Pani Ewa przed wielu laty otrzy-
mała wynik badania gastroscopowego, którego nigdy
nie udało się rozszyfrować (zwłaszcza drugiego zda-
nia) ani lekarzom, którym ów wynik był pokazywa-
ny, ani samej pacjentce. Choć to historia sprzed lat,
to pani Ewa jest nadal zainteresowana jak brzmiał
otrzymany opis.

Zapraszam więc do rozszyfrowania tej konsultacji, li-
cząc szczególnie, że odezwą się koledzy gastrologi
oraz chirurdzy wykonujący endoskopie. W związku
z powtarzającym się w niektórych mailach pytaniem
o rozwiązania z poprzednich numerów uprzejmie wy-
jaśniam, że są one przekazywane wszystkim zaintere-
sowanym drogą mailową.

Laureatami naszej kolejnej edycji zostają dr **Moni-
ka Olejniczak**, stomatolog z Łodzi oraz dr **Elżbieta
Kelm**, lekarz rodzinny z Katowic. Gratulujemy i pro-
simy o podanie adresów, na które zostaną przesłane
nagrody książkowe.

Jak zawsze czekam na propozycje rozszyfrowania,
pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl



Dbają o standardy

8 kwietnia br. European Forum on Good Clinical Practice we współpracy z Ośrodkiem Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej zorganizowało seminarium naukowe „**W jaki sposób komisje bioetyczne odnoszą się i dokumentują standardy Dobrej Praktyki Klinicznej?**”



fol. Marek Stankiewicz

W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele z krajów Unii Europejskiej oraz Chorwacji. Obradami kierował **prof. Hugh Davis** z Wielkiej Brytanii.

Prezentowano sytuację w poszczególnych krajach członkowskich Unii. Omówiono plany dalszych działań w tej dziedzinie. Monique Al z Holandii zaprezentowała portal internetowy: Central Committee on Research inv. Human Subjects, na którym znajdują się różnorodne informacje oraz formularze dla badaczy i sponsorów realizujących eksperymenty medyczne. Goście z Wielkiej Brytanii przedstawili kilkusetstronicowy poradnik dla komisji bioetycznych pt. Standardowe Procedury Operacyjne.

Prace zmierzające do ujednolicenia formalnych działań komisji bioetycznych zmierzają w dobrym kierunku. Każdorazowo warto podkreślać, że standaryzacja nie obejmuje ujednolicenia decyzji dotyczących etycznej oceny eksperymentów medycznych. Standaryzacja zmierza jedynie do tego, aby każdy badacz był traktowany jednakowo i z zachowaniem tych samych procedur niezależnie od tego jak się nazywa, skąd pochodzi, jaki ma dorobek naukowy i do jakiej komisji bioetycznej się zgłasza.

Podkreślano także potrzebę dobrego przygotowania merytorycznego członków komisji bioetycznych, bo to w ich ręce oddaje się decyzje, które mogą dotyczyć życia i zdrowia uczestników tych eksperymentów.

Marek Czarkowski

Trzecia Międzynarodowa Konferencja Stomatologiczna Zachód – Wschód

Warszawa 29-31.05.2008 r., Centrum Dydaktyczno-Kongresowe
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, ul. Trojdena 1

Serdecznie zapraszam na trzecią edycję konferencji, w której wygłoszą wykłady profesorowie medycznych uniwersytetów Europy, Ameryki Północnej i Azji.

Tematyka konferencji dotyczy rozległych zagadnień stomatologicznych, w tym najnowszych technik dotyczących ortodoncji, implantologii, protetyki stomatologicznej, chirurgii stomatologicznej i chirurgii szczękowo-twarzowej. Wykłady (wygłoszone w największej auli – 600 osób) będą tłumaczone na język polski. Będą to długie godzinne wykłady prezentujące pełne informacje dotyczące postępu w stomatologii, a więc treści niezwykle przystępne dla lekarzy praktyków.

Konferencja stanowi niebywałą okazję do zapoznania się z najnowszymi osiągnięciami stomatologii. Zgromadzenie w jednym czasie i w jednym miejscu ponad 50 profesorów i znakomitych praktyków stwarza niepowtarzalną okazję do uaktualnienia naszej wiedzy zawodowej i do nawiązania stałych kontaktów z czołowymi ośrodkami naukowymi i klinicznymi na całym świecie.

Istnieje też szansa, aby kontynuować szkolenie zainteresowanych osób w wybranych ośrodkach zagranicznych lub zapraszać na specjalistyczne kursy praktyczne tych wykładowców, którzy wzbudzą największe zainteresowanie słuchaczy. Szczegóły dotyczące programu konferencji znajdują Państwo na stronie internetowej: www.mkszw.pl

W oczekiwaniu na wykorzystanie przez Państwa – lekarzy stomatologów proponowanej szansy edukacyjnej z gorącą zachętą do udziału w tym największym wydarzeniu dydaktycznym i naukowym ostatnich lat

przewodniczący Komitetu Organizacyjnego **prof. dr hab. Janusz Piekarczyk**

Uwaga! Wybrane tematy konferencji będą dostępne bezpłatnie dla każdego zainteresowanego lekarza, w kraju i za granicą, na **Medycznej Platformie Edukacyjnej**.

Szczegółowe informacje na stronie www.medycyna.org.pl w dniu konferencji.



Wirtualny pacjent

4 kwietnia rozpoczęła się II edycja multimedialnego



konkursu Wirtualny Pacjent, którego organizatorem jest TVN med. Konkurs jest skierowany do lekarzy i studentów medycyny. Na zwycięzców czekają nagrody w postaci stypendiów oraz książek medycznych. Konkurs potrwa do 13 czerwca br.

Pierwsza edycja Wirtualnego Pacjenta cieszyła się sporym zainteresowaniem. Wzięło w nim udział 3 tys. lekarzy i studentów z całej Polski.

Od 4 kwietnia po raz drugi lekarze oraz studenci medycyny prowadzą „wirtualnego” pacjenta. Jest nim Pan Teodor wraz z rodziną. Ich choroby i dolegliwości uczestnicy będą diagnozować oraz leczyć przez pięć etapów konkursu. Każdy z etapów trwa dwa tygodnie i dotyczy innego działu medycyny. „Konkurs Wirtualny Pacjent będzie przede wszystkim sprawdzać wiedzę merytoryczną uczestników, ale także będzie poruszał zagadnienia etyczne, prawne, dotyczące relacji lekarz-pacjent – podkreśla Agnieszka Szczepaniak, dyrektor TVN med. – Wierzymy, że druga edycja konkursu pozwoli nam ponownie wyłonić najlepszych lekarzy oraz przyszłych adeptów sztuki lekarskiej.”

Aby włączyć się do konkursu, należy zarejestrować się na stronie www.wirtualny-pacjent.pl lub www.tvnmed.pl. Do konkursu można przystąpić w każdej chwili. Jednak szansę na wygranie stypendium będą mieli ci, którzy odpowiedzą na jak największą liczbę pytań, czyli przejdą przez jak największą liczbę etapów. Oprócz indywidualnego uczestnictwa w Wirtualnym Pacjencie można brać udział w sześcioposobowej grupie. Uczestnicy mogą tworzyć grupy składające się z samych lekarzy, studentów lub tworzyć grupy mieszane. „Konkurs Wirtualny Pacjent jest istotnym elementem integrującym i promującym najlepszych członków środowiska medycznego, zarówno lekarzy, jak i studentów – potwierdza Agnieszka Szczepaniak, dyrektor TVN med. – Po raz drugi już chcemy, aby Wirtualny Pacjent był konkursem, który w ciekawy sposób wpływa na systematyczne pogłębianie i sprawdzanie wiedzy medycznej” – dodaje.

Główną nagrodą w konkursie jest sześć stypendiów w wysokości 3 tys. zł. Dla trzech najlepszych lekarzy i studentów. Nagrody czekają również na zwycięzców poszczególnych etapów.

ms

Wolny wybór lekarza

Zygmunt Wiśniewski

W wiek XX wszedł świat lekarski z dwoma niepodważalnymi aksjomatami: wolnego zawodu lekarza i wolnego wyboru lekarza.

Wolny zawód, w XIX-wiecznym rozumieniu praktyki we własnym gabinecie, został podważony przez kasy chorych i inne zinstytucjonalizowane formy zatrudniania lekarzy.

Wolny wybór lekarza był pojęciem określającym przede wszystkim prawa pacjenta. Lekarza nobilitował poprzez szacunek i uznanie pacjentów, wyrażające się w stałym wiązaniu swego zdrowia z osobą wybranego lekarza.

Kasy chorych, które zachwiały wolnością zawodu lekarza, dały też poprzez swoje chorobliwe struktury i przepisy asumpt do ataku na wolny wybór lekarza. Atak wyszedł z nieoczekiwanej strony, bo od samych lekarzy. Nie od wszystkich oczywiście, tylko od tzw. lekarzy kasowych.

Komunał wolnego wyboru lekarza

Dr Jan Hozer ze Lwowa często publikował artykuły w warszawskim „*Lekarzu Polskim*”. Miał temperament publicystyczny. W polemikach sięgał bardzo często po doświadczenia własne i środowiska lwowskiego. Miał przekonanie, że jego własne – i szerzej galicyjskie

– doświadczenia są odmienne od warszawskich, a na pewno zupełnie różne od poznańskich.

Nie ukrywał też swoich rozczarowań z początków pracy lekarskiej. Jako świeżo upieczony absolwent otworzył we Lwowie gabinet, w którym – niestety – nie doczekał się na pacjentów.

Wyczekiwanie na dzwonek, podsluchiwanie kroków na schodach, zrywanie się na równe nogi na dźwięk dzwonka listonosza, stróża, praczki, wierzyciela, kwestującej zakonnicy, ajenta ubezpieczeniowego. Mijał dzień za dniem, tydzień za tygodniem. Pacjenta ani śladu.

Patrząc na tabliczkę informującą o otwarciu prywatnej praktyki lekarskiej dochodzi do pierwszych buntowniczych wniosków.

Uświadomiłem sobie podówczas rzecz zda się jasną i samo przez się zrozumiałą: wolny wybór nie oznacza, że ja wybieram pacjenta, tylko że pacjent wybiera mnie. A więc wolny wybór jest jednostronny. Przecież to niesprawiedliwe, abym ja, lekarz z dyplomem i prawem praktyki, chętny, a nawet zapalony do pracy – zmuszony był siedzieć z założonymi rękami, podczas gdy drugi „odwała” pełną poczekalnię i ładuje papierki pełnymi garściami do kieszeni.

Pojawiła się pierwsza myśl o takiej organizacji, która gwarantowała by równomierny podział pracy lekarskiej. Myśl godząca w lekarskie tabu: wolny wybór.

Nie miejsce tu na wskazywanie naiwności i niedojrzałości zbuntowanego niedoszłego praktyka prywatnego leczenia gabinetowego.

Bunt Jana Hozera obrócony jest przeciwko różnym okolicznościom praktyki prywatnej. Kiedy już trafia mu się pierwszy pacjent, do którego wyrwano go w środku nocy, to ten – po uśmierzeniu bólów żołądkowych – proponuje lekarzowi honorarium całościowe, po zakończeniu leczenia. Kiedy przychodzi do gabinetu wynędzniała i wyczerpana pracą służąca z sąsiedztwa – to i jej, i jemu, lekarzowi, brak środków na przeprowadzenie dodatkowych badań, które umożliwiłyby postawienie diagnozy. Powtórny atak bólów żołądka pierwszego pacjenta znów kończy się brakiem wynagrodzenia.

Pierwszy raz uświadomiłem sobie, że między prywatnym chorym a lekarzem stoi nienawistny mur: honorarium. Wyobrażenie tego muru skojarzyło mi się z pojęciem wolnego wyboru lekarza. Honorarium nie pozwala choremu leczyć się w ogóle, albo nie pozwala na wolny wybór lekarza.

Hozer ideologizuje swój zawód, widzi możliwość jego sumiennego wykonywania tylko w warunkach solidaryzmu społecznego. Dlatego wybiera pracę w kasie chorych.

Przekraczając po raz pierwszy progi przychodni kasowej miałem uczucie, że przekraczam jakąś ważną bramę mego lekarskiego losu. Oto miałem po raz pierwszy wykonywać sztukę lekarską nie na koszt pacjenta, lecz instytucji publicznej.

W tym miejscu przerwiemy opowieść o doświadczeniach Jana Hozera ze Lwowa, żeby wrócić do niej – już jako lekarza kasy chorych – po konfrontacji z doświadczeniami innych lekarzy.

Wolny – we własnym gabinecie

W tym samym czasie, a więc pod koniec lat dwudziestych, pismo „*Lekarz Kasy Chorych*”, publikowało wyniki konkursu rozpisanego wśród lekarzy „kasowych” na temat „wolnego wyboru lekarza”.

W nagrodzonym tekście jego autor, ukryty pod pseudonimem, pewnie lekarz, potrzebę wprowadzenia i uszanowania wolnego zawodu lekarza uzasadnia przede wszystkim potrzebą psychiczną chorego.

Psychologia człowieka chorego – pisze – różni się znacznie od psychologii człowieka zdrowego. Chory wymaga od lekarza prócz sumiennego leczenia, też uwzględnienia tych odrębnych właściwości psychicznych, zainteresowania się nim i dostosowania się do nich w swoim zachowaniu i postępowaniu i od tego uzależnia zaufanie, którym darzy lekarza. Zaufanie to pozyskać może tylko lekarz z wolnego wyboru, a nie lekarz, którego choremu z góry narzucono.

Przed przytoczeniem drugiego argumentu autora konieczny jest krótki komentarz historyczny. Otóż w kasach chorych funkcjonowały dwa rodzaje ordynacji lekarskiej: ambulatoryjna i gabinetowa. Polska służba zdrowia kas chorych podzielona była na dwa rejony: na Mazowszu i na Kresach rozwinął się system ambulatoryjny, w Poznaniu i na Pomorzu funkcjonował system gabinetowy.

Autor uzasadnia wyższość poznańskiego systemu gabinetowego.

Przy wolnym wyborze lekarza chory udaje się po poradę do lekarza do domu, podczas gdy przy obecnym systemie lekarze ordynują dla członków K. Ch. w ambulatorium kasowym. Który z członków K. Ch. nie zna tego wystawiania nieraz godzinami w ogonku przed drzwiami lekarza? Odprawa chorych odbywa się masowo, byleby załatwić jak najprędzej jak największą ilość chorych. Zupełnie inaczej jest przy wolnym wyborze lekarza, kiedy ta sama ilość chorych rozkłada się na kilkuset lekarzy.

W imieniu „lekarzy kasowych”

Jan Hozer ze Lwowa, atakując praktykę wolnego wyboru lekarza, czuje się reprezentantem wszystkich lekarzy pracujących w kasach chorych.

Jest rzeczą notorycznie znaną, że szermierze wolnego wyboru nie rekrutują się spośród lekarzy kasowych, lecz właśnie spoza, a więc ubezpieczeniom obcych.

Z chwilą przyjęcia do Kasy najzagorzalszy zwolennik wyboru staje się przeciwnikiem. Jest to zjawisko wiele mówiące. Grupka zwolenników wolnego wyboru stanowi zaledwie 25% członków organizacji ogólnej, jednak usiłuje reprezentować lekarzy kasowych, którzy stanowią 3/4 wszystkich członków, a wyznają ideologię wręcz odmienną.

Hasła wolnego wyboru nie uważam za błąd ideowy. Bynajmniej. Uważam za coś znacznie gorszego. Za nieszczerść. W jego realność nie wierzyli bowiem nawet niektórzy najzagorzalsi przywódcy, widząc w nim tylko środek do „sklejania organizacji lekarskiej”.

Autor – przeciwnik wolnego wyboru – przytacza mankamenty i nieprawidłowości, które ten system za sobą pociąga.

Wolny wybór – twierdzi Jan Hozer – wnosi na teren ubezpieczeń społecznych konkurencję zawodową w wymiarze materialnym, bo uzależnia honoraria od liczby pacjentów. Konkurencję tak rozumianą autor uważa za nieetyczną.

Wolny wybór uzależnia lekarza od pacjenta kasowego. *Dotychczas jest jeszcze tak, że lekarz ubezpieczeniowy nie zależy od pacjenta, lecz wykonuje swe czynności lekarskie wedle własnego sumienia. „Dobrym” w rozumieniu ubezpieczonego będzie ten lekarz, który najłatwiej wyda zasilek chorobowy, najdroższą receptę, postawi bez oporu wniosek o wyjazd w celach klimatycznych.*

Powołując się na doświadczenia brytyjskie autor stwierdza, że uzależnienie lekarzy z tzw. wolnego wyboru od pacjentów przejawia się m. in.: w spełnianiu żądań pacjentów z obawy przed ich utratą; w zbyt łatwym wydawaniu zwolnień pacjentom nie wykazującym objawów chorobowych; kierowanie się litością w stosunku do pacjentów mających kłopoty na rynku pracy.

Autor czuje się wolnym i niezależnym właśnie jako lekarz zatrudniony w kasie chorych, realizującym ideały medycyny społecznej. Jest to – można by w uproszczeniu określić – „niezależność od pacjentów”.

Szukanie ideału

Cytowany już wcześniej laureat konkursu redakcji „*Lekarza Kasy Chorych*” przytacza doświadczenia łączenia niezależności lekarza gabinetowego z leczeniem pacjentów ubezpieczonych w kasach chorych, których dopracowano się w Poznaniu.

Dlaczego kasy chorych tak wytrwale bronią się przed wprowadzeniem wolnego wyboru lekarza? Ponieważ – argumentują – przy wolnym wyborze lekarze muszą być opłacani jednostkowo, tj. za każdą

wizytę, a nie ryczałtowo, co podnosi koszty. Dalej, twierdzą, że wolny wybór stwarza dla lekarzy pole do nadużyć, ponieważ są zainteresowani w przeciąganiu leczenia oraz skłonni do ulegania kaprysom chorych w obawie przed ich utratą.

Autor opisuje rozwiązanie, jakie z powodzeniem, eliminując przytoczone obawy, zastosowano w Poznaniu.

Otóż w Poznaniu kasa chorych zawarła za Związkiem Lekarzy Państwa Polskiego umowę, że płaci ona co miesiąc na ręce ZLPP 17% ogólnych swoich dochodów brutto na pokrycie honorariów lekarskich, a Związek rozdziela tę sumę pomiędzy lekarzy w stosunku do ilości wizyt, którą miał każdy z nich. Przy takiej umowie pomoc lekarska w kasie chorych nie kosztuje więcej, aniżeli przy systemie ambulatoryjnym, pomimo że wszyscy lekarze z Po-



znania są do dyspozycji chorych. A co się tyczy nadużyć – to sami lekarze czuwają, aby nikt się nie wzbogacał nielegalnie kosztem innych.

*

Poszukiwanie jedynego i jedynie słusznego rozwiązania, które pogodziłoby ideę wolnego wyboru lekarza z jego niezależnością, zarazem z uszanowaniem praw pacjenta, a w dodatku z respektowaniem interesów kas chorych, trwało przez cały okres II Rzeczypospolitej. Ideału takiego nie znaleziono. Przeciwnie – wprowadzono zarządzeniem administracyjnym instytucję „lekarza domowego”, który był rozwiązaniem najtańszym w ubogim społeczeństwie i ubogim państwie.

Doświadczenia, mimo że są po dziś dzień powtarzane, nie poszły jednak na marne. W dzisiejszej, bardzo niedoskonałej, organizacji służby zdrowia idea „wolnego wyboru lekarza” nie została zarzucona. Funkcjonuje różnie, bo też chyba nie ma jednych i jedynie słusznych rozwiązań, które sprawdzałyby się zawsze i wszędzie.

Stomatologia poznańska

Sztuka lekarska leczenia zębów rozwijała się od początku II Rzeczypospolitej dwutorowo.

Istniały katedry stomatologiczne na uniwersytetach we Lwowie, w Krakowie i Warszawie, na których specjalizacje stomatologiczne zdobywali nieliczni lekarze, którzy ukończyli studia ogólne lekarskie. W Warszawie zaś powstał Państwowy Instytut Dentystyczny, który był wyższą szkołą zawo-

matologiczną, ale tylko na czas przejściowy. Przyszłością polskiej stomatologii miały być studia specjalistyczne dla absolwentów wydziałów lekarskich. Ci zaś nie garnęli się do specjalizacji stomatologicznej, a uniwersytety swych ciasnych, źle wyposażonych katedrach nie były w stanie zapewnić im

W ten porządek, przewidziany i zaplanowany przez profesorów ze Lwowa i z Krakowa, wtrącił się w 1928 r. Antoni Perliński (senior), znany lekarz dentysta z Poznania, który miał odmienną koncepcję kształcenia lekarzy swojej branży w Poznaniu. Wystąpił on w 1928 r. na łamach „Kroniki Dentystycznej” (pisma środowiska dentystów warszawskich skupionych wokół Maurycego Krakowskiego) z propozycją powołania w Poznaniu Instytutu Dentystycznego, uczelni wzorowanej na warszawskim PID-ie, przygotowanej kadrowo i lokalowo do wykształcenia w krótkim czasie licznych lekarzy dentystów, których brakowało na obszarach Polski Zachodniej.

Argumentował bardzo rzeczowo.

Po pierwsze – twierdził – Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie nie jest w stanie przyjąć i wykształcić wszystkich chętnych, którzy spełniają wymagania kwalifikacyjne. Po drugie – i tu powoływał się na opracowania prof. Antoniego Cieszyńskiego – przy zaobserwowanej nadprodukcji lekarzy dentystów w Polsce centralnej i na terenach wschodnich Polsce Zachodniej brakuje kadr do prowadzenia podstawowej opieki medycznej w zakresie profilaktyki i leczenia zębów. Po trzecie wreszcie – w Poznaniu są odpowiednie warunki lokalowe do zorganizowania uczelni mogącej kształcić lekarzy dentystów w skali podobnej do warszawskiego PID-u.

Antoni Perliński zabiegał o powołanie w Poznaniu wyższej zawodowej szkoły dentystycznej już od pierwszych lat II Rzeczypospolitej. Kiedy b. Dzielnica Pruska miała w pierwszym okresie niepodległości własną władzę autonomiczną, Perliński piastował w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Zdrowia Publicznego b. Dzielnicy Pruskiej funkcję referenta dentystycznego. Z ówczesnymi ministrami w Warszawie: Witoldem Chodźką i Tomaszem Janiszew-

skim, pertraktował o powołaniu Instytutu Dentystycznego. Wskazywał na istnienie domu przy ul. Św. Marcina 39, który mógłby pomieścić proponowaną uczelnię. Warszawa jednak nie odpowiadała. Obowiązywało już przecież porozumienie wypracowane w gabinecie Janiszewskiego o tymczasowości Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie. Na nic przydało się też powoływanie się przez Perlińskiego na doświadczenia Polikliniki Instytutu Dentystycznego we Wrocławiu, w której na przełomie wieków był asystentem. Tzw. niemiecki system kształcenia lekarzy dentystów nie miał wśród polskich decydentów poparcia. Górę wzięła „austriacka” koncepcja lansowana przez Cieszyńskiego i Lepkowskiego.

Dentystyka poznańska rozwinęła się według wzorców lwowskich i krakowskich, a jej organizatorem został Józef Jarząb, były asystent prof. Antoniego Cieszyńskiego na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie. W czerwcu 1929 r. na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego powstała Katedra Stomatologiczna.

Relacjonująca to wydarzenie „Kronika Dentystyczna” podnosi wprawdzie zasługi prof. dr. Różyckiego, dziekana Wydziału Lekarskiego Wszechnicy Poznańskiej, podziękowania kieruje jednak do prof. Cieszyńskiego z dalekiego Lwowa.

Trzeba przyznać, że w realizowanie rzuconego projektu bardzo wiele przyczynił się prof. Cieszyński; nie ustawał on w swoich zabiegach u władz centralnych, które stale przekonywał o ważności i konieczności tej potrzebnej placówki naukowej.

Reskryptem z 22 czerwca 1929 r. Ministerstwo Wyznań i Oświecenia Publicznego zatwierdziło uchwałą Senatu Akademickiego Wszechnicy Poznańskiej z 31 maja 1929 r. o powołaniu na stanowisko zastępcy profesora katedry stomatologicznej st. asystenta katedry stomatologicznej Wszechnicy Jana Kazimierza we Lwowie (prof. Antoni Cieszyński) lekarza dentysty Józefa Jarząba w pełnym wymiarze obowiązków nauczycielskich.

Organizatorem stomatologii poznańskiej został więc człowiek z najbliższego otoczenia prof. Cieszyńskiego. Z komentarza prasowego można się domyśleć, że kandydaturę Jarząba przeforsowano wbrew znacznej części poznańskiego środowiska dentystycznego. Zdziwiał też fakt, że szefem poznańskiej placówki stomatologicznej został lekarz

dentysta, absolwent PID-u, który przez wiele lat współpracował we Lwowie z prof. Cieszyńskim, ale wymaganego przez mistrza minimum wykształcenia: studia ogólne lekarskie oraz specjalizacja stomatologiczna – nie zdobył. Zarzuty te Józef Jarząb oddalił od siebie, kiedy w 1931 r. otrzymał w Rostocku tytuł doktora. Dalszą karierę akademicką będzie kontynuował w polskich uczelniach medycznych już po 1945 r.

Poznańska Klinika Stomatologiczna prezentowała się okazale na tle skromnych zakładów w Warszawie i Krakowie. Miała dużą i nowocześnie wyposażoną salę przyjęć, w której przed południem odbywały się wykłady, a po południu zabiegi o charakterze zachowawczym. Obok znajdowała się sala operacyjna i izba chorych na 3 łóżka oraz pracownia techniczna wyposażona w nowoczesny aparat Roentgena.

Z opisu tego trudno się zorientować, ile osób mogłoby korzystać z kliniki, ale wydaje się, że obliczona była na kilku specjalizujących się w stomatologii lekarzy. Klinika Stomatologiczna na Uniwersytecie Poznańskim nie przełamała tradycji kameralnego kształcenia lekarzy stomatologów.

Była w tym swoista logika rozdzielania zawodowego i uniwersyteckiego kształcenia lekarzy tej specjalności, z podziałem na lekarzy dentystów i lekarzy stomatologów. Twórcą jej był Antoni Cieszyński, ale popierali go w tym poglądzie wszyscy wybitni polscy wykładowcy dentystyki i stomatologii, wśród nich także H. Wilga, A. Meissner i M. Zeńczak z Akademii Stomatologicznej w Warszawie. Nie mogąc głębiej wnikać w powody tego stanu rzeczy należy chyba przyjąć, że chodziło o pieniądze. Wykształcenie uniwersyteckie było subsydiowane, natomiast nauka w Państwowym Instytucie Dentystycznym – późniejszej Akademii Stomatologicznej była płatna. Przewijające się przy okazji zjazdów stomatologicznych postulaty finansowania przez państwo Akademii Stomatologicznej pozostawały bez echa.

W Poznaniu powstała czwarta, po Lwowie, Krakowie i Warszawie, uniwersytecka klinika stomatologiczna. Kształcenie lekarzy dentystów na masową skalę odbywało się w Akademii Stomatologicznej w Warszawie. Do 1932 r., a więc przez 12 lat istnienia, uczelnia ta wypuściła 1200 absolwentów. Liczby lekarzy stomatologów przygotowanych w uniwersyteckich klinikach statystyki nie podają.

Z.W.



Józef Jarząb, asystent prof. Antoniego Cieszyńskiego we Lwowie, zorganizował na Uniwersytecie Poznańskim Klinikę Stomatologiczną.
Antoni Perliński (senior) lansował powołanie w Poznaniu Instytutu Dentystycznego.

dową bez uprawnień akademickich. Ale to właśnie PID kształcił i dostarczał polskiej służbie zdrowia, ubogiej w kadry lekarzy dentystów jak rzadko w którym kraju w Europie, wielokrotnie więcej absolwentów niż wszystkie uniwersytety razem wzięte. Nad tym wszystkim pieczę sprawowało profesorskie sprzyśżenie lekarzy stomatologów, kierowane przez prof. Antoniego Cieszyńskiego, które przyzywało na istnienie PID-u, zgodziło się nawet na przemianowanie tej uczelni na Akademię Sto-

godziwych warunków odbywania stażów specjalistycznych.

Na dwóch polskich uniwersytetach pod koniec lat dwudziestych: w Poznaniu i Wilnie, nie było ani studiów stomatologicznych, ani dentystycznych. Ponieważ jednak Uniwersytet Wileński, ze względu na brak miejsca i fachowych kadr, nie pretendował do powołania stomatologii – wszystkie oczy były zwrócone na Uniwersytet Poznański. Trwały tam przymiarki do utworzenia katedry stomatologicznej.

REKLAMA

REKLAMA

Wszystko dla Andrzejów

Pod dyktando Andrzejów przebiegały III Mistrzostwa Lekarzy w tenisie stołowym, które odbyły się w Nowym Targu 8 marca br., równoległe do zimowych igrzysk lekarskich, w gościnnej hali Gorce w Nowym Targu.

Profesjonalne sędziowanie i dyscyplina zawodników pozwoliły na rozegranie zawodów w kategoriach wiekowych i w grach deblowych, mikście oraz turnieju open w ciągu jednego dnia. Pingpongowym terminatorem został Andrzej Kapłon, zawodnik III-li-

3 brązowych medali na Mistrzostwach Świata Medyków w Garmisch-Partenkirchen (2004) i 2 srebrnych w Montecatini (2006), pracujący w Polsko-Amerykańskich Klinikach Serca zarządzanych przez prof. Pawła Buszmena. Andrzej założył w Częstochowie klub tenisa stołowego Medicus, który od dwóch sezonów jest niepokonany w lidze częstochowskiej. Do 2 srebrnych medali w Nowym Targu dodał złoto w mikście (tradycyjnie z żoną Małgorzatą) oraz brąz w deblu z Andrzejem Kacalą.

Brązowym Andrzejem mistrzostw został internista z Pułtusza Andrzej Bernatowicz (2 medale w singlu), uzupełniając zbiór trofeów złotym medalem w deblu oczywiście z Andrzejem Kapłonem.

W kategorii C królował zeszłoroczny mistrz świata z Maroka ginekolog z Obornik Śląskich Grzegorz Winkiel (złoto w singlu i w deblu >45), przed Sławomirem Wołkiem, lekarzem rodzinnym z Bukowic w woj. dolnośląskim, założycielem (w 2001 r.) klubu Orion Bukowice z dwoma ligowymi drużynami oraz toruńskim internistą (zeszłorocznym mistrzem kujawsko-pomorskiej izby lekarskiej) Ryszardem Bydowskim.

W kategorii D złoto przypadło ginekologowi ze szpitala w Ostrowcu Świętokrzyskim Zygmunto- wi Szatko, a srebro Andrzejowi Szewczykowi. W kategorii seniorów zwyciężył niepokonany od pięciu lat gliwicki ortopeda Zbigniew Stefański, zawodnik ULKS Pławniowice, przed najstarszym uczestnikiem turnieju Julianem Danilewiczem, emerytowanym laryngologiem z Wałbrzycha, aktualnie orzecznikiem ZUS-u. Złote medale, choć w rywalizacji w innych grupach, z racji braku konkurencji, zdobyli Gosia Wnęk, trzykrotna medalista mistrzostw świata (Monte-



Zbigniew Stefański

catini 2006 – żona Andrzejka) oraz w kategorii A Mateusz Gałuszka z Zabrze.

Wśród dzieci zwyciężył Jędrzej Wołk przed siostrą Agatą, a brąz zdobył Marcin Drożdżel.

W mikstach srebrni medaliści mistrzostw świata Gosia i Andrzej Wnękowie pokonali Agatę i Sławka Wołków. Żałować należy tylko tak słabej frekwen-



Małgorzata i Andrzej Wnękowie

cji naszych koleżanek i młodych kolegów oraz rozważyć organizację następnych mistrzostw w innym miejscu i terminie.

W rozegranych 12 kwietnia mistrzostwach Śląska uczestniczyło 28 zawodników, w tym sporo młodych lekarzy, ale mistrzem został oczywiście Andrzej Wnęk.

Wyniki oraz zdjęcia z zawodów są jak zawsze na stronie internetowej NIL:

www.hipokrates.org/index.php?id=327

Krzysztof Makuch



Agata i Sławomir Wołk

gowego klubu Wschowa Pogoń, pracujący w szpitalu powiatowym w Górze Śląskiej k. Leszna. Po zdanim jesienią egzaminie specjalizacyjnym z położnictwa i ginekologii powrócił do sportowej rywalizacji zdobywając 3 złote medale (2 w grze pojedynczej i 1 w grze deblowej z Andrzejem Bernatowiczem).

Drugim na podium (2 srebra w grze pojedynczej) został śląski kardiolog inwazyjny Andrzej Wnęk, zdobywca



Andrzej Wnęk, Andrzej Kapłon i Andrzej Bernatowicz

IV Mistrzostwa Lekarzy w Pływaniu

Entuzjazm w Dębicy

Dębica (woj. podkarpackie) słynie nie tylko miejscem urodzenia Krzysztofa Pendereckiego, wielokrotnymi mistrzami świata w zapasach Braćmi Lipieniami oraz nowoczesnymi oponami samochodowymi. Fenomenem Dębicy jest rozwinięta działalność kulturalna i sportowa, w której żywo uczestniczą jej mieszkańcy. Ziemia dębicka



Joanna Stępień-Gielo



Krzysztof Kaźmierczak

przyciąga pięknymi okolicami, interesującymi miejscowościami i zabytkami. Włodarzom Dębicy marzy się reaktywowanie dawnego uzdrowiska w Łatoszynie i lepsze wykorzystanie miejscowych walorów turystycznych i rekreacyjnych. Energii, pomysłów i entuzjazmu jak na razie nie brakuje – zapewniają dębicki lekarze Janusz Bieniasz i Lesław Ciepiela.

Dębica szczyti się 50-metrową pływalnią, na której rozegrano już wiele zawodów o randze ogólnopolskiej i międzynarodowej. Pływalnia posiada świetne zaplecze zarówno dla zawodowych sportowców, jak i amatorów. Po raz czwarty wyznaczyli sobie tu spotkanie najlepsi pływacy wśród lekarzy. Na starcie do 30 konkurencji stanęło 55 zawodników z 13 okręgowych izb lekarskich – 16 pań i 39 panów, najwięcej z Rzeszowa – 16 zawodników. Najmłodszą uczestniczką była Aleksandra Herman (25 lat) ze Śląska, a najstarszym prof. Janusz Schabowski (68 lat), szef Katedry Medycyny Rodzinnej w Lublinie.

Prawdziwą gwiazdą dębickich zawodów był Grzegorz Stanek (40 lat), lekarz rodzinny z Gogolina w woj. opolskim, zdobywca wielu złotych medali, najszybszy pływak mistrzostw

(27,09 sek). Jego fenomenalne rekordy na 800 m (9.37,74) i 1500 m stylem dowolnym (18.52,80) długo jeszcze będą rozpiętywać jego rywale we wszystkich kategoriach wiekowych, zwłaszcza młodszy. Rodzina Stanków (Grzegorz, Agata, Adam i Wojciech) triumfowała również w rodzinnej sztafecie 4x50 m stylem dowolnym wyprzedzając

W klasyfikacji drużynowej zwyciężyła ekipa pływaków z OIL Szczecin, przed Łodzią, Rzeszowem, Poznaniem i Śląskiem.

Zdaniem obserwatorów i sędziów poziom sportowy mistrzostw był bardzo wysoki. Tu przyjeżdża się walczyć, a nie sprawdzić jak ciepła jest woda w basenie – żartowali uczestnicy.

Zawody urozmaicono konferencją naukową, poświęconą postępowi w medycynie sportowej.

Dyskutowano przede wszystkim o bezpieczeństwie w sporcie, postępo-

Elżbietę, Zbigniewa, Piotra i Jacka Beresiów z Rzeszowa. Dużą niespodzianką było zwycięstwo Krzysztofa Grzegorzewicza (28 lat) z Poznania w punktacji indywidualnej. Świetnie prezentują się nadal łódzki radiolog Krzysztof Kaźmierczak (47 lat) oraz bydgoski kardiolog Krzysztof Kawecki (51 lat).

Wśród pań klasą dla siebie były szczecinianki Joanna Stępień-Gielo i Iwona Damljanović oraz nieco starsze Ewa Zimna-Walendzik z Łodzi i Mirosława Przyłuska ze Szczecina. Udanie debiutowała młodziutka lekarka Aleksandra Herman, która wyjechała z Dębicy z wieloma medalami. W wyścigach rozstawnych 4x50 m triumfowała damska sztafeta z Rzeszowa oraz męska z Warszawy.

Wyniki — Kobiety: 1. Stępień-Gielo Joanna (OIL Szczecin) – 133 pkt. 2. Damljanović Iwona (OIL Szczecin) – 124 pkt. 3. Zimna-Walendzik Ewa (OIL Łódź) – 103 pkt. 4. Herman Aleksandra (OIL Śląsk) – 93 pkt. 5. Przyłuska Mirosława (OIL Szczecin) – 60 pkt. 6. Widanka Małgorzata (OIL Wrocław) – 40 pkt. 7. Wiesiołek Dorota (OIL Poznań) – 39 pkt. 8. Dachowska Łapa Alicja (OIL Rzeszów) – 37 pkt. — **Mężczyźni:** 1. Grzegorzewicz Krzysztof (OIL Poznań) – 130 pkt. 2. Kawecki Krzysztof (OIL Bydgoszcz) – 98 pkt. 3. Stanek Grzegorz (OIL Opole) – 91 pkt. 4. Kaźmierczak Krzysztof (OIL Łódź) – 88 pkt. 5. Furmaniak Jarosław (OIL Łódź) – 78 pkt. 6. Lorkowski Robert (OIL Rzeszów) – 62 pkt. 7. Kaczmarek Krzysztof (OIL Szczecin) – 58 pkt. 8. Leszczyński Jerzy (OIL Warszawa) – 49 pkt. Wilczek Jan (OIL Śląsk) – 49 pkt.



Grzegorz Stanek

waniu w skomplikowanych urazach, granicach ludzkich możliwości i wspomaganiu treningu sportowego nowoczesnymi metodami suplementacji.

Tekst i zdjęcia:
Marek Stankiewicz

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski UJ w Krakowie, rocznik 1945-49

Tegoroczne spotkanie koleżeńskie odbędzie się w **Krakowie, 7.06.br.** W programie **Msza św. o godz. 11.00 w Kolegiacie św. Anny**, poczem przejdziemy do **Collegium Novum UJ** na wspólny obiad w „Convivium”. Prosimy o zgłoszenia udziału w spotkaniu do 5.05.br., na adres: **prof. dr hab. Helena Żygułska-Mach, ul. Friedleina 13 m. 6, 30-009 Kraków, tel. 012-633-31-28**

Wydział Lekarski AM w Poznaniu, lata 1949-54

Spotkanie koleżeńskie w **Poznaniu 7.06.br.** *Informacje i zgłoszenia: Cyryl Badyda, tel. 061-879-15-86, 0505-617-116*

Wydział Lekarski, rocznik 1957

Tradycyjny, coroczny obiad, **14.06.br. w Sokolnikach k. Łodzi. Ośrodek BTH „Pinia”, ul. Sokolnickiego 40 (za kościołem).** Dojazd własnym środkiem lokomocji lub autokarem odjeżdżającym spod Rektora-tu (al. Kościuszki 4) o godz. 13.00. Koszt uczestnictwa 75 zł (korespon-dencja, autokar, menu). *Informacje i zgłoszenia: Stowarzyszenie Absolwentów AM i UM w Łodzi, 90-419 Łódź, al. Kościuszki 4, pok. 5A.*

Wydział Lekarski i Oddział Stomatologii ŚAM, rok 1958

W związku z przygotowaniami do uroczystości 60-lecia SUM w 2008 r. i 50-lecia odnowy dyplomu prosimy o zarejestrowanie się w Dzieka-nacie: **41-800 Zabrze, Plac Traugutta 2, tel. 032-370-52-66, e-mail: kkpzabrze@sum.edu.pl, do 15.06.br.** O terminie i programie uroczy-stości powiadomimy indywidualnie każdego zarejestrowanego.

Absolwenci AM w Gdańsku, rok 1959 (studujący w latach 54-59)

Uroczystość odnowienia dyplomu po 50 latach odbędzie się w **maju 2010 r.** Jest to uroczystość organizowana przez uczelnię i dlatego nie jest równo-znaczna z rocznicą absolutorium. Prosimy pamiętać o nadesłaniu zgło-szenia oraz życiorysu, przygotowanego według wzoru, który był rozesa-lany wcześniej. *Termin nadsyłania odpowiedzi do końca czerwca 2008 r., na adres Mirosława Laskowskiego lub Emilii Mierzejewskiej.*

Uczestnicy obozów społeczno-wychowawczych ŚAM w Ustroniu-Jaszowcu w latach 1965-77 (Dom Nauczyciela)

Organizujemy spotkanie byłych uczestników Obozów (Ustroń-Jaszo-wiec), w **dn. 20-21 września 2008 br.** *Wstępne zgłoszenia uczestnic-twa: pharbusa@sum.edu.pl lub Katedra i Zakład Farmakologii SUM, ul. H. Jordana 38, 41-808 Zabrze, tel. 032-272-26-83.*

Stomatologia AM w Gdańsku, rocznik 1968-73

Zjazd koleżeński z okazji 35 rocznicy ukończenia AM w Gdańsku, w dn. **31.05.-1.06.br.** Zamek Sobieskich w Rzucewie k. Pucka. Opłata od absolwenta/os. tow. 350 zł. Wpłaty na konto: 45 1750 0012 0000 0000 0034 7717, z dopiskiem „Zjazd”. *Potwierdzenie uczestnictwa wraz z do-wodem wpłaty i dokładnym adresem proszę przesłać na adres: Stanisław Butrymowicz, 80-174 Gdańsk Otomin, ul. Tęczowa 3, e-mail: azdent@wp.pl, tel. 0501-773-517 lub po godz. 20.00 058-303-97-16.*

Wydział Lekarski i Oddział Stomatologii AM w Poznaniu, rocznik 1968

28.06.br. zjazd z okazji 40 rocznicy ukończenia studiów; **hotel „Polonez” w Poznaniu.** Szczegółowy program po zgłoszeniu. Koszt uczestnictwa: 300 zł dla absolwentów, 100 zł dla os. tow. (bal). Wpłaty na konto: Nor-dea Bank Polska S.A. I Oddział w Poznaniu nr 56 1440 1286 0000 0000 0214 2988, z dopiskiem „Absolwenci 1968”. *Zgłoszenia – do 30.05.br. – na adres: prof. Marek Spaczyński, Klinika Onkologii Ginekologicznej Uni-wersytetu Medycznego w Poznaniu, 60-535 Poznań, ul. Polna 33.*

Wydział Lekarski PAM w Szczecinie, rocznik 1968

Zjazd absolwentów Wydziału Lekarskiego PAM w Szczecinie, rocznika 1968 (40-lecie), w dn. **30.05.-1.06.br. w Centralnym Ośrodku Spor-tu w Wałczu, ul. Zdobywców Wału Pomorskiego 99.** *Kontakt pisem-ny i telefoniczny: Leszek Jędrzejczak, ul. Bohaterów Wa-wy 107/6, 70-371 Szczecin, tel. 091-484-13-92, kom. 506-044-868*

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1973

Spotkanie koleżeńskie z okazji 35 rocznicy ukończenia Wydziału Lekar-skiego AM we Wrocławiu, **24.10.br. (pt) we Wrocławiu.** Opłata za uczest-

nictwo od absolwenta/os. tow. – 250 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001, do 30.06.br., z dopiskiem „Zjazd 1973”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Zakwaterowanie we własnym zakresie (nie jest wliczone w cenę zjazdu). *Informacje: Kazimierz Gąsiorowski, e-mail: kaz@basmed.am.wroc.pl; Irena Dobrzańska-Buczowska, tel. 071-341-88-74; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl; www.lekarze1973.am.wroc.pl. Za Komitet Org.: Rajmund Adamiec, Irena Dobrzańska-Buczowska, Kazi-mierz Gąsiorowski, Michał Jeleń, Jerzy Leszek, Bernard Panaszek*

Wydział Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1973

Spotkanie koleżeńskie, z okazji 35 rocznicy ukończenia Wydziału Stoma-tologii AM we Wrocławiu, w dn. **20-21.09.br. we Wrocławiu.** Opłata za uczestnictwo: od absolwenta – 250 zł, os. tow. na bankiecie – 150 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001, do 30.06.br., z dopiskiem „Zjazd 1973 S”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Zakwaterowanie we własnym zakresie (nie jest wliczone w cenę zjazdu). *Informacje: Elżbie-ta Rutańska, tel. 508-353-246; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, patrycja.malec@dilnet.wroc.pl. Za Komitet Org.: Marian-na Kozina, Ewa Minch, Danuta Nowakowska, Elżbieta Rutańska*

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1974-80

Serdecznie zapraszamy na V już spotkanie koleżeńskie absolwentów na-szego rocznika, we Wrocławiu, tradycyjnie w pierwszą sobotę czerwca, **7.06.br.** W programie **rejs statkiem po Odrze i kolacja w starej baszcie.** Koszt uczestnictwa 150 zł + 50 zł za rejs. Wpłata na konto: Marek Buczowski DB Wrocław, 62 1910 1064 0004 1393 4111 0001. *Prosimy o zgłoszenia z podaniem swojego aktualnego adresu (e-mail) i telefonu – najlepiej e-mail: info@dr-buczowski.at, Marek Buczowski, organizator spotkania*

Absolwenci AM w Poznaniu, rocznik 1983

To już 25 lat. **20.09.br.** spotkanie z okazji naszego jubileuszu, w **Hotelu Tra-wiński w Poznaniu, ul. Złiwna 2,** 61- 663 Poznań, tel. 0048 61-827-58-00, e-mail: office@hoteltrawinski.com.pl. Koszt uczestnictwa 270 zł. Wpłaty na konto: Nordea Bank Polska S.A. I Oddział w Poznaniu, nr 56 1440 1286 0000 0000 0214 2988, z dopiskiem „Absolwenci 1983”. Przekaż informację dalej! *Organizatorki: Ewa Wender-Ożegowska, tel. 0048-501-27-60-60, Ewa Koczorowska-Cieślak, tel. 0048-601-71-00-55. Zgłoszenia na ad-res mailowy do 31.08.br.: formularz rejestracyjny i wszystkie kolejne infor-macje dostępne: www.bokiz.pl/absolwenci83.* Rezerwacja noclegów in-dywidualnie bezpośrednio w hotelu.

Wydział Lekarski Oddz. Stomatologiczny ŚLAM w Katowicach, rok 1988

Pierwsze po studiach spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy ukoń-czenia ŚIAM w Zabrzu, w dn. **3-5.10.br. G.A.T. SA Ośrodek Turystyczno Sportowy Zagroń, ul. Wrzosowa 21, 43-370 Szczyrk.** Opłata za uczest-nictwo od absolwenta (os. tow.) pt-nd z nocl. 400 zł, sb-nd z nocl. 300 zł. Wpłaty na konto Justyna Grzybowska-Substelna 30 1020 3668 0000 5802 0174 8045, do 15.08.br., z dopiskiem „Zjazd ŚIAM 1988”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. *Informacje: Justy-na Grzybowska-Substelna, tel. +48 602-678-713, Ewa Pradela (Wie-czorek), tel. +48 501-143-959, e-mail: j.substelna@wp.pl. Za Komitet Org.: Justyna Grzybowska-Substelna, Ewa Pradela (Wieczorek)*

Jubileuszowe zjazdy i spotkania absolwentów AM i UM w Łodzi (2008 r.):

Zjazdy jubileuszowe (wydziały i lata)
31.05. Lekarski, **1953**
7.06. Lekarski, **1988** oraz Stomatologiczny i Farmaceutyczny, **1987**
14.06. Lekarski i Farmaceutyczny, **1958**
21.06. Lekarski, **1968** oraz Stomatologiczny i Farmaceutyczny, **1967**
4.10. Lekarski, **1963** oraz Stomatologiczny i Farmaceutyczny, **1962**
11.10. Lekarski, **1973** oraz Stomatologiczny i Farmaceutyczny, **1972**
18.10. Lekarski, **1978** oraz Stomatologiczny i Farmaceutyczny, **1977**
25.10. Lekarski, **1993** oraz Stomatologiczny i Farmaceutyczny, **1992**
8.11. Lekarski, **1983** oraz Stomatologiczny i Farmaceutyczny, **1982**
22.11. Lekarski, **1998** oraz Stomatologiczny i Farmaceutyczny, **1997**

Spotkania coroczne (wydziały i lata)
17.05. Lekarski, **1952**
24.05. Lekarski, **1951**
31.05. Lekarski, **1959** i Stomatologiczny, **1958**
7.06. Lekarski, Stomatologiczny, do roku **1950**
14.06. Lekarski, **1957**
20.09. Lekarski i Stomatologiczny, **1960-61**
27.09. Lekarski i Stomatologiczny, **1954**

Informacje: Sekretariat Stowarzyszenia Absolwentów AM i UM w Łodzi, 90-419 Łódź, ul. Kościuszki 4, tel. 042-639-39-39, w godz. 10.00-14.00.

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Imprezy różne

Jesteś lekarzem? – młodzież na Lednicy czeka

Pomóż nam w zabezpieczeniu medycznym światowego spotka-nia młodzieży na **Lednicy – 7 czerwca 2008.** Przyjedź sam, za-proś innych! Czekamy na Ciebie!!! **Lednicki sztab medyczny, www.lednica2000.pl, e-mail: malgorzata.pers@gmail.com, tel. 605-730-813.** Z wyrazami szacunku **lek. Małgorzata Pers**

Hospicjum Królowej Apostołów zaprasza

IDEA HOSPICIUM: to bezinteresowna służba chorym w stanie ter-minalnym: dzieciom, młodocianym, dorosłym ich rodzinom i osiero-conym; to oddawanie im swego czasu i życia poprzez towarzysze-nie, wiedzę i umiejętności. Hospicjum Królowej Apostołów w Rado-miu zaprasza LEKARZY stażystów i specjalistów do tej szczególnej i szaczonej posługi. *Informacje: Hospicjum Królowej Apostołów, ul. Wiejska 2, 26-600 Radom, tel. 048-366-81-44 lub 0605-98-02-14, www.hospicjum.radom.pl; hospes@hospicjum.radom.pl*

Projekt badawczy – Genetyczne podłoże DEB

Zakład Genetyki Medycznej Instytutu Matki i Dziecka rozpoczyna reali-zację projektu badawczego dotyczącego genetycznego podłoża Epi-dermolysis bullosa dystrophica (DEB). Celem badań są: **identyfika-cja mutacji w genie COL7A1 wśród polskich pacjentów z rozpo-znaniem DEB, próba korelacji defektów molekularnych z rozpo-znaniem DEB, stworzenie pierwszej w Polsce bazy pacjentów z rozpoznaniem EB, ze szczególnym uwzględnieniem DEB.** Koszty związane z realizacją badań zostaną pokryte ze środków projektu badawczego. Dodatkowo pacjentom i członkom ich rodzin zapropo-nowana zostanie bezpłatna porada genetyczna. *W przypadku zaintere-sowania udziałem w części klinicznej prosimy o kontakt z dr A. Sob-czyńską-Tomaszewską (agnieszka@imid.med.pl) lub mgr K. Wer-theim (katarzynawertheim@imid.med.pl), tel. 022-32-77-177/200 lub dr A. Kutkowską-Kaźmierczak (anna.kutkowska@imid.med.pl), tel. 022-32-77-138.*

Konkurs na fraszkę medyczną

Świątokrzyska Izba Lekarska ogłasza ogólnopolski konkurs na frasz-kę medyczną. Regulamin konkursu: 1. W konkursie mogą brać udział lekarze i lekarze dentyści. 2. Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest nadesłanie minimum dziesięciu fraszek o tematyce medycz-nej w trzech egzemplarzach napisanych na maszynie lub compute-rze. Prace nie mogą być wcześniej publikowane, zestaw powinien być opatrzoney godłem. 3. Organizatorzy nie ograniczają ilości ze-stawów napisanych przez jednego autora. 4. Do każdego zestawu należy dołączyć zaklejoną kopertę z tym samym godłem, zawiera-jącą następujące informacje: imię i nazwisko, zawód oraz dokładny adres autora. 5. **Fraszki należy nadesłać do 15 czerwca 2008 r. na adres: Świętokrzyska Izba Lekarska, ul. Wojska Polskiego 52, 25-389 Kielce, z dopiskiem „Konkurs na fraszkę medyczną”.** Pra-ce, które nadejdą po terminie, nie będą brały udziału w konkursie. 6. Jury, członkowie ZLP, przyznają I, II i III nagrodę oraz wyróżnienia. 7. Jury zastrzega sobie prawo innego podziału nagród. 8. Ogłosze-nie wyników konkursu i wręczenie nagród odbędzie się **28 czerw-ca 2008 r.** O miejscu i godzinie ogłoszenia decyzji Jury i wręczenia nagród wszyscy laureaci zostaną powiadomieni specjalnym zaproszeniem. 9. Nagrody zostaną wręczone osobiście podczas imprezy finałowej. 10. Organizatorzy przewidują publikację pokłosia konkur-su w „Eskulapie Świątokrzyskim”. Zastrzegamy sobie również prawo publikacji dobrych fraszek z zestawów nie nagrodzonych. 11. Nade-słanych prac organizatorzy nie zwracają. 12. Sprawy nie ujęte w ni-niejszym regulaminie i sprawy sporne rozstrzygnie Jury.

Kuracja błotami

w Eforii – Rumunia (bólę kręgosłupa, układu kostnego, bólę reuma-tyczne). Wyjazd 2-tygodniowy; samolot, hotel lux, wyżywienie. Le-czenie i wypoczynek nad jeziorem Terchighiol i Morzem Czarnym. *Informacje i zgłoszenia: kwatour@op.pl*

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym

OIL w Łodzi, przy współudziale NIL oraz PSTL, serdecznie zaprasza na zawody, pod honorowym patronatem wojewody łódzkiego, w dn. **22-25.05.br. w Łodzi, na kortach Miejskiego Klubu Tenisowego (Park im. Poniatowskiego).** *Zgłoszenia: Komisja Sportu i Rekre-acji OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź, tel. 042-683-17-91 w. 120, faks 042-683-13-78*

I Ogólnopolski Turniej Koszykówki – Tarnów

Komisja Sportu i Młodych Lekarzy OIL w Tarnowie organizuje pod pa-tronatem NRL turniej koszykówki o Puchar Prezesa Tarnowskiej Izby Lekarskiej, w dn. **14-15.06.br. w hali sportowej ZKS Unia Tarnów w Tarnowie-Mościcach.** *Informacje i zgłoszenia: OIL w Tarnowie, ul. Mościckiego 14, 33-100 Tarnów, e-mail: tarnow@hipokrates.org lub Sekretariat OIL w Tarnowie, tel. 014-688-88-30.* Zgłoszenia do 30.04.br. Koszt wpisowego dla drużyn 200 zł. Wpłaty na konto OIL w Tarnowie, z dopiskiem „Puchar Prezesa”. Zakwaterowanie Hotel Cri-stal Park w Tarnowie-Mościcach. Ceny zakwaterowania podamy wkrót-ce. *Szczegóły na stronie www.oil.un.pl/bip*

Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Klasie Turystycznej

Regaty organizuje Komisja Kultury i Sportu Okręgowej Warmińsko-Ma-zurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie w dn. **13-14.09.br.** (sobota-niedzie-la) w **Giżycku – Międzynarodowe Centrum Żeglarstwa i Turysty-ki Wodnej „Almatur” 21,** tel. 087-428-59-71 (jezioro Kisajny). Star-tują załogi 4-osobowe (w tym 2 lekarzy). Sternik jachtu winien posia-dać stopień żeglarski. *Zgłoszenia osobiste, telefoniczne lub faksem w dn. 1.07.-15.08.br. w Biurze OIL.* Koszt udziału 500 zł od załogi. Do 15.08.br. należy wpłacić 300 zł na konto OIL, nr 61 1140 1111 0000 3048 4600 1001, jako warunek przyjęcia do regat, pozostałe 200 zł – 13.09.br. przy pisemnym zgłoszeniu załóg w siedzibie Komisji Regatowej. Re-gaty rozegrane zostaną systemem przesiadkowym. Start do 1 wyści-gu 13.09.br. o godz.11.00, a następnie do kolejnych wyścigów. Zakoń-czenie 14.09.br. o godz.17.00. Załogi śpią na jachtach – proszę zabrać koca i śpiwory. Załogi startują na własną odpowiedzialność. Sternicy po-noszą pełną odpowiedzialność za sprzęt i załogi. Organizator ubezpie-czy jachty i załogi od następstw wypadków. Instrukcję żeglugi przedsta-wi Sędzia Główny w dniu otwarcia o godz.10.30 na molo, gdzie nastą-pi uroczyste otwarcie Mistrzostw. *Organizator: Bogdan Kula, Okręgo-wa Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska, ul. Żołnierska 16C, 10-561 Olsztyn, tel. 089-539-19-29, faks 089-534-44-83.*

VII Mistrzostwa Lekarzy w Wielobojach Lekkoatletycznych

odbędą się **10.05.br. (sobota) w Zielonej Górze na stadionie MOSiR przy ul. Sulechowskiej, w godz. 11.00-13.00.** Konkurencje: bieg 60 m i 600 m, skok w dał, pchnięcie kulą. Przewidziane puchary i na-grody. Wpisowe 30 zł od rodziny. *Informacje: tel. 068-320-58-61, 0601-790-707.*

II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Piłkowej

odbędą się w dn. **6-8.06.br. w Niechorzu, w ośrodku wczasowym „Mewa”, ul. Leśna 8,** tel./faks 091-386-34-87, tel. 0609-520-780, e-mail: rezerwacja@okwmewa.wczasy.pl. Organizator: Komisja Kul-tury, Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie i NIL w Warszawie – Ma-ciej Lewandowski, Krzysztof Makuch, Maciej Mroźewski. *Zgłosze-nia: Maciej Mroźewski, tel. 091-46-12-251, 0-693-543-211, e-mail: mrozewski@o2.pl; OIL w Szczecinie – Kamila Sikor, tel. 091-48-47-936 wew. 106, e-mail: biuro@oil.szczecin.pl, do 15.05.br. Dodatko-we informacje: www.bip.oil.szczecin.pl lub www.oil.szczecin.pl*

III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie

odbędą się w dn. **20-22.06.br.: 20.06. – Amber Baltic Golf Club, 21.06. – Binowo Park Golf Club.** Organizator: Komisja Kultury, Sportu i Re-kreacji OIL w Szczecinie – Maciej Mroźewski, Jerzy Szymczak. *Zgło-szenia: Maciej Mroźewski, tel. 091-46-12-251, 0693-543-211, e-mail: mrozewski@o2.pl; OIL w Szczecinie – Kamila Sikor, tel. 091-48-47-936 wew. 106, e-mail: biuro@oil.szczecin.pl, do 15.06.br. Dodatko-we informacje: www.bip.oil.szczecin.pl lub www.oil.szczecin.pl*

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy (2008 r.)

Instytut **Dermatologii** w Krakowie, kursy prakt. w 2008 i 2009 r.:

- **12.04. Techniki immunoenzymatyczne ELISA i ELISPOT**, 2. Edycja. Jednodniowy intensywny kurs z przewagą ćwiczeń praktycznych. Skierowany gł. do osób rozpoczynających karierę w badaniach naukowych, chcących poznać techniki laboratoryjne
- **27.09. Testy płatkowe: techniki wykonania i zasady interpretacji**, 7. Edycja.
- **15.11. ELISPOT i hodowle komórkowe, nowość.**

Organizator: Instytut Dermatologii i laboratorium Celimun w Krakowie. Informacje i zgłoszenia: <http://www.medukacja.biz>

Mazurska Szkoła **usg i ginekologii**. Kursy:

- **4-9.05. USG w ginekologii i położnictwie** – początkujący
 - **15-18.05. Doppler w ginekologii i położnictwie**
 - **5-8.06. Endokrynologia** – cz. II + **elementy niepłodności**
 - **11-14.06. Patologia ciąży**
 - **19-22.06. Kolposkopia** – początkujący
 - **27-30.08. USG w ginekologii i położnictwie** – zaawansowani
 - **31.08.-5.09. USG w ginekologii i położnictwie** – początkujący
 - **18-21.09. Wybrane zagadnienia opieki ginekologicznej nad kobietą po menopauzie i w senium**
 - **2-5.10. Kolposkopia** – zaawansowani
 - **16-19.10. Endokrynologia** – cz. I
 - **26-29.11. USG w ginekologii i położnictwie** – zaawansowani
- Informacje i zapisy: e-mail: usg@usg.pisz.pl, www.usg.pisz.pl, tel. 0504-075-804

Polskie Towarzystwo **Diabetologiczne**, Kolegium Lekarzy Rodzinnych oraz Konsultant Krajowy ds. **Medycyny Rodzinnej** zapraszają na cykl warsztatów-kursów medycznych organizowanych w ramach programu edukacyjnego dla lekarzy rodzinnych **Zrozumieć cukrzyce**:

- **6.05.** Kielce, Hotel Lysogóry, ul. Sienkiewicza 78
 - **6.05.** Zielona Góra, Hotel Qubus, ul. Ceglana 14a
 - **7.05.** Leszno, Hotel Akwawit, ul. Św. Józefa 5
 - **8.05.** Ostrów Wlkp., Hotel Borowianka, ul. Limanowskiego 134
 - **13.05.** Suwałki, Hotel Suwalszczyzna, ul. Noniewicza 71a
 - **27.05.** Siedlce, Hotel Janusz, ul. Pusta 15
 - **28.05.** Radom
 - **29.05.** Piotrków Tryb., Hotel Trybunalski, ul. Grota-Roweckiego 5
- 3 pkt. edukac. Warsztaty będą kontynuowane w czerwcu br. Informacje i zgłoszenia: www.zrozumieccukrzyce.pl

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej**, praktyczne kursy ultrasonograficzne, podstawowe i doskonalące:

- **8-11.05. Echokardiografia**
- **15-18.05. Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (TCD, TCCD)**
- **16-18.05. Gruczoł piersiowy** – doskonalący
- **5-8.06. Ultrasonografia jamy brzusznej**
- **6-8.06. Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (TCD, TCCD)** – doskonalący

- **12-15.06. Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych**
- Prawo do pkt. edukac. OIL. Nr konta: 26 1090 1346 0000 0001 0852 9738. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel. 061-657-94-63, faks 061-657-94-72, tel. kom. 0603-762-0-41, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

Instytut Problemów Ochrony Zdrowia

- **9.05., 4.06.** Warsztaty z *planowania i rozliczania czasu pracy w ZOZ*
 - **7-8.05.** Konferencja naukowo-szkoleniowa: *Ochrona medycznych danych osobowych*
 - **5-6.06.** Konferencja naukowo-szkoleniowa: *Ochrona dóbr osobistych pracowników ochrony zdrowia i ZOZ*
- Organizator: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o. Informacje: www.prawoimedycyna.pl, www.ipoz.pl

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**, kursy:

- **9-11.05. Echokardiografia w kardiologii** – 6 pkt. do cert. PTU
 - **15.05. Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu** – warsztaty, 20 pkt. do cert. PTG
 - **16-18.05. Diagnostyka wad wrodzonych i ultrasonografia w ginekologii z ultrasonografią sutka** – 30 pkt. do cert. PTG
 - **20-22.06. Echokardiografia płodowa** – kurs do Dyplomu Skrinowego Badania Serca Płodu – 6 pkt. do cert. PTU
 - **27-29.06. Diagnostyka dopplerowska w położnictwie i ultrasonografia w ginekologii** – 30 pkt. do cert. PTG
 - **4-6.07. Ultrasonografia jamy brzusznej w aspekcie klinicznym** – 6 pkt. do cert. PTU
 - **19-21.09. Ultrasonografia w urologii**
 - **7-8.11. Echokardiografia i kardiologia płodu** – kurs dla zaawansowanych.
- 6 pkt. do certyfikatu PTU. Programy kursów i zapisy: www.mszu.pl, e-mail: mazowiecka@mszu.pl, tel. 0602-122-513

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS.

Kursy w Ciechocinku i Spale:

- **9-12.05. Doppler** – kurs zaawansowany
- **13-18.05. USG w ortopedii i reumatologii (kończyna dolna)**
- **21-25.05. USG brzucha**
- **26-31.05. Echokardiografia** – II krok
- **16-20.06. Echokardiografia** – I krok
- **22-27.06. Doppler** – kurs podstawowy

Wykłady, ćwiczenia i możliwość przeprowadzenia samodzielnych badań. Certyfikaty, pkt. edukac. OIL, pkt. PTU i pkt. sekcji echokardiografii PTK. Informacje: www.cedus.edu.pl, tel. 022-64-64-156

Interdyscyplinarna Akademia Medycyny Praktycznej.

Szkolenia z zakresu:

- **chorób narządu ruchu: 10.05.** Gdańsk, **17.05.** Opole
 - **chorób cywilizacyjnych: 10.05.** Białystok, **17.05.** Łódź.
- Informacje: www.iamp.com.pl, tel. 022-498-52-17, faks 022-353-92-16

Medyczne Szkolenia Podyplomowe Pakt, kursy i szkolenia:

- **10-11.05.** Katowice. *Rozwojowa dysplazja stawu biodrowego*
- *diagnostyka ultrasonograficzna i leczenie*
- **31.05-1.06.** Ustroń. *Warsztaty osteoporotyczne*

Informacje: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, medycznesympozja@msp-pakt.med.pl, www.msp-pakt.med.pl, tel./faks 032-251-22-64

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii** (rok założenia 1993), numer w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów DIL: 69-000032-001-0000, kursy:

- **13-16.05., 24-27.06. Diagnostyka USG jamy brzusznej – kurs podstawowy**
 - **2-4.06. Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci**
 - **2-6.06. 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 lub 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, www.usg.webd.pl

Abacus Biuro Promocji Medycznej oraz

Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, szkolenia:

- **26-27.05.** III Ogólnopolskie Sympozjum *Inwazyjne Zakażenia Grzybicze*
 - **12-13.06.** IX Ogólnopolskie Sympozjum *Blok Operacyjny – Organizacja i Funkcjonowanie*
 - **8-9.11.** Warszawa. Kurs medyczny *Problemy Proktologiczne w Położnictwie i Ginekologii*
- Organizator: Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o. Informacje: www.abacus.edu.pl

- **7.06.** Warszawa, Novotel Airport, ul. 1 Sierpnia 1, (9.30-17.30.) Warszawsko-Otwocki Oddz. Pol. Tow. Chorób Płuc organizuje kolejną sesję Szkoły **Pneumonologii** nt. *Rzadkie choroby płuc*. Wstęp bezpłatny, pkt. edukac. OIL. Informacje: na stronie internetowej www.ptchp.home.pl; kierownik kursu Tadeusz M. Zielonka, tel. 0501-143-324, zielonka@amwaw.edu.pl; sekretarz Jacek Jagodziński, tel. 0604-957-483, jacjagod@medic-lub.pl; sekretariat oddziału: 02-093 Warszawa, ul. Pasteura 10, tel. 022-822-30-71 (w. 106), faks 022-822-12-24

- **20-21.06.** Poznań-Kiekrz. Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej zaprasza na konferencję naukowo-szkoleniową: **Odreębności diagnostyki laboratoryjnej w podeszłym wieku**. Tematyka: *aktualny stan poradnictwa geriatrycznego w populacji polskiej; genetyka starzenia vs genetyka długowieczności; ocena użyteczności diagnostycznej wskaźników biochemicznych w najczęstszych schorzeniach onkologicznych, kardiologicznych, endokrynologicznych i nefrologicznych u osób starszych; kliniczno-laboratoryjne aspekty menopauzy; badania przesiewowe i algorytmy postępowania diagnostycznego u osób starszych*. Koszt: członkowie PTDL – 50 zł, pozostali uczestnicy – 100 zł. Informacje: na stronie www.ptdl.pl, Oddziały Terenowe: Poznań oraz Ewa Leporowska, Wielkopolskie Centrum Onkologii, tel. 061-88-50-660, faks 061-85-28-502, e-mail: ewa.leporowska@wco.pl

- **6-9.09.** Zakopane. Sono-Medicus organizuje kurs: **Ultrasonograficzne badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafa**. Informacje: dr Michał Kulej tel./faks 018-201-24-17, e-mail: kulej@ozzl.org.pl, Sono-Medicus ul. Mrowce 18c, 34-500 Zakopane.

- **26-27.09.** Tarnów-Mościce. XIII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: **Postępy w ginekologii onkologicznej**, na którą serdecznie zapraszam. Konsultant małopolski w dziedzinie ginekologii onkologicznej prof. dr hab. Zbigniew Kojs

- **26-27.09.** Żagań. Międzynarodowa Konferencja Grupy **Motoryki Przewodu Pokarmowego**. Informacje: tel. 071-792-80-76, 792-80-77, www.abranetis.pl

Uwaga! MSP Pakt informują, że na stronie internetowej: <http://www.nil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2008/n200803/n20080319> została zamieszczona błędna data kursu **Warsztaty Osteoporotyczne: 6-7.06.2008 r.** Kurs odbędzie się w dn. **31.05.-1.06.2008 r.**

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

REKLAMA

REKLAMA

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61.
Zamówienia: tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86,
elsevier@azymut.pl, www.elsevier.pl



Ilustrowane pytania testowe. Przygotowanie do praktycznych egzaminów klinicznych
Huw Beynon, Luke Gompels
red. wyd. I polskiego **Stanisław Filipecki**
Wrocław 2008, str. 250

Publikacja przygotowuje do egzaminu MRCP (Membership of the Royal College of Physicians). Zaprezentowane przypadki odzwierciedlają konkretne problemy pacjentów. Wybór ilustracji ułatwiający przedstawienie szczegółów dotyczących poszczególnych schorzeń.



Echokardiografia
Sam Kaddoura
red. wyd. I polskiego **Jarosław D. Kasprzak**
Wrocław 2008, str. 196

Kompedium podstawowej wiedzy o ultradźwiękowym obrazowaniu serca umożliwi wychwycenie najbardziej typowych objawów patologii serca. Publikacja dla studentów medycyny i dla każdego lekarza, który chce się zapoznać z metodą echokardiograficznego odczytywania pracy serca.



Echokardiografia kliniczna
Krzysztof Klimczak
red. wyd. I polskiego **Andrzej Szyszka**
Wrocław 2008, str. 202

Spojrzenie na całość zastosowań klinicznych echokardiografii. Starannie dobrane ilustracje. Wiele przydatnych informacji w postaci przejrzystych tabel i schematów. Publikacja dla szerokiego grona lekarzy, szczególnie tych, którzy rozpoczynają swoją praktykę w echokardiografii.



Diagnostyka różnicowa chorób skóry
Boni E. Elewski, Lauren CV. Hughey, Margaret E. Parsons
red. wyd. I polskiego **Andrzej Kaszuba**
Wrocław 2008, str. 610.

W części pierwszej zdefiniowano wykwyty skóry w celu wyjaśnienia morfologii zmian i umiejętności ich opisywania. Część druga zawiera przykłady kompilacji wielu rozpoznań na podstawie cech klinicznych i morfologii zmian. Wybrane schorzenia omówiono wg schematu: opis zmian, układ i lokalizacja, charakterystyka, objawy i powiązania, charakterystyczne cechy diagnostyczne, i/lub dermatologiczne, ewentualne współistnienie chorób układowych, wskazówki dotyczące leczenia. Trzecia część zawiera kompendium szczególnych zespołów chorobowych i zaburzeń z uwzględnieniem specyficznych objawów dermatologicznych. Zdjęcia kliniczne pomagają lekarzom praktykom w postawieniu prawidłowej diagnozy.



Sekrety neurologii
Loren A. Rolak
seria: **Sekrety**
red. wyd. II polskiego **Andrzej Szczudlik**
Wrocław 2008, str. 460

Aktualna, szczegółowa wiedza o schorzeniach neurologicznych. Tematy opracowało kilkudziesięciu autorów z najbardziej renomowanych uczelni amerykańskich. Rozdział: neurofizjologia kli-

niczna; neuroanatomia kliniczna; postępowanie z pacjentem z chorobą układu nerwowego; choroby mięśni; choroby złącza nerwowo-mięśniowego; neuropatie obwodowe; radikulopatia i choroba zwyrodnienia kręgosłupa; mielopatie; choroby pnia mózgu; choroby mózdzku; jądra podstawy i zaburzenia ruchowe; autonomiczny układ nerwowy; choroby demielinizacyjne; ośłepienie; neurologia zachowania (behawioralna); dyzartria; zaburzenia płynności mowy i polykania; choroby naczyniowe; neuroonkologia; bóle głowy; napady padaczkowe i padaczka; zaburzenia snu; neurologiczne powikłania chorób układowych; choroby zakaźne układu nerwowego; neurologia wieku dziecięcego; elektroencefalografia; neuroradiologia; nagłe stany neurologiczne; ciekawostki neurologiczne.

Neurologia

Christopher Turner, Anish Bahra, Katia Cikurel
seria: **Crash Course**
red. serii **Daniel Horton-Szar**
red. merytoryczny **Jeremy Gibbs**
red. wyd. I polskiego **Wojciech Kozubski**
Wrocław 2008, str. 394

Seria podręczników do przedmiotów klinicznych dla studentów. Układ tekstu, jego przejrzysta forma, liczne tabele, ryciny i zestawienia są tak pomyślane, aby zainteresować studenta i ułatwić mu naukę. Potrzebne informacje podane są w zwięzłej formie łącząc prezentację przypadków z wykładem umiejętności klinicznych oraz omówieniem patologii i metod leczenia.



Wydawnictwo „Continuo”

53-505 Wrocław, ul. Lelewela 4, pok. 325, tel./faks 071-791-20-30,
e-mail: biuro@continuo.wroclaw.pl, www.continuo.wroclaw.pl

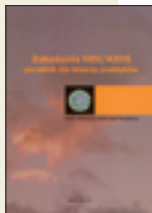
Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego, t. 12
Redukcja ryzyka w diagnozie i leczeniu przez podnoszenie poziomu wiedzy i doświadczenia pracowników ochrony zdrowia
red. **Andrzej Steciwo**

Kat. i Zakł. Med. Rodzinnej i Regionalny Ośr. Kształcenia Lek. Rodzinnych AM we Wrocławiu, Wrocław 2008, str. 184
Omówienie specyfiki pracy lekarza rodzinnego w aspekcie wykorzystywania narzędzi telemedycznych, szczególnie systemu RIGHT i ich wpływu na przyszłościowe zmiany w modelu świadczeń medycznych i korzystania społeczeństwa z usług typu e-zdrowie.



Zakażenia HIV/AIDS
Przewodnik dla lekarzy praktyków
red. **Andrzej Gładysz**
Wrocław 2007, str. 188

Praktykujący klinicyści przedstawiają wielopłaszczyznowo i interdyscyplinarnie najnowszą wiedzę nt. HIV/AIDS omawiając praktyczne aspekty dotyczące diagnostyki i leczenia w różnych grupach pacjentów oraz nowe zjawiska związane z zakażeniem. Zwracają uwagę na problemy emocjonalne i społeczne chcąc ułatwić lekarzom postępowanie z chorymi, na rolę współpracy pomiędzy chorymi a ich opiekunami oraz działań edukacyjnych i profilaktycznych. Publikacja dla specjalistów chorób zakaźnych i lekarzy pierwszego kontaktu; informacje praktyczne, gdzie kierować osoby zainteresowane testem i u których podejrzewa się chorobę.



Farmakogenetyka w psychiatrii
red. **Jan Aleksander Beszlej, Monika Szewczuk-Bogusławska, Magdalena Grzesiak**
Wrocław 2007, str. 92

Współczesna wiedza na temat zastosowania zasad farmakogenetycznych dotyczących leków psychotropowych w praktyce lekarskiej. Publikacja skierowana do lekarzy specjalistów – psychiatrów i neurologów, jak i do ogółu lekarzy, zwłaszcza medycyny rodzinnej.



Wydawnictwo Roztoczańskiej Szkoły Ultrasonografii
22-400 Zamość, ul. Chopina 3, tel. 084-638-55-12, 084-638-80-90,
e-mail: rsu@roztocze.pl, www.USG.com.pl



Diagnostyka ultrasonograficzna w urologii
red. **Iwona Sudol-Szopińska i Tomasz Szopiński**
seria: **Praktyczna Ultrasonografia**
red. naukowa prof. dr hab. med. **Wiesław Jakubowski**
t. XIII, Warszawa-Zamość 2007, str. 308

Omówione zostały: Nerki; Pęcherz moczowy; Gruczoł krokowy; Moszna; Prącie; Diagnostyka USG zapalnych chorób nerek i chorób mięszu nerek; Diagnostyka USG nadciśnienia naczyniowo-nerkowego; Diagnostyka USG nerki przeszczepionej; Diagnostyka USG męskiej niepłodności; Diagnostyka USG układu moczowego u dzieci; Nowoczesne techniki obrazowania ultrasonograficznego układu moczowego; Środki kontrastujące w ultrasonografii układu moczowego; Wybrane zagadnienia z tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego układu moczowego.

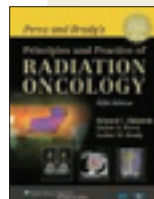


Dopplerowskie badania w neonatologii
Renata Bokiniec
seria: **Praktyczna Ultrasonografia**
red. naukowa prof. dr hab. med. **Wiesław Jakubowski**
t. XIV, Warszawa-Zamość 2007, str. 88

Publikacja zawiera: Ultrasonografia dopplerowska – podstawy; Ocena krążenia mózgowego; Unaczynienie mózgu; Podstawy anatomiczne; Ocena przepływu krwi w tętnicy przedniej mózgu; Fizjologiczna centralizacja krążenia; Ocena wybranych patologii ośrodkowego układu nerwowego; Zmiany niedotleniowo-niedokrwiennne; Wodogłowie powrotocne; Zewnętrzne przestrzenie płynowe; Malfomacje naczyniowe; Vaskulopatia lenticulostriata; Ocena krążenia trzewnego; Podstawy anatomiczne; Ocena przepływu krwi w tętnicy kręzkowej górnej; Ocena przepływu krwi w krążeniu wrotnym; Podstawy anatomiczne; Ocena przepływu krwi w żyłę wrotnej; Zakrzepica żyły wrotnej; Ocena krążenia nerkowego; Podstawy anatomiczne; Ocena przepływu krwi w tętnicach nerkowych; Zakrzepica żyły nerkowej; Ocena przepływu krwi w przewodzie żylnym; Badania dopplerowskie u noworodków matek chorych na cukrzycę.

A.B.E. Marketing Sp. z o.o.

00-855 Warszawa, ul. Grzybowska 37A, www.abe.pl,
tel. 022-654-06-75, faks 022-652-07-67, e-mail: info@abe.pl



Perez & Brandy's Principles & Practice of Radiation Oncology
Halperin
wyd.: **Lippincott Williams & Wilkins**, 2007 r.
str. 2368, cena 830,00 zł

Zaktualizowana piąta edycja jednej z najważniejszych pozycji naukowych o onkologii radiacyjnej, dla lekarzy onkologów i radiologów. Prezentacja sposobów zastosowań.



Campbell's Operative Orthopaedics 11 ed. 4 vol.
S. Canale

wyd: **Mosby**, 2007 r., str. 5512, cena 1359,00 zł
Omówienie zagadnień chirurgii ortopedycznej, ze szczególnym naciskiem na metody skuteczne, ale jak najmniej inwazyjne. Proponowane są procedury, techniki i instrumenty, które można zaoferować w leczeniu pacjenta. Pozycja skierowana do lekarzy chirurgów i ortopedów.



Harrison's Principles of Internal Medicine 17 ed.
D. Kasper

wyd.: **McGraw-Hill**, 2008 r., str. 2650, cena 465,00 zł
Książka przeznaczona dla lekarzy internistów i studentów medycyny. Zawiera opisy chorób, objawy, proponowane metody leczenia. Wersja aktualna.

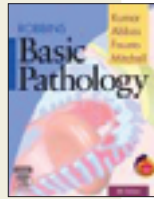
Greenfield's Neuropathology 8 ed. 2 vols
S. Love

wyd.: **Arnold Publishers**, 2007 r., cena 1855 zł
Oparte na badaniach klinicznych omówienia objawów chorób neurologicznych, sięgające do ich biologicznych podstaw. Informacje dodatkowo uzupełniono kolorowymi ilustracjami. Każdy rozdział książki poprzedzono wprowadzeniem. Załączona płyta CD zawiera dodatkowo zbiór ilustracji.



Robbins Basic Pathology 8 ed.
Vinay Kumar, Abul K. Abbas, Nelson Fausto, Richard N. Mitchell
wyd.: **Saunders, Elsevier**, 2007 r., str. 946

Jedna z najbardziej znanych publikacji dotyczących zagadnień patologii przeznaczona dla lekarzy i studentów. Szczególnie wartościowe są barwne zdjęcia uzupełniające informacje.



MediPage Sp. z o.o.

02-594 Warszawa, ul. J. Bruna 12/20, tel./faks 022-646-41-50,
www.medipage.pl; promocja przemek.blicharz@medipage.pl

Blokady nerwów obwodowych
Zasady i praktyka

Admir Hadżić, Jerry D. Vloka
wyd. I, Warszawa 2008, str. 368

Celem publikacji jest dostarczenie w miarę możliwości najdokładniejszych i najbardziej praktycznych instrukcji do wykonywania blokad nerwów obwodowych. Autorzy, eksperci New York School of Regional Anesthesia, przekonują, że anestezja regionalna nie jest sztuką, lecz ścisłą, obiektywną nauką. Liczne ilustracje.



Ultrasonografia
Günter Schmidt

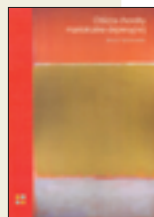
wyd. I, Warszawa 2008, str. 266
Przewodnik pokazujący jak wykonać badanie ultrasonograficzne. Książka przedstawia systematyczne podejście do badania USG określonych narządów i układów, ze szczególnym uwzględnieniem protokołu badania wyników prawidłowych i możliwych nieprawidłowych, a także ich znaczenia. Ponad 1000 ilustracji, w tym kolorowy Dopler oraz ponad 1000 ryc., w tym obrazy z badań dopplerowskich; ponadto rozdziały poświęcone badaniu ultrasonograficznemu stawów, tętnic szyjnych, badaniu ultrasonograficznemu po zabiegach operacyjnych oraz poszukiwaniu ogniska pierwotnego. Książka dla studentów med., lekarzy i tech. elektroradiologii.



Ponadto nadesłano:

Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej
Janusz Rybakowski

Poznań 2008, **Termedia Wydawnictwa Medyczne**
61-614 Poznań, ul. Wenedów 9/1, tel./faks 061-822-77-81,
e-mail: termedia@termedia.pl, www.termedia.pl, str. 160
Autor, członek zarządu International Society of Bipolar Disorders oraz komitetu red. „Bipolar Disorders”, przedstawia różne aspekty choroby maniakalno-depresyjnej widziane z perspektywy wieloletniego doświadczenia klinicznego i badawczego. Siegając do czasów starożytnych analizuje różne koncepcje tej choroby, odmiany i ryzyko zachorowań, podłoże, metody leczenia w różnych okresach historii medycyny. Stawia tezy rozwoju, np. charakteryzujące rozwój choroby we współczesnym świecie.



opr. md



foto Marek Stankiewicz

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 26 III 2008

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie sytuacji powstałej w związku z kryzysem w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu. Prezydium zaprotestowało przeciw licznym wypowiedziom przedstawicieli władz państwowych i wojewódzkich zmierzającym do przerzucenia odpowiedzialności za zaistniałą sytuację na lekarzy domagających się przestrzegania wobec nich prawa pracy. Wskazano na bezczynność rządu i organu założycielskiego szpitala jako podstawowe przyczyny problemów z zatrudnieniem lekarzy. Prezydium z rosnącym zaniepokojeniem obserwuje kolejną, spowodowaną brakiem pomysłu na rozwiązanie problemów systemu ochrony zdrowia, falę nagonki na lekarzy. Prezydium za szczególnie naganne uważa, że przedstawiciele kierownictwa Ministerstwa Zdrowia zamiast przygotowania odpowiednich do obowiązującego prawa zmian popierają działania dyrektorów szpitali usiłujących bezprawnie wymuszać na lekarzach zgodę na wydłużony czas pracy.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne, wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposobu obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego. Treść załącznika budzi wątpliwości Prezydium, bowiem zawiera w większości leki z poprzedniego rozporządzenia – z 17.12.2004 r. Produkty lecznicze wymienione w załączniku używane są głównie jako aktywne lub obojętne podłoże do różnych leków recepturowych. Pochodzą z lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, a ich wartość terapeutyczna jest mała.

Prezydium NRL wydało stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego pielęgniarek i położnych. Prezydium postanowiło zwrócić uwagę na fakt, że wysokość wynagrodzenia przewidzianego dla pielęgniarzy i położnych odbywającej staż podyplomowy jest zbyt niska.

Delegowano:

- **Marka Szewczyńskiego**, pracownika biura NIL, na Konferencję „Healthcare cross Borders” organizowaną przez Europejskie Stowarzyszenie Lekarzy Szpitalnych oraz Chorwacką Izbę Lekarską, 1.05.br. w Zagrzebiu.
- **Konstantego Radziwiłła** na posiedzenie Komitetu ds. Zdrowia Publicznego (**High-Level Committee on Public Health**), w dn. 2-3.04.br. w Brdo (Słowenia).
- **Konstantego Radziwiłła** na Pierwszą Światową Konferencję dot. Regulowania Zawodów w Ochronie Zdrowia (**WHPCR**), w dn. 17-18.05.br. w Genewie.

Prezydium NRL – 4 IV 2008

Delegowano:

- **Jana Adamusa**, członka Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej NRL, na **111 Zjazd Lekarzy Niemieckich** (111. Deutscher Ärztetag), w Ulm w dn. 20-23.05.br.
- **Annę Lellę**, wiceprezesa NRL, **Zdzisława Anusewicza**, członka Prezydium NRL oraz **Mar-**

ka Szewczyńskiego, pracownika Biura NIL, na posiedzenie ogólne **Rady Europejskich Lekarzy Dentystów** (Council of European Dentists), w Portoroż na Słowenii, w dn. 16-17.br.

NRL – 4 IV 2008

NRL przyjęła uchwałę w sprawie **wysokości składki członkowskiej**. Ustalono miesięczną wysokość składki członkowskiej obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka okręgowej izby lekarskiej, w wysokości 40 zł. Składka członkowska w kwocie 10 zł dotyczy emerytów i rencistów oraz osób, które uzyskały takie uprawnienie na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej. Jednocześnie NRL wystosowała apel w sprawie **sposobu wydatkowania kwoty uzyskanej z tytułu zwiększonej składki członkowskiej**. Uznając, iż realizowanie przez lekarzy i lekarzy dentystów ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego wymaga ponoszenia znaczących kosztów oraz popierając dążenie lekarzy do podnoszenia kwalifikacji zawodowych NRL zaapelowała do okręgowych rad lekarskich o przeznaczanie uzyskanych dodatkowych środków z tytułu podwyższenia składki członkowskiej o 10 zł od 1.10.2008 r. w szczególności na organizację szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentystów.

NRL przyjęła uchwałę w sprawie **udziału Naczelnej Izby Lekarskiej w organizacji VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej w Toruniu**. NRL zdecydowała, że będzie współuczestniczyć w organizacji VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej, który odbędzie się we wrześniu 2009 r. w Toruniu.

NRL przyjęła uchwałę w sprawie **upoważnienia Prezesa NRL do reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej przed Trybunałem Konstytucyjnym**. Upoważniono prezesa NRL Konstantego Radziwiłła do reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym w przedmiocie skargi konstytucyjnej dotyczącej przepisów art. 15 pkt 1, art. 41 i 42 ust. 1 ustawy z 17.05.1989 r. o izbach lekarskich dookreślonych przez art. 52 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

NRL omówiła projekt **ustawy o izbach lekarskich**. Postanowiono kontynuować prace nad nim w powołanym do tego celu Zespole.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **stosowania homeopatii i podobnych metod przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach**. Rada po zapoznaniu się z obecnym stanem wiedzy o założeniach, skuteczności, bezpieczeństwie i konsekwencjach praktyk homeopatycznych stwierdza, że ta metoda leczenia nie spełnia wymagań stawianych metodom stosowanym we współczesnej medycynie i że jej zasady nie są zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Zasady etyki lekarskiej nakazują lekarzom stosowanie wyłącznie metod zweryfikowanych naukowo. Ponieważ zastosowania metod homeopatycznych nie da się uzasadnić naukowo, w przypadku niekorzystnego wyniku leczenia lub braku efektu leczenia zarzut niewłaściwego postępowania byłby trudny do oddalenia. Ponadto stwierdzono, że lekarze, lekarze dentyści, instytucje i organizacje medyczne nie powinny organizować szkoleń i innych działań promocyjnych w zakresie homeopatii i metod wywodzących się z homeopatii.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **zapowiedzi zniesienia staży podyplomowych lekarza i lekarza dentysty**. NRL w związku z wypowiedzią ministra zdrowia Ewy Kopacz dotyczącą projektu zniesienia z dniem 1.01.2009 r. obowiązku odbywania stażu podyplomowego przez lekarzy i lekarzy dentystów, jako wymogu uzyskania prawa wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, zajmuje zdecydowanie negatywne

stanowisko w tej sprawie. Staż podyplomowy lekarza jest podstawową formą doskonalenia zawodowego przygotowującym absolwenta studiów lekarskich lub stomatologicznych do wykonywania zawodu, a w świetle obecnych przepisów również realizacją prawa lekarza i lekarza dentysty do rozwoju zawodowego. W przeprowadzonych ostatnio sondażach przeważająca większość lekarzy i lekarzy stażystów oraz młodych lekarzy i lekarzy dentystów, którzy ukończyli już staż, jest przeciwna zniesieniu stażu podyplomowego. W ocenie NRL, jako organu samorządu lekarskiego sprawującego pieczę nad należyty i sumienny wykonywaniem zawodu lekarza, staż podyplomowy powinien być utrzymany jako podstawowa forma doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. Rada widzi jednocześnie potrzebę ciągłej analizy programów staży oraz praktyki ich odbywania w celu wprowadzenia ewentualnych zmian mających na celu poprawę warunków uzyskiwania przez lekarzy i lekarzy dentystów stażystów umiejętności praktycznych zgodnych z aktualnym stanem wiedzy i praktyki medycznej.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w obradach XXIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Gorzowie Wielkopolskim.
- Udział w posiedzeniu Komitetu Wykonawczego oraz posiedzeniu CPME w Lublanie.
- Udział w posiedzeniach Białego szczytu.
- Udział w konferencji zorganizowanej przez ZZA, ZPP i STOMOZ „Przekształcenia Zakładów Opieki Zdrowotnej i Dobrowolne Ubezpieczenia Zdrowotne - ustalenia Białego szczytu”.
- Udział w konferencji w NIL nt. rozpoznawania śmierci mózgowej dla lekarzy anestezjologów i transplantologów.
- Udział w Okręgowym Zjeździe Lekarzy w Częstochowie.
- Udział w Okręgowym Zjeździe Lekarzy w Białymstoku-Białej.
- Udział w Okręgowym Zjeździe Lekarzy w Warszawie.
- Udział w posiedzeniu Komisji ds. Lekarzy i Lekarzy Dentystów Emerytów i Rencistów NRL.
- Udział w spotkaniu Wysokiej Komisji ds. Zdrowia Publicznego Komisji Europejskiej.
- Udział w konferencji nt. korupcji w ochronie zdrowia (kształcenie podyplomowe lekarzy, refundacja leków, kontraktowanie świadczeń zdrowotnych) w Fundacji Batorego.
- List do Marka Krawczyka, rektora elektą Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – gratulacje w związku z wyborem na funkcję rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
- List do Janusza Kochanowskiego – rzeczownika praw obywatelskich – prośba o przeanalizowanie ustawy o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz zmianie niektórych innych ustaw i złożenie wniosku do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie zbadania wskazanych przepisów ustawy z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej.
- Udział w warsztatach EFGCP „Jak komisje bioetyczne mogą wypracować wspólne standardy dobrej praktyki etycznej?”, zorganizowanych przez Ośrodek Bioetyki NIL.
- List do konsultantów krajowych, rektorów uczelni medycznych, prezesów towarzystw lekarskich – w załączeniu stanowisko NRL z 4.04.br. w sprawie zapowiedzi zniesienia staży podyplomowych lekarza i lekarza dentysty.
- Udział w Europejskim Forum Organizacji Medycznych i Światowej Organizacji Zdrowia w Tel Awiwie.
- Udział w rozprawie przed Trybunałem Konstytucyjnym dot. badania zgodności z konstytucją art. 52.2 KEL.
- Udział w konferencji klubu LiD „Finansowanie i sieć szpitali w Belgii”.

Tomasz Korkosz
tel. 022-559-13-27, 0602-218-710
faks 022-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org