

7-8 2007

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Pismo Izd Lekarskich

Egzemplarz bezpłatny



Na skraju

REKLAMA

REKLAMA



Rząd mocny, ale w obciachu

19 czerwca kilometrowy pochód pracowników ochrony zdrowia, w strugach ulewnego deszczu, znów podążał w milczeniu ulicami stolicy. Minął wyludniony do żywego gmach Sejmu, a w Alejach Ujazdowskich przywitały go metalowe bariery, chronione przez podwójny szpaler uzbrojonej po zęby policji. Barwny korowód, rozsierzony uporem szefa rządu, postanowił pozostać tam, gdzie premier na co dzień pracuje. Niekonwencjonalne obozowisko ochrzczono wkrótce majdanem. Przez siedem długich dni i nocy zastanawiał się premier, czy przyjąć pielęgniarki, choć do końca utrzymywał, że okupacja jego kancelarii to przestępstwo. O ich proteście głodowym powiedział, że „brak kolacji, to jeszcze nie głódówka”.

Kilka chwil determinacji pielęgniarek bardziej wstrząsnęło opinią publiczną w kraju i na świecie niż pięć tygodni prawie w ogóle pozbawionego jakiegokolwiek dolegliwości strajku lekarskiego – przyznaje Krzysztof Bukiel. Nawet fakt, że w 50 szpitalach większość lekarzy złożyła wypowiedzenia z pracy, nie odbił się takim echem jak bunt w namiotowym miasteczku vis-à-vis gmachu rządowego. Na trawnikach słynnego warszawskiego bulwaru hartował się duch buntu przeciwko lekceważeniu, który w lot połączył lekarzy i pielęgniarki, często wcześniej przekomarzających się, kto jest ważniejszy i bez kogo w ogóle nie da się leczyć ludzi. Na majdan nadciągały kolejne zmiany pielęgniarek, ratowników i lekarzy, witane ogłuszającym łoskotem plastikowych butelek. Kiedy rząd dumał czy warto umierać za pierwiastek, między ludźmi, posilającymi się grochówką z jednego kotła i odstupującymi sobie łyk wody, dzielącymi się wszystkim, co mają, rodziła się nowa solidarność. Bez patosu i płomiennych tyrad, bez styropianu, bez doradców, podsłuchów i partyjnych mądrali, bez kombatanów o jedynie słusznych korzeniach i rodowodach, bez lewicy i prawicy, bez pouczania i straszenia skutkami nieroztropności. I te osobiste i emocjonalne więzi pozostaną, choćby po stokroć oskarżano tych odważnych, choć odartych z godności ludzi, że za nimi stoją i z ukrycia kierują Kwaśniewski z Michnikiem do spółki z liberalami, broniącymi magicznego „układu” i wszystkiego, co zle w III RP.

Widziałem na majdanie ludzi wściekłych i rozżalonych, gotowych upominać się o swoje i nie dających dłużej robić się w balona. Widziałem młode pielęgniarki, piękne, choć przygnębione dziewczyny, które bronią dumnie honoru zawodowego, a którym solidarne państwo pokazuje gest Kozakiewicza, w podzięcie za ich ofiarną pracę i służbę. Widziałem młodych lekarzy z maleńkimi dziećmi na rękach, którzy przyszedli tu wykrzyczeć swoje prawo po latach ciężkich studiów do szczęśliwego życia i zawodowej satysfakcji, w ojczystym kraju. Nie widziałem (a szkoda) profesorów ani żadnych lekarskich znakomitości, od których oczekiwano, że podzielą się odrobiną swojej wielkości, poprą i napelnią mocą tych, którzy postanowili walczyć. Usłyszałem za to od jednego z najwybitniejszych polskich położników, że z pierwszej strony lekarskiego pisma klamię i głoszę pochwałę buntu i obywatelskiego nieposłuszeństwa. Widziałem wreszcie starych i młodych warszawiaków, prostych, zwykłych ludzi, którzy służyli bezinteresownie kocami, żywnością i napojami. Demokratyczne państwo to nie jakaś abstrakcja. Ono ma służyć ludziom, swoim obywatelom. Nie odwrotnie.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Nie porzucamy pacjentów, tylko rezygnujemy z pośrednika	4
Okiem Prezesa	5
Na skraju	6-7
Chcemy zostać	8
Niczego nie narzucamy	10-11
Bunt białych niewolników	12-13
U stomatologów	15-31
Przychodzi lekarz do prawnika	32-33
Ocaleni	34-36
Lekarski sport	38,39,41
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	40
Książki nadesłane	42
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	45-58
Ogłoszenia różne	58-60
Program TVN Med	61

Czekamy na Twoje poparcie

strona 44

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

Nie porzucamy pacjentów, tylko rezygnujemy z pośrednika

Z Krzysztofem Bukielem, przewodniczącym OZZL rozmawia Agnieszka Banach

• **Panie doktorze, ilu lekarzy już złożyło wypowiedzenia z pracy?**

– Wypowiedzenia złożyli lekarze z 30. szpitali – łącznie już ponad 2 tys. osób. W większości placówek odejdzie prawie 70-80 proc. lekarzy. Najgorzej będzie na Podkarpaciu – za trzy miesiące w większości szpitali nie będzie lekarzy. W trzech placówkach wypowiedzenia dotyczą pojedynczych oddziałów m.in. ginekologów, anestezjologów. Wiadomo jednak, że jeżeli ci ostatni odejdą z pracy, stanie parę innych – zabiegowych oddziałów.

• **Ta liczba będzie rosnąć?**

– Trudno ocenić. Sytuacja jest dynamiczna. Na przykład jeszcze parę miesięcy temu lekarze ze Szpitala przy ul. Banacha nawet nie zamierzali strajkować, teraz nie wyobrażają sobie, że mieliby się nie zwalniać. Myślę, że liczba wypowiedzeń będzie naprawdę duża!

• **Ta rosnąca liczba wypowiedzeń to realna groźba tego, że za trzy miesiące w niektórych miejscach w kraju staną**

szpitale? A może to początek końca publicznej służby zdrowia w Polsce?

– Może... Ale ja tego nie rozstrzygnę, to od rządzących zależy, jaka będzie ich reakcja na to, że lekarze się zwalniają. Mogą ich przyjąć do pracy na lepszych warunkach. Wtedy nie będzie końca publicznej służby zdrowia.

• **Na razie reakcji nie widać...**

– Ale będzie! Pieniądzy jest w bród. Skoro jest 20 mld, które rząd dopłaci z budżetu państwa w związku z obniżeniem składek rentowych, czy 6 mld na rewaloryzację rent i emerytur, to znaczy, że pieniądze są. Niestety, nas – lekarzy nie traktuje się poważnie. Myślę, że przez trzy miesiące rządzący nie będą robić nic. Dopiero, kiedy wypowiedzenia zaczną obowiązywać dowieśmy się, że rząd jest zaskoczony takimi decyzjami.

• **Zachęcając lekarzy, żeby zwalniali się z pracy OZZL bierze odpowiedzialność za ich dalsze losy?**

– Każdy jest dorosłym człowiekiem i ma prawo korzystać ze swojej wolno-

ści obywatelskiej. Zwalniający się z pracy z niej korzystają. Związek nie może im niczego nakazać. Odpowiedzialność bierzemy w tym sensie, że proponujemy pewne rozwiązania, które lekarzom ułatwią działalność już po zwolnieniu się z pracy. Nie mówimy: zwolnijcie się i zobaczmy jak to będzie, ale dajemy receptę na to, co zrobić później.

• **Co więc robią lekarze po zwolnieniu się z pracy?**

– Na pewno, jeżeli jeszcze nie mają, założą prywatne praktyki lekarskie. Proponujemy by np. między indywidualnymi praktykami były zawierane umowy i powstawały zrzeszenia, (stowarzyszenia lekarzy), negocjujące w imieniu swoich członków warunki zatrudnienia z pracodawcą. Alternatywą dla zrzeszeń mogłyby być spółki lekarskie. Na pewno lekarze do pracy wrócą, tylko na innych zasadach. Przecież niemożliwe jest, żeby nie było służby zdrowia w Polsce – pacjenci na to nie pozwolą.

• **Co dalej, jeżeli po manifestacji, kolejnym dniu bez lekarza, składaniu następnych wypowiedzeń nadal nie będzie konkretnych propozycji ze strony rządzących?**

– Lekarze zwolnią się z pracy, a rządzący, którzy sami zobowiązali się do zapewnienia publicznej opieki zdrowotnej, będą mieli faktyczny problem. Chcę zaznaczyć, że lekarze nie porzucają pacjentów, tylko rezygnują z pośrednika. Jeżeli chodzi o kolejne formy protestu – jest propozycja strajku głodowego, ale decyzję podejmie Krajowy Komitet Strajkowy. Poza tym każdy z 300 strajkujących szpitali może podejmować własne działania, my jesteśmy tylko ciałem koordynującym.

• **Kiedy wasz cel zostanie osiągnięty?**

– Jeżeli specjalista będzie zarabiał 7,5 tysiąca, a lekarz bez specjalizacji 5 tysiąca brutto – za jeden etat.

List

Jak uporządkować problemy ochrony zdrowia w Polsce

Jeśli robić referendum w tej sprawie, to zapytać należy obywateli nie o to, czy szpitale mają być prywatne czy państwowe! Istotne jest to, kto będzie dysponował pieniędzmi obywateli odfinansowanymi na ochronę swojego zdrowia! Czy nadal państwo, a właściwie w jego imieniu zbyt liczna biurokracja! Twory takie jak NFZ? (...) należy zapytać obywateli, jakim procentem składki na ochronę zdrowia chcą sami dysponować (chipowa karta zdrowia wystawiana przez banki), a ile procent chcą przekazać do „wspólnego worka”. To powrót do normalności, bowiem przez setki lat pacjent i lekarz nie potrzebowali pośredników! Pacjent płacił lekarzowi za leczenie, a nie za „służbę zdrowia”!

Obecnie pacjent, który nie dysponuje nawet częścią swoich odłożonych pieniędzy, w ogóle nie liczy się u lekarzy, tym bardziej biurokracji. (...)

Czy w ostatnich przetargach pomiędzy „biurokacją zdrowia” a lekarzami są reprezentowani pacjenci? Otóż nie! Dlaczego? Dlatego, że pacjenci nie mają pieniędzy. Powierzili je bowiem biurom. Dobrze o tym wiedzą lekarze i dlatego walczą z biurokratami o pieniądze pacjentów. (...) dopóki pacjenci nie będą dysponować choćby częścią swoich pieniędzy (...) i nie zostanie określony koszt usług gwarantowanych, nie zmieni się nic w opiece medycznej w Polsce!

(...) Po uzyskaniu części swoich pieniędzy, to pacjenci zadecydują, w których szpitalach (obiekty i wyposażenie są własnością gmin, powiatów lub województw, a nie NFZ) i u których lekarzy chcą się leczyć! I nie będą musieli korumpować lekarzy ani przepłacać za usługi medyczne. A od zaraz pacjenci powinni podpisać rachunki wystawiane przez lekarzy lub szpitale. Wyeliminowałoby to tak powszechne wyłudzenie pieniędzy. Tak jest np. w Szwajcarii, gdzie nie może być zrealizowana zapłata za lekarza lub szpital czy inne usługi medyczne, jeśli pacjent nie podpisze wystawionego rachunku, jako merytorycznego potwierdzenia wykonania usługi! To takie proste!

Włodzimierz Mysłowski
prywatny przedsiębiorca od 35 lat

Okiem
Prezesa



Piszę ten felieton w tak dramatycznych dniach, że muszę się liczyć z tym, że gdy dotrze do czytelnika, będzie już zupełnie nieaktualny. Kiedy jednak widzę, jak władza niechętnie reaguje na naciski protestujących środowisk medycznych, to kto wie, czy obecna sytuacja jeszcze długo się nie zmieni. Trzeba przyznać, że także po stronie pracowników sprawa nie jest prosta. Samorząd lekarski jasno określił oczekiwania: dwie, dwie i pół, trzy średnie krajowe jako minimalne zarobki lekarza i lekarza dentysty. Lekarze zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej strajkują w walce o realizację tych samych postulatów. Pielęgniarki i położne żądają podwyżki tysiąc złotych od października i utrzymania ubiegłorocznego wzrostu wynagrodzeń w przyszłym roku. Postulaty pozostałych związków zrzeszających pracowników medycznych, a także central związkowych (OPZZ i NSZZ „Solidarność”) nie są w ogóle precyzyjnie wyrażane i sprowadzają się do żądania podwyżek dla wszystkich zatrudnionych w ochronie zdrowia. Tu trzeba zauważyć, że według licznych opinii pracownicy techniczni i administracji zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej zarabiają już obecnie nie mniej niż osoby zatrudnione na podobnych stanowiskach poza sektorem ochrony zdrowia.

W tej sytuacji nie ma chyba innej możliwości zadośćuczynienia słusznym oczekiwaniom pracowników medycznych, jak ustalenie ich minimalnych wynagrodzeń w poszczególnych grupach zawodowych na drodze regulacji obowiązujących w całym kraju. Jest kilka sposobów załatwienia tej sprawy. Mogłoby się dokonać to tak, jak proponuje samorząd lekarski, to znaczy poprzez ustawę określającą minimalne wynagrodzenia miesięczne fachowych pracowników medycznych (a także minimalny koszt pracy w przeliczeniu na godzinę podczas udzielania świadczeń przez osoby samozatrudnione). Można by ustalić taką siatkę wynagrodzeń drogą ponadzakładowego układu zbiorowego, który wprowadzony w placówkach państwowych mógłby zostać rozszerzony na pozostałe zakłady opieki zdrowotnej. Jest także możliwość określenia w poszczególnych świadczeniach zdrowotnych (lub grupach świadczeń) kosztów pracy osób, które ich udzielają. Każde z tych rozwiązań ma swoje zalety i wady, każde z nich obarczone jest także koniecznością podjęcia szeroko zakrojonych prac eksperckich, negocjacji itp.

W tej sytuacji wydaje się, że dla doraźnego rozwiązania rozgrzanego do białości konfliktu nie ma innego wyjścia, jak przedłużenie działania „indeksowanej” od października ustawy podwyżkowej z ubiegłego roku. Rząd obiecując takie rozwiązanie może liczyć na przychyłność środowisk medycznych. Jednocześnie należałoby podjąć rzeczywiste (a nie jak dotychczas pozorowane) prace nad systemowym rozwiązaniem problemu wynagrodzeń pracowników medycznych, które powinno stopniowo obowiązywać od przyszłego roku. Oczywiście pozostaje kwestia wysokości wzrostu wynagrodzeń przekazanych do świadczeniodawców już od jesieni (wydaje się jednak, że jest to sprawa bardziej przełamania oporów ambicjonalnych niż możliwości – pieniądze na ten cel obecne już w Narodowym Funduszu Zdrowia wystarczyłyby na pewno dla doraźnego rozładowania napięcia). Przy takiej operacji nie można zapomnieć także o tych pracownikach medycznych, których wynagrodzenia pochodzą z budżetu państwa: lekarzach stażystach i rezydentach oraz pracownikach Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Wojewódzkich Ośrodków Medycyny Pracy, Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Lotniczego Pogotowia Ratunkowego itd.

Rozważania te, choć ważne, w chwili, w której piszę ten felieton, błędą wobec zupełnie nieracjonalnego napinania napięcia, które utrudnia konstruktywny dialog i oddala porozumienie. Rząd ustami Premiera mówi, że pod naciskiem decyzji podejmować nie będzie. Emocje związane z przedłużającym się strajkiem i wypowiedaniem pracy przez lekarzy, warszawskim marszem protestacyjnym służby zdrowia czy okupacją kancelarii Rady Ministrów przez pielęgniarki i protestacyjnym miasteczkiem namiotowym w Alejach Ujazdowskich narastają.

Chciałbym życzyć wszystkim członkom naszego samorządu dobrych wakacji, ale czy w tej sytuacji można na to liczyć?



Na skraju

Agnieszka Katrynicz

Lekarze i pielęgniarki nie chcą już pracować za grosze. Domagają się poważnego traktowania w rozmowach z rządem. W piątym tygodniu strajku zawody medyczne zorganizowały manifestację w Warszawie.

Miastrzeczko namiotowe przed kancelarią premiera lub – jak potocznie to się określa – le-karsko-pielęgniarski majdan ciągle się rozrasta. Manifestacja pokojowa zaczyna się przeradzać w obywatelski bunt. Do ludzi w białych kitlach dołączyli górnicy, hutnicy, a „w kolejce” czekają kolejne grupy zawodowe. Także pielęgniarek cały czas przybywa – przyjeżdżają m.in. z Olkusza, Poznania, Rado-mia, Kalisza, Łęczycy, by zmienić ko-leżanki śpiące w namiotach przed Kan-celarią Prezesa Rady Ministrów. Zwią-zkowcy zrzeszeni w federacji związków zawodowych i OPZZ, którzy wspiera-ją protest, grożą strajkiem generalnym. Ogólnopolski Związek Zawodowy Le-karzy ogłosił zaostrożenie protestu – lekarze mają głodować.

Ignorancja czy niewiedza?

Na jednym z plakatów wiszących w miasteczku namiotowym można prze-czytać: „Lekarze zarabiają w przychod-niach 2 zł na godzinę, adwokat z urzędu za godzinę pracy w sądach 24-godzin-nych – 840 zł”. Lekarze od lat przytacza-ją też zarobki swoich kolegów z innych krajów UE, by pokazać jak bardzo ich zarobki się różnią. Od lat znane są rów-nież argumenty typu: pomocnik murarza zarabia więcej niż lekarz ze specjaliza-cją. Mimo to rząd powtarza, że nie wie jakie są żądania medyków. – Ten protest

jest dla nas niezrozumiały, bo nie zna-my żądań pielęgniarek – mówił wprost Bolesław Piecha, wiceminister zdrowia. Pan minister nie wie być może dlatego, iż nikt z rządu nie przyjął petycji dele-gacji protestujących.

Pielęgniarki domagają się podwyżek o 1000 zł w IV kwartale br. i przedłużenia na 2008 r. tzw. ustawy podwyżkowej

Zmarnowany czas

Próba rozwiązania sytuacji miało być nadzwyczajne posiedzenie połączonych – senackiej i sejmowej – komisji zdro-wia. – Mam nadzieję, że będzie to przy-najmniej początek konstruktywnych roz-mów, że zostanie powiedziane, jakie są propozycje i ustępstwa po obu stronach, co zasadniczo prowadzić będzie do za-kończenia akcji protestacyjnej – powie-działa Ewa Kopacz (PO), przewodniczą-ca sejmowej komisji zdrowia.

W posiedzeniu połączonych komisji uczestniczyli m.in. przedstawiciele straj-kujących lekarzy, pielęgniarek i Naczel-nej Izby Lekarskiej. Szef OZZL Krzysz-tof Bukiel zaapelował przed jego rozpo-częciem, aby politycy nie wykorzystywa-li strajku lekarzy i pielęgniarek do swo-ich celów. Prosił też, by poparcie, któ-re teraz okazują protestującym, wyrazili podczas głosowań w Sejmie.

– Problemy w służbie zdrowia chcemy rozwiązać w sposób pokojowy. Jesteśmy apolitycznym związkiem, więc nie mów-

cie, że nasza manifestacja jest polityczna – podkreśliła Ewa Obuchowska z zarzą-du krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych zwracając się do przedstawicieli rządu. Zaznaczyła, że przyczyną kontynuowa-nia manifestacji jest fakt, iż premier Ja-rośław Kaczyński nie spotkał się z pielę-gniarkami w kancelarii. – Proszę się nie dziwić, że osoby, które weszły do kan-celarii i nadal tam są, chciały wręczyć premierowi nasze postulaty – stwierdziła Obuchowska. Krzysztof Bukiel przypo-mniał, że żądając wyższych płac OZZL domaga się jednocześnie reformy służ-by zdrowia: zbilansowania nakładów z wydatkami i doprowadzenia do tego, by kontraktowanie usług medycznych było efektywne. Wyjaśnił, że jeżeli le-karze mówią o mechanizmach rynko-wych i konkurencji, to nie dlatego, że są „liberałami“, ale że troszczą się o wyda-wanie środków publicznych.

Niestety, mimo nadziei, rozmowy w Sejmie zakończyły się niczym.

Nie tylko majdan

Dlatego miasteczko namiotowe przed kancelarią premiera ciągle rozrasta się. Zaczęło się od 2 skromnych namio-tów przyniesionych przez mieszkań-ców Warszawy. Po paru dniach jest tam już ich ponad setka. A życie „mieszkań-ców” jest dobrze zorganizowane – cisza nocna obowiązuje od 22.00, około 7.00 jest pobudka. Warszawskie szpitale po-magają protestującym, np. grupa lekarzy ze szpitala Czerniakowskiego przyniosła zupeł. Lecznice udostępniają też pryszni-ce, by koczujące kobiety mogły się umyć. – Nie odejdziemy dopóki rząd nie wysłucha naszych postulatów i nie siądzie z nami do rozmów – mówi twardo Iza-bella Szczepańska z zarządu krajowego OZZPiP. – Od 18 lat czekamy na refor-mę i słyszymy tylko zapewnienia. Naj-wyższy czas na konkrety – dodaje Andrzej Włodarczyk, który jest z pielęgniarkami od początku. Warto podkreślić, że tym ra-zem strajkuje też bardzo duża grupa re-zydentów i stażystów, których nie było przy poprzednich strajkach. – My nie chcemy dorabiać jak starsi koledzy, tyl-

ko normalnie pracować i zarabiać – mó-wią. To pokazuje jak duża determinacja panuje wśród protestujących. Ale protest pracowników medycznych to nie tylko Aleje Ujazdowskie w Warszawie. Jesz-cze raz przypomnijmy, że zaczął się on 6 tygodni temu. Według danych OZZL strajkuje już 280 szpitali w całej Polsce (na 781 istniejących. W 46 lekarze w większości złożyli wypowiedzenia. Na Podkarpaciu wypowiedzenia z pracy zło-żyło już ok. 600 lekarzy. Wypowiedze-nia zaczęli składać lekarze z woj. świę-tokrzyskiego, 116 lekarzy ze szpitala na Winiarach, w Płocku. Dla wielu, szcze-gólnie niewielkich placówek z mniej-szych miast, masowe wypowiedzenia zaczynają być poważnym problemem. To tylko niektóre przykłady. – Tych le-karzy będzie przybywać, bo nie będzie-my dłużej czekać na spełnienie naszych postulatów – zapowiada Krzysztof Bu-kiel, przewodniczący OZZL.

Z okazji Dnia Lekarza większość le-karzy w zachodniopomorskim, także tych z prywatnych gabinetów i przy-chodni, wzięło dzień wolny.

Pracownicy gdańskiej Akademii Me-dycznej przemaszewali główną ulicą Gdańska blokując ją na kilkanaście minut. Podobne protesty odbyły się też w Gdyni, w Wejherowie oraz w War-szawie, gdzie pikietowali pracownicy szpitala Bródnowskiego. Pracownicy szpitala na Banacha wychodzili na uli-cę już dwukrotnie.

Układ dobry na wszystko

Protestujący domagają się zmian w systemie zdrowotnym. Zdaniem OZZL niezbędne jest zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB, wpro-wadzenie współpłacenia pacjentów i pry-watyzacja szpitali. Ale najważniejszym postulatem jest zawarcie ponadzakłado-wego układu pracy, w którym zapisana zostanie płaca minimalna lekarzy (5 tys. zł dla stażystów i 7,5 dla specjalistów) i czas, jaki będzie potrzebny, by osiągnąć taki pułap płac. *Zobowiązania finansowe państwa są gwarancją, że rządzący zro-bią wszystko, aby przygotować taki sys-tem, który będzie w stanie funkcjonować efektywnie, aby te zobowiązania wypełnić* – czytamy w stanowisku OZZL.

– Dlatego do tej pory nie zreformo-wano zdrowia, bo kolejne rządy mają bufory w postaci niskich płac persone-lu medycznego i zadłużania się szpitali – mówi Bukiel. – Chcemy rządowi od-ciąć taką możliwość. Lekarze będą się domagać, by układ miał co najmniej 3-letnią gwarancję. To ich zdaniem mi-nimalne warunki podpisania porozumie-nia i zakończenia protestu.



Chcemy zostać

Podczas konferencji Związku Zawodowego Anestezjologów motywem przewodnim była emigracja. – To anestezjology jako pierwsi zaczęli wyjeżdżać, by pokazać, że polscy lekarze są dobrzy i tym samym przetrarli ścieżki innym specjalistom – mówił Jarosław Pinkas, wiceminister zdrowia. – Mam jednak nadzieję, że teraz zaczną wracać i zdobyte tam doświadczenie wykorzystają w Polsce.

Jednak lekarze nie byli już tacy optymistyczni. Podczas wystąpienia zatytułowanego „Czy anestezjology mają powody do frustracji” prof. Leon Drobik, przewodniczący związku, przekonywał, że nie mają. – Przecież żyjemy krócej, więc wizja starości nas nie przeraża, świetnie zarabiamy, ganiając od szpitala do szpitala i usypiając kilku pacjentów jednocześnie, więc nie mamy trosk materialnych, a nasza praca jest doceniana – mówił wzbudzając u zgromadzonych szczery śmiech. Już na poważnie przedstawił 3 postulaty, które koniecznie muszą zostać spełnione, by powstrzymać emigrację lekarską.

Po pierwsze, muszą istnieć zachęty ekonomiczne (nie tylko wyższe płace, ale np. możliwość wzięcia preferencyjnego kredytu). Po drugie, trzeba bezwzględnie przestrzegać bezpiecznych standardów znieczulania (jeden lekarz usypia jednego pacjenta na raz, i to przy użyciu nowoczesnego sprzętu). Po trzecie, medycy domagają się możliwości rozwoju zawodowego.

Kierunki migracji

Jak pokazały badania Joanny Leśniowskiej, doktorantki SGH, najwięcej lekarzy-anestezjologów wyjechało do Wielkiej Brytanii, Holandii, Hiszpanii i Finlandii oraz Irlandii. Warto też zauważyć, że ostatnio Niemcy bardzo aktywnie poszukują w Polsce lekarzy. A takie kraje, jak Hiszpania czy Szwecja nie wymagają nawet znajomości języka, bo fundują kursy językowe. Zarobki są nieporównywalnie większe i – jak podkreślają ci, którzy na emigrację się zdecydowali – godziwą pensję zarabia się w innych krajach na 1 etacie. Według danych Ministerstwa Zdrowia do tej pory wyjechało ok. 3 proc. wszyst-

kich lekarzy (zdecydowaną większość stanowią właśnie anestezjology) i ok. 5 proc. dentyków. Wg ankiety resortu już w tej chwili brakuje w całym kraju 1240 lekarzy tej specjalności. Efekty emigracji lekarskiej widać także wśród studentów – brakuje chętnych na odbycie specjalizacji. Dramatyczna sytuacja jest np. w Szczecinie.

– Jeszcze w grudniu ubiegłego roku mieliśmy dziesięciu chętnych na siedem miejsc i trzech musieliśmy odrzucić, a wcześniej pięciu chętnych na jedną rezydenturę. Musieliśmy wystąpić do ministerstwa o cztery dodatkowe miejsca – mówił „Gazecie Wyborczej” dr hab. Romuald Bohatyrewicz, wojewódzki konsultant anestezjologii.

1 czerwca powołana przez wojewodę komisja anestezjologiczna miała wyłonić rezydentów na pięć wolnych miejsc. Maciej Mrożewski, członek komisji z Okręgowej Izby Lekarskiej, był zaskoczony, gdy przyszły zaledwie dwie osoby. – To zawód poszukiwany na całym świecie, ciężki, ale prestiżowy. Jestem pełen obaw, bo anestezjology są w Europie szczególnie hołubieni. Co zrobimy jak nam ich zabraknie? – zastanawia się. Kolejnym problemem jest coraz bardziej odczuwana w szpitalach emigracja pielęgniarek anestezjologicznych.

Pętla na własne życzenie?

Najgorętszą dyskusję wywołała wśród lekarzy sprawa rozporządzenia o standardach anestezjologicznych (rozp. z 27 II 1998 r.). Warto tylko pokrótce przypomnieć, że udało się je uchwalić dopiero po trwających 40 dni strajkach anestezjologów – chyba najbardziej znanym i najgłośniejszym protestie tej grupy zawodowej (jeden z jego przywódców dr Przemysław Jakubowski dziś pracuje w Holandii). Ale wróćmy do rozporządzenia. Zgodnie z jego zapisami anestezjolog może znieczulać tylko jednego pacjenta jednocześnie, i to w obecności pielęgniarki anestezjologicznej. W dodatku pacjent powinien być zbadany przez anestezjologa co najmniej na 24 godziny przed planowanym

zabiegiem. Jednak nadal w wielu placówkach zdarzają się przypadki znieczulań na kilku salach operacyjnych, i to bez obecności pielęgniarki. – Żeby się zachowywać zgodnie z tymi standardami, trzeba czasem postawić się nie tylko chirurgowi, ale też dyrekcji szpitala – mówiła Teresa Korta z II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii z AM w Warszawie. – Warto to zrobić, bo w razie jakichkolwiek problemów to my będziemy ponosić odpowiedzialność, a nie dyrektor, który nam każe być przy kilku operacjach – przestrzegała kolegów. Tu jednak pojawiło się wiele głosów domagających się zmiany rozporządzenia. – Te standardy powodują, że sami sobie włożyliśmy pętlę na szyję – mówił Ryszard Pertyński z Częstochowy. – Zostały one obliczone na warunki kliniczne, ale jak np. zbadać pacjenta na dobę przed zabiegiem w przypadku chirurgii jednego dnia?

A dla wielu lekarzy nierealne, chociażby z powodu braków kadrowych, jest znieczulanie tylko na jednej sali.

Drakońska biurokracja

Środowisko anestezjologów zwracało także uwagę na problemy, z którymi tak naprawdę borykają się i inni lekarze, m.in. zbytnią biurokracją. „Zamiast być przy chorych, musimy wypełniać tony papierów” – to jedno z najczęściej powtarzanych zdań. Kolejnym problemem jest także brak oddziałów dla pacjentów w śpiączce czy wymagających monitorowania. – Mamy zdecydowanie za mało łóżek OIT, są również problemy z ruchem między oddziałami – potwierdza prof. Drobik. – Ale tak naprawdę na co dzień dokucza nam bezsilność, bo ciągle brakuje sprzętu i leków, które przecież ratują życie.

Agnieszka Katrynicz

PS. Podczas konferencji poświęcono także dużo miejsca koszykowi świadczeń gwarantowanych. Wobec zapowiedzi o jego ogłoszeniu pod koniec czerwca zdecydowaliśmy się poświęcić temu problemowi oddzielny tekst.

Aleksander Stanek, chirurg pracujący w Irlandii Północnej: *Politycy potrzebują odwagi, żeby wprost powiedzieć, na co nas stać za taką składkę, jaką mamy. Trzeba poprawić finansowanie służby zdrowia, zacząć normalnie płacić lekarzom. I wtedy dużo od nich wymagać.*

Niczego nie narzucamy

Z Markiem Czarkowskim
przewodniczącym Ośrodka Bioetyki NRL
rozmawia Marek Stankiewicz

• *Bioetyka pojawia się zwykle wtedy, gdy zachodzi obawa, że godność człowieka poddawanego procedurom zaawansowanej medycyny może zostać naruszona. Kogo tak naprawdę obchodzi dzisiaj bioetyka?*

– Powinna obchodzić wszystkich. Jako przedmiot zainteresowania dotyczy lekarzy, badaczy, pacjentów i uczestników eksperymentów medycznych. Doświadczenia historyczne przypominają, że utworzenie niezależnej instytucji oceniającej badania i eksperymenty medyczne, a także etyczne aspekty postępowania lekarskiego, może zapobiec rażącym naruszeniom godności osoby ludzkiej.

• *Bioetyka to instytucja czy coś, co siedzi gdzieś głęboko w naszych sercach i sumieniach?*

– Bioetyka to wypadkowa naszej wiedzy i podejścia do pacjenta. W naukach medycznych jest sporo zagadnień, które wymagają precyzyjnego rozpatrzenia wszystkich za i przeciw. Wspomnę choćby tylko o zagadnieniach związanych z początkiem życia czy postępowaniu w eksperymentach z udziałem dzieci lub osób ubezwłasnowolnionych. Na przykład – nie chcielibyśmy narażać dzieci na ryzyko eksperymentu medycznego, ale jak bez badań zapewnić im najlepszą, zgodną z najnowszą wiedzą opiekę medyczną? Potrzebujemy więc określenia zasad i norm postępowania. Takie wytyczne są wynikiem żmudnych środowiskowych konsultacji i kompromisów, szanujących godność osoby ludzkiej.



foto: Marek Stankiewicz

• *Uważa pan, że dylematy moralne można zadekretować?*

– Można, ale tylko w tych przypadkach, kiedy wszyscy akceptują normy. Kiedy zaś pojawiają się rozbieżności lepiej dyskutować i przekonywać się nawzajem, niż próbować zamiatać problem pod dywan. Jedno jest pewne. Gdyby skomplikowane problemy bioetyczne były możliwe do rozwiązania tylko w oparciu o wyniesione z domu rodzinnego i środowiska wychowanie, nikt nie studiowałby tych zagadnień w setkach wyższych uczelni na świecie. Postęp medycyny stwarza dylematy moralne, nad którymi pochylają się najcięższe światowe umysły. Chciałbym, aby lekarze praktykujący z dala od ośrodków akademickich też mogli zapoznać się z tymi zagadnieniami. Pomocnym narzędziem jest Internet. Zamierzamy z niego korzystać.

• *Czy po to powołano Ośrodek Bioetyki NRL?*

– Także, ale teraz koncentrujemy się na eksperymentach medycznych. W Polsce działa ponad pół setki komisji biotycznych, w których udziela się kilkadziesiąt osób. Jeśli dodamy do tego lekarzy-badaczy, to jest to już parotysięczne środowisko. Zależy nam, aby Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej przyczyniał się do utrzymania wysokich

norm postępowania i podniesienia stanu świadomości. Bioetyka w mediach, to jeden wielki gorący spór. Ale komisje bioetyczne zajmują się szarą, zwykłą codziennością, np. rozstrzygają, kogo badaczowi wolno włączyć do eksperymentu medycznego, czy projektowany eksperyment jest w ogóle możliwy do realizacji z etycznego punktu widzenia, czy pacjenci nie będą narażeni na niepotrzebne ryzyko, czy rekrutacji pacjentów nie towarzyszy nieetyczna kampania reklamowa lub niedozwolone zachęty.

• *A co wiadomo o działalności i potrzebach polskich komisji bioetycznych?*

– Na razie wiemy niewiele, a w skali kraju prawie nic. Pewnie dowiemy się, kiedy opracujemy wyniki ankiety, którą właśnie rozesyłaliśmy. Interesuje nas ich zakres działania, bowiem tak naprawdę nikt nie wie ile w Polsce rocznie przeprowadza się eksperymentów medycznych. Podejrzewam, że niefortunna nowelizacja Prawa Farmaceutycznego spowodowała skokowy wzrost kosztów działania komisji bioetycznych. Tych informacji potrzebują przede wszystkim same komisje.

• *Jak to wygląda w innych krajach?*

– W wielu krajach istnieją narodowe centra bioetyki. To one gromadzą infor-

macje i przygotowują wytyczne. W Polsce takiej instytucji nie ma. Wielu szczytowych problemów nie dostrzega także polskie prawo. Jestem przekonany, że dziś praca członków polskich komisji bioetycznych jest trudniejsza i bardziej odpowiedzialna niż w innych krajach. Chciałbym, aby Ośrodek Bioetyki ułatwiał pracę komisjom. Po co powiełać te same zadania? Na przykład pomocna może okazać się elektroniczna baza danych. Zapewnia bieżący nadzór nad dokumentacją, terminowość pracy ekspertów, pomaga przygotować roczne sprawozdania.

• *Nie ma pan wrażenia, że w komisjach bioetycznych zasiadają ludzie z łapanek?*

– Mam nadzieję, że nie. W dużych, okręgowych izbach lekarskich są to na ogół osoby nie związane z badaczami, którzy zwracają się do nich z wnioskami. W innych komisjach może się zdarzyć, że podwładny-członek komisji będzie oceniał projekt swojego zwierzchnika. Życie stawia przed członkami komisji trudne zadania. Proszę również pamiętać, że komisje biotyczne utrzymują się wyłącznie z opłat za wydane opinie o projektach eksperymentów medycznych. Nie otrzymują one żadnych dotacji z okręgowych izb lekarskich. W tym znaczeniu komisje bioetyczne są w izbach wyjątkiem.

• *Co z tych rozważań mają lekarze praktykujący z dala od ośrodków klinicznych, do których przychodzi zwykły człowiek ze swoim cierpieniem lub nieszczęściem?*

– Bioetyka to również kontakt z pacjentem. Wkrótce wydamy przewodnik dla badacza pt. „Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym”. Wyjaśnimy w nim m.in. dlaczego lekarz nie powinien narzucać swojej woli, a powinien wsłuchać się w argumenty drugiej strony. Podobne problemy towarzyszą relacjom lekarz – pacjent. Pacjent ma wiele dylematów, np. dlaczego po dwóch tygodniach skutecznej terapii z powodu nadciśnienia ma nadal przyjmować lek. Lekarz powinien być świadom, że laik może rozumować w sposób całkowicie odległy od klasycznego myślenia lekarskiego. Zadaniem medycyny jest nie tylko leczyć, ale również wyjaśniać, a przede wszystkim nie zgubić człowieka i dostrzegać w nim partnera.

m.czarkowski@hipokrates.org



Bunt białych niewolników



Fotoreportaż
Marka
Stankiewicza





foto: Marek Stankiewicz

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 25 V 2007

Prezydium NRL zgłosiło uwagi do projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie badania **czytelności ulotki**. Zauważono, że informacje dotyczące poszczególnych leków są w Polsce od lat rozwiązywane niewłaściwie. I to zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i lekarza. Ulotki zawierają ogromną ilość informacji zupełnie nieprzydatnych i niezrozumiałych dla pacjenta, a brak w nich natomiast – z reguły – szczegółowych informacji praktycznych. Objawy niepożądane są wyliczane bez uwzględnienia rzeczywistego stopnia zagrożenia. Podkreślono też negatywny fakt, że lekarz, wypisujący receptę na dany lek, jest praktycznie pozbawiony doraźnego dostępu do ulotki.

Prezydium NRL zaopiniowało projekt ustawy o **zawodzie farmaceuty**. Poparło ideę uregulowania zasad wykonywania zawodu farmaceuty w odrębnym akcie prawnym, podobnie jak ma to miejsce w przypadku zawodów lekarza i lekarza dentystry czy pielęgniarki i położnej. Zdaniem Prezydium projektowane rozwiązania wymagają dalszego dopracowania zwłaszcza w części odnoszącej się do zakresu pojęcia „opieka farmaceutyczna”. Definicja ustawowa z natury rzeczy lakoniczna, a przez to niedostatecznie precyzyjna, powinna zostać rozszerzona poprzez rozbudowanie przepisu ustawy i przewidzenie wydania rozporządzenia, niezbędnego przede wszystkim dla określenia szczegółowego zakresu opieki farmaceutycznej, jak również ustalenia granic współpracy między lekarzem i farmaceutą.

Prezydium NRL zgłosiło uwagi do projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **algorytmu podziału środków na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego pomiędzy poszczególne województwa**. Stwierdzono, że przedstawiony algorytm podziału środków finansowych nie uwzględnia zwiększenia

liczby osób w poszczególnych miejscowościach: będących miejscami wypoczynku w miesiącach letnich (turyści) lub w miastach będących ośrodkami uniwersyteckimi, w których w miesiącach październik-czerwiec następuje znaczne zwiększenie liczby mieszkańców (studenci spoza danego regionu). Nie uwzględniono też zdarzeń losowych będących katastrofami.

Prezydium NRL – 11 VI 2007

Prezydium NRL przyjęło stanowisko w sprawie **aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia**. Z oburzeniem i niesmakiem przypominało beztroskie działania funkcjonariuszy Centralnego Biura Antykorupcyjnego nadające akcji w sprawie lekarza kryptonim „Mengele” czy masowe przejmowanie dokumentacji medycznej w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie. Prezydium z niepokojem obserwuje sposób prowadzenia niektórych postępowań w sprawach domniemanego nieprawidłowego postępowania lekarzy. Stanowczo zaprotestowano przeciwko takim praktykom. Prezydium wyraża nadzieję, że Polska jest demokratycznym państwem poszanowania prawa i człowieka. Prezydium NRL wzywało do zaprzestania ataków na środowisko lekarskie oraz zaapelowało do władz państwowych o poważne potraktowanie postulatów lekarzy i niezwłoczne przystąpienie do uczciwych rozmów z przedstawicielami strajkujących.

NRL – 22 VI 2007

NRL zajęła stanowisko w sprawie **ustawicznego rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystrów**. Zwrócono się do władz Rzeczypospolitej Polskiej o uporządkowanie systemu rozwoju zawodowego lekarzy zgodnie z dobrze pojętym interesem społecznym. NRL stwierdza, że konieczny jest udział samorządu lekarskiego w przygotowywaniu i realizacji odpowiednich regulacji dotyczących rozwoju zawodowego na wszystkich etapach ich powstawania oraz funkcjonowania.

NRL stwierdza, iż **niezbędne jest dokonanie nowelizacji ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry w zakresie definicji wykonywania zawodu**

lekarza i uznanie, iż lekarze zatrudnieni w Narodowym Funduszu Zdrowia, sprawujący nadzór lub prowadzący kontrolę nad czynnościami zawodowymi innych lekarzy, wykonują w czasie tego zatrudnienia zawód lekarza.

NRL zajęła stanowisko w sprawie niezbędnych zmian legislacyjnych w zakresie **wynagradzania lekarzy rezydentów oraz lekarzy stażystów**. NRL stwierdza, że wobec nieobjęcia lekarzy rezydentów oraz lekarzy stażystów podwyżkami wynagrodzeń, wprowadzonymi ustawą z 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcy na wzrost wynagrodzeń, konieczne jest dokonanie zmian w rozporządzeniach ministra zdrowia. Wynagrodzenie lekarza rezydenta wynoszące 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia powinno zostać ustalone w wysokości co najmniej 200%, a wynagrodzenie lekarza stażysty określone w § 5 ust. 4 rozporządzenia o stażach na 1403 zł miesięcznie powinno wynosić co najmniej 150% średniej krajowej.

NRL podjęła decyzję w sprawie wystąpienia z wnioskiem **do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności przepisów ustawy z 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej** z zapisami Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

NRL podjęła decyzję w sprawie wystąpienia z wnioskiem **do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności ustawy z 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych** z zapisami Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Wybrano:

Annę Lellę na stanowisko wiceprezesa NRL.

Zdzisławę Annusewicza na stanowisko członka Prezydium NRL.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w konferencji uzgodnieniowej nt. nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
- List do Henryka Owczarka, prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych – zapytanie o stanowisko Krajową Radę Diagnostów

Laboratoryjnych w sprawie zniesienia finansowania z budżetu państwa szkoleń specjalizacyjnych lekarzy i lekarzy dentystrów, odbywanych w ramach rezydentury.

- Udział w VII Kongresie Medycyny Rodzinnej w Szczecinie.
- Objęcie patronatem honorowym II Kongresu Naukowo-Szkoleniowego Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran.
- List do Zbigniewa Religi, ministra zdrowia – prośba o dokonanie nowelizacji rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez uzupełnienie o sposób wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.
- Udział w posiedzeniu Rady Nadzorczej SKOK IL.
- Udział w prezentacji polskiego konsensusu dot. postępowania w uzależnieniu od palenia tytoniu.
- Udział w spotkaniu prezesów lekarskich towarzystw naukowych.
- Udział w posiedzeniu Krajowego Komitetu na rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia.
- Udział w posiedzeniu Komitetu Strajkowego OZZL.
- Udział w manifestacji ulicznej zorganizowanej przez Komitet Strajkowy Centralnego Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha.
- Spotkanie z wicemarszałkiem Senatu RP M. Płażyńskim.
- Udział w spotkaniu w Agencji Oceny Technologii Medycznych z zagranicznymi ekspertami nt. sposobów ustalania koszyka świadczeń gwarantowanych.
- Spotkanie z doradcą Prezydenta ds. ochrony zdrowia T. Zdrojewskim.
- Udział w posiedzeniu Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME) w Mondorf les Bains.
- Udział w marszu protestacyjnym środowisk medycznych.
- Udział w konsultacjach z prezesem NFZ A. Sośnierzem, wiceministrem zdrowia B. Piechą, wicepremierem P. Gosiewskim i premierem J. Kaczyńskim.
- Udział w posiedzeniu połączonych Komisji Zdrowia Sejmu i Senatu nt. aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia.

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

U stomatologów



Po raz drugi przedstawiamy Państwu rubrykę „U stomatologów”. Pierwszą rozpoczął swoim artykułem Andrzej Fortuna. Życie bywa okrutne i dziś Andrzeja nie ma już wśród nas... Obecny jest w naszej pamięci i wspomnieniach, których garść zamieszczamy. Napisali je Jego koledzy i przyjaciele. Z potrzeby serca. Nie musieli. Chcieli...

Ale życie toczy się dalej. Doczekaliśmy się ważnego pisma od prezesa Andrzeja Sośnierza. Warto się z nim zapoznać. Być może jest zapowiedzią prawdziwych zmian w finansowaniu kontraktów stomatologicznych. Niewątpliwie na postępowanie NFZ będzie miała wpływ decyzja UOKiK. Szczegółowo piszemy jak do niej doszło.

Warto zapoznać się także z re. eksjami Haliny Porębskiej na temat znaczenia ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry dla nas, stomatologów. Przy okazji stworzył się dwugłos o praktyce dentystrycznej „na wezwanie”. Piszą o niej koleżanki Porębska i Pacholec.

Zachęcam do lektury tych i innych artykułów. Wdzięczny będę za uwagi Państwa na temat naszej rubryki, a także propozycje tematów, którymi powinniśmy się zająć.

Andrzej Baszkowski

Polskie stomatologiczne ZOO

Podczas majowego posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia poświęconej zagadnieniom opieki stomatologicznej w Polsce padł przykład, jak to szwedzcy dentyści przyjechali do Polski oglądać próchnicę u małych dzieci, ponieważ u nich taka jednostka chorobowa nie występuje.

Badania epidemiologiczne przytaczane podczas spotkania podają, że jesteśmy najgorsi w Europie pod względem profilaktyki próchnicy. Ponad 86 % dzieci w wieku do 6 lat ma próchnicę.

Tematem spotkania były „Świadczenia stomatologiczne jako element opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki”. Jego uczestnikami, poza posłami – członkami Komisji, byli: przedstawiciele NFZ z prezesem Andrzejem Sośnierzem, główny specjalista w Wydziale Stomatologii w Departamencie Polityki Zdrowotnej z Ministerstwa Zdrowia, zaproszeni konsultanci krajowi z poszczególnych dziedzin stomatologicznych oraz przedstawiciele KS NRL.

Posłowie w dyskusji odnosili się do otrzymanego przed spotkaniem materiału informacyjnego opisującego wydatki na stomatologię oraz analizę stanu uzębienia Polaków.

W roku 2006 NFZ wydał na leczenie stomatologiczne 1 017 026 000 zł, podpisano około dziewięć i pół tysiąca umów kontraktowych. Suma asygnowana na te świadczenia zdrowotne stanowi 2,9% ogółu środków finansowych zaplanowanych na opiekę zdrowotną. Na podstawie danych szacunkowych NFZ podał, że tylko 3,9% środków stomatologicznych przeznaczono na profilaktykę dzieci i 13,5% na leczenie ogólnostomatologiczne dzieci. Sumując, 17,4 %

środków NFZ jest wydatkowanych na leczenie dzieci, a pozostałe to koszty leczenia dorosłych.

Posłowie zauważyli, że stan zdrowia jamy ustnej dzieci polskich jest katastrofalny, podjęli debatę czy przyczyną problemu jest brak dostatecznych środków finansowych czy może niewłaściwe lokowanie dotychczasowych.

Prezes NFZ Andrzej Sośnierz przyznał, że środki limitowane na stomatologię są z roku na rok malejące w stosunku do PKB. Dodał, że obecne finansowanie usług stomatologicznych to fikcja. Skomentował, że aby sytuacja mogła ulec poprawie, nakłady na opiekę dentystryczną powinny być nawet podwojone. Jednocześnie dodał, że Fundusz stoi pod naporem innych grup roszcujących, wskazując głównie na żądania protestujących szpitali.

Usłyszeliśmy różne koncepcje rozwiązania problematycznej sytuacji, m.in. próba odtworzenia sieci gabinetów szkolnych czy zakup 16 „dentobusów”, po jednym dla każdego województwa. Wielokrotnie padały słowa, że wszystkiemu winny jest brak nadzoru wydawanych środków. Tak więc szukając pomysłu na ozdrowienie kryzysu nade wszystko proponowano wzmocnienie kontroli wydatkowanych pieniędzy, jako rozwiązanie leczące obecną sytuację.

Anna Lella

Andrzej Janusz Fortuna

Zgodzą się ze mną ci, którzy Go znali, jak i ci, którzy mieli kiedykolwiek okazję zetknąć się z Nim, chociaż przez chwilę, że był to człowiek niezwykle. Otwarty i przyjacielski, tryskający radością życia, komunikatywny i pozytywnie nastawiony do wszystkich.

Był inicjatorem nawiązania i rozwoju współpracy z wieloma europejskimi i pozaeuropejskimi organizacjami stomatologicznymi.

Nieprawdopodobnie pracowity i dokładny, zawsze był doskonale przygotowany od strony fachowej i prawnej do wszystkich zadań, których się podejmował. Znajdował ludzi i rozdawał zadania, czasami trudne do wykonania, nie raz nie do końca dla wielu mniej wtajemniczonych zrozumiałe, które jednak prowadziły, nieraz krętymi drogami, zawiłości dyplomatycznych i politycznych, do prześlanego celu. Nie zawsze osiąganego, ale z pewnością mozolnie przecierającego świadomość rządzących i trudne szlaki reformowanej, nie zawsze mądrze, ochrony zdrowia. Miał głęboko przemyślane i dalekosiężne plany działań, jakie należało podjąć i przeprowadzić po to, aby naszemu zawodowi stworzyć właściwe podstawy funkcjonowania, a samorządowi przysporzyć siły i autorytetu.

Wielkie, merytorycznie doskonale przygotowane, zaangażowanie Andrzeja w rozwiązywanie problemów zawodowych oraz budowę wspólnego samorządu lekarzy i lekarzy stomatologów, uwzględniającego i szanującego jednak odrębność i zdecydowane niekiedy różnice interesów stomatologów, w wielu aspektach naszej działalności zawodowej sprawiły, że zdobył uznanie i wielki autorytet w całym środowisku

medycznym w Polsce, ale także poza jej granicami.

Wieloletnia praca u podstaw i niezwykle osobowość oraz ogromne zaangażowanie sił intelektualnych i fizycznych oraz czasu Andrzeja sprawiły, że wiele problemów stomatologicznych zaczęło być postrzeganych w zupełnie innym niż dotąd świetle. Pisał, analizował, rozmawiał i tłumaczył. Wszędzie, gdzie tylko dotarł, a docierał prawie wszędzie. Przedstawiał na schematach, wykresach, w sposób obrazowy, przemawiający do tych, którzy niekoniecznie znając się na stomatologii i problemach organizacyjnych, chcieli skorzystać z ogromnej wiedzy, którą dysponował. Pracował tak prawie do końca, przygotowywał kolejne materiały, z których ostatniego nie mógł już sam przedstawić.

Jego odejście jest niepowetowaną szkodą dla całej polskiej stomatologii, ale i środowiska medycznego. Straciliśmy w Jego osobie, w sposób trudny do zastąpienia, wspaniałego lekarza stomatologa, wielkiego, merytorycznie bardzo sprawnego organizatora i oddanego orędownika samorządności zawodowej oraz przyjaciela wielu stomatologów w całej Polsce.

Jestem wdzięczny Panu Bogu za to, że dał mi szansę poznać, pracować i przyjaźnić się z Andrzejem. Cześć Jego Pamięci.

Wojciech Grabe

Było to gdzieś wiosną 1998 lub 1999 r., już ciepło. Jak zwykle spotkanie w NRL. Po godz. 18.00 zostali tylko stomatolodzy. Poszliśmy na kolację. Małgosia Kaczmar-ska mówi do mnie, co będziesz nosiła walizkę i płaszcz, daj do samochodu, śpimy w tym samym hotelu, to ci zawiozę. Do-

brze, wrzucam rzeczy do samochodu. Po jakiś 10 minutach w restauracji pojawia się Boluś Simon, a za nim Andrzej Fortuna, ale jakiś nieswój, w kurtce Bolka Simona. Pytamy, co się stało. Bolek mówi, że Andrzejowi zginął płaszcz. Jak to płaszcz? Był na wieszaku, a teraz nie ma. Pytamy Andrzeja: Sprawdzaleś, może jest w szafach? – Spraw-dzałem, odpowiada Andrzej, ale już wszyscy wyjechali, a w szafie jest jeden podobny, stalowy, ale ma inną podszewkę, w zieloną kratkę. Stalowy, zielona podszewka i szal przypięty do ramienia... – o Boże, to przecież mój płaszcz – myślę sobie. W tej chwili podejżdża Małgosia Kaczmar-ska. Biegnę wołając: – Małgosiu, otwieraj bagażnik! Andrzej, czy to twój płaszcz? Okazało się, że w ferworze wychodzenia ktoś położył zwinięty płaszcz Andrzeja na mojej walizce, a ja wpakowałam to wszystko razem do samochodu Małgosi. Andrzej oddycha z ulgą i mówi do mnie: – Wiesz jak to dobrze, że się znalazł, bo dostałem go od Basi i co ja bym jej powiedział... Nie martwił się tym, że zginął płaszcz, tylko co powie swojej żonie Basi – cały Andrzej...

Halina Ey-Chmielewska

Andrzeja osobiście poznałam w Rytrze, w malowniczo położonym hotelu „Perła Południa”, na konferencji szkoleniowej. Nasze rozmowy były od początku konstruktywne, co wcale nie znaczy, że zawsze byliśmy tego samego zdania. Andrzej miał dużą wiedzę i doświadczenie, którym chętnie się ze mną dzielił. W poprzedniej kadencji bardzo kompetentnie i uważnie ustosunkowywał się do moich uwag zawartych w notatkach służbowych (pełniłam wówczas funkcję sekretarza KS NRL). Miał zwyczaj odpowiadać na wszystkie e-maile i telefony. Wydawało mi się, że ma raczej krytyczny stosunek do mnie, dlatego wielkim zaskoczeniem dla mnie było zaproponowanie mi przez niego pełnienia funkcji sekretarza.

Posiadał wielką umiejętność łagodzenia napiętej nieraz atmosfery dyskusji zaskakującym dowcipem albo śmiesznym powiedzonkiem. Wszyscy pamiętają Jego: „Kochani, tylko spokojnie jak na wojnie...”

Uważam Go za wyjątkowego pracochlika i samorządowca. Zostanie w mojej pamięci na zawsze jako wspaniały szef i przyjaciel. I wielki miłośnik gór. Z zainteresowaniem słuchałam Jego opowieści o wycieczkach w góry. Kochał te swoje góry.

Mówił o ich pięknie, o tym jak tam wypoczywa i nabiera sił. Może tu tkwi tajemnica Jego umiejętności wypracowania sobie dystansu do spraw dotyczących się wokół?

Jolanta Szczurko

Zawsze było tak, że to On za nas wszystkich pisał, teraz my musimy napisać o Nim. Dni mijają, wspomnienia umykają, ale nie tu. Wierzę, że pamięć o tak wybitnej osobie nie zniknie jak o innych ulotnych zdarzeniach.

Był przede wszystkim zakochany w stomatologii polskiej, dla mnie przyjacielem, nauczycielem. Po prostu Mistrzem. Uczniów pozostawił po sobie wielu i to właśnie czyni Go mistrzem przez wielkie M. Jego zaangażowanie, pracowitość będzie trudna do zastąpienia. Ważne było też to, że się w tej ciężkiej pracy, pomimo wielkiego zaangażowania, nie zatracił bez reszty, a to dlatego, że zawsze sercem był przy najbliższych, przy Basi, z rodziną. Jednocześnie miał to szczęście być za swój wysiłek dostrzeżony i doceniony, powszechnie akceptowany, lubiany.

Dzielił się chętnie swoim doświadczeniem.

Wzór społecznika, zaraził następne pokolenie swoim przesłaniem.

Zawsze uśmiechnięty, żartowniś.

Tyle zalet... Chyba najbardziej ceniłam w Nim to, że potrafił zmienić zdanie. Nigdy nie parł ślepo naprzód, lecz wybierał rozsądny kompromis poprzedzony analizą sytuacji i czasu. Jak mówi stare chińskie przysłowie, siła i wielkość mędrca nie polega na jego stałości, lecz na zmienności wraz z upływem czasu. Taki właśnie był. Umiał słuchać, był otwarty i dawał się przekonać, gdy uznał słuszność poglądów innych.

Nie każdy ma szczęście spotkać w życiu taką postać, mentora i ciepłego kolegę, przyjaciela. My mieliśmy.

Anna Lella

Doktor Andrzej Janusz Fortuna – jak to nieraz w prywatnych dysputach opowiadał – przeszedł różne koleje losu. Odszedł od nas jako Przywódca – prawdziwy Autorytet, który był w stanie zjednoczyć różne opcje dla jednego celu. Robił to z pasją, wysoką klasą, najwyższą kompetencją i nieograniczonym oddaniem. Odszedł od nas – PRZEDWCZEŚNIE – w sile swej aktywności, z rozpoczętymi nowymi działaniami, którymi do ostatnich swych chwil kierował, a równocześnie przewidywał, że może być inaczej. Potrafił walczyć – zawsze z pogodą na twarzy. Potrafił rozmawiać i godzić się z argumentami! Trudno będzie wszystkie te cnoty gdzieś ponownie znaleźć...

Januszu – zła to była umowa, którą nam podałeś, że rok siedemdziesiąty jest Twoim wyzwaniem. Szczęściem pozostaniesz z nami, jak to sam do nas napisałeś...

Bartłomiej W. Loster

Andrzej był postacią wyjątkową, indywidualnością, jaka zdarza się niezmiennie rzadko. Kiedy wiedząc już o Jego odejściu otrzymałam SMS-a o znanej treści: – Odszedł od Was. Duchem będę z Wami – Andrzej Fortuna, nie zastanawiając się wiele odpowiedziałam Mu, bo wydawało mi się, że w jakiś sposób przeczyta tę odpowiedź. To taki odruch rozmowy z Andrzejem.

W początkach działalności izb mało miałam do czynienia z Andrzejem. Do Komisji Stomatologicznej NRL wszedł Wojtek Grabe i to on w swoim i moim imieniu przekazywał Andrzejowi koncepcje i pomysły, które od dawna dojrzewały w Gdańsku.

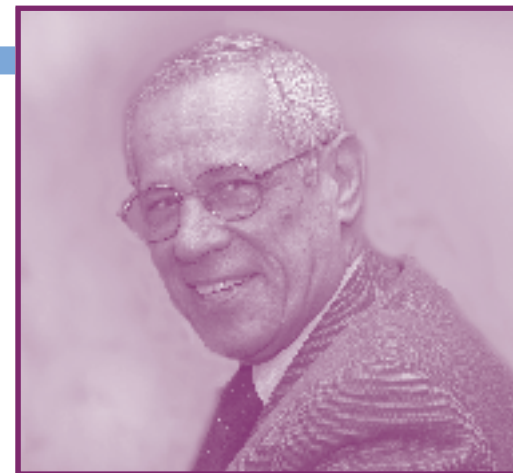
Uznaliśmy, że tak będzie lepiej, między innymi dlatego, że w tamtych czasach Andrzej nie cenił intelektu kobiet. Uważał po góralsku, że co tam baba wie. Dlatego zawarliśmy pakt z Wojtkiem G. i większość naszych wspólnych pomysłów i opracowań przedstawiał Andrzejowi Wojtek.

Kiedy poznałam Andrzeja bliżej, zastanawiałam się, co powoduje tę niewiarę w intelekt kobiecy. Tak sobie myślę, że oprócz tradycji góralskiej, bardzo silnie znaczonej, wpływ na to miał sposób bycia Andrzeja. Niejednokrotnie zdarzało się, że słuchał uważnie kogoś mówiącego, obserwując go z charakterystycznym przechyleniem głowy, po czym przerywał, mówiąc: – Pieprzysz stary jak ten baca, który... i tu następował doskonały, ale tłusty dowcip, rozbawiał obecnych i sprowadzał dyskusję do poziomu wesołej rozmowy. Otóż w stosunku do kobiet Andrzej-dżentelmen – nie potrafił w ten sposób mówić ani argumentować. Dlatego pewnie wołał dyskutować z mężczyznami. Dopiero znacznie później, w ostatnich dwóch latach Andrzej próbował zmienić zdanie o „babach” i nawet czasem mu się to udawało...

Andrzej pracował do ostatniej chwili swojej heroicznej walki o życie. Bardzo mnie wzruszył prośbą o odczytanie wykładu przygotowanego na konferencję z okazji 10-lecia uchwalenia ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Powiedział, że prosi mnie o to, bo brak mu już sił, a tylko my dwoje wiemy jak to się zaczęło.

To była jedyna skarga, jaką usłyszałam od Niego. Nawet swoją walkę o życie toczył pogodnie. I taki właśnie dzielny i pogodny pozostanie na zawsze w mojej pamięci.

Halina Porębska



fol. Marek Stankiewicz

W połowie marca 2007 odbyliśmy dłuższą rozmowę, po Jego wyjściu ze szpitala, oczywiście nie dotyczyło to Jego choroby, ani mojej, ale sytuacji w stomatologii polskiej. Nie mogę uwierzyć, że już nie ma Go pośród nas... Pozналиśmy się i polubili w latach osiemdziesiątych po zawieszeniu stanu wojennego. Przez wiele lat w nowo powstałej izbie przegadaliśmy noce i dnie na temat polskiej stomatologii.

Andrzej był moim przeciwnieństwem. On spokojny, opanowany, ja wybuchowy i kontrowersyjny. Choć czasem zdziwieni koledzy po naszych „występach” pytali: Czy to Fortuna Złopuszał, a Łopusz ZFortunia?

Tuż przed śmiercią był zdenerwowany działaniem niektórych kolegów, którzy chcieli zwiększyć ilość procedur płatnych przez Fundusz. Przypomniał mi jak w czasie działania kas chorych z Urzędu Nadzoru Kas Chorych wieźliśmy razem z Małgosią Kaczmar-ską wypożyczone dokumenty wózką do samochodu, aby opracowywać materiały dla Dyrekcji Kas Chorych. Po wielu godzinach pracy usnąłem, a gdy po paru następnych się obudziłem, On cały czas pracował – był bardzo pracowity, zawsze uśmiechnięty i gotów pomagać innym kolegom. Lubił też biesiadować, tańczyć i opowiadać dowcipy. Takim Go zapamiętam i myślę, że większość z nas.

Na koniec chcę przekazać testament Andrzeja, o którym ostatnio rozmawialiśmy, aby o nim pamiętali wszyscy stomatolodzy, bo stomatologia jest jedna, nie ma podziału na uczelnie, indywidualne praktyki i niepubliczne zakłady, tam pracują wszędzie nasi koledzy i trzeba im pomagać, tworzyć mocną autonomię, ale nie oddzielamy się od lekarzy. Walczmy o najprostszy system specjalizacji tak, aby każdy mógł ją zdobyć...

Ryszard Łopuch

Poznałem Andrzeja Janusza w początkach lat dziewięćdziesiątych na Zjeździe Chirurgów Szczękowo-Twarzo-

dokończenie na str. 18

Nagroda im. Andrzeja Janusza Fortuny

Abysmy o Andrzeju nie zapomnieli, chciałbym zaproponować ufundowanie nagrody im. Andrzeja Janusza Fortuny, dla osoby, która najbardziej przyczyni się do rozwiązywania problemów stomatologów. Byłby to miedzioryt autorstwa prof. Geta Stankiewicza zatytułowany „Nibelung po wizycie u stomatologa”... Nagroda byłaby wręczana raz do roku, w Rytrze, w czasie wesołej biesiady i wspomnień o Andrzeju. W skład kapituły wg mnie powinni wchodzić: przewodniczący i sekretarz KS NRL, ktoś z rodziny Andrzeja (żona bądź syn-stomatolog) i osoby najdłużej działające w izbach czyli Leszek Dudziński, Wojtek Grabe i inni. Komisje stomatologiczne OIL mogłyby zgłaszać po jednym kandydacie do nagrody podobnie jak członkowie kapituły. Oczywiście jeżeli będą inne pomysły, to bardzo dobrze. Chcę jednak przypomnieć, że od wielu lat nie udało nam się uczcić pamięci profesora Włodzimierza Józefowicza. Wszystkim przeciwnikom tej inicjatywy, którzy zechcą ją torpedować podnosząc duże koszty, chcę oświadczyć, że jako niepracujący rencista przyjmuję na siebie zakup proponowanej nagrody.

Ryszard Łopuch

Andrzej Janusz Fortuna

dokręcenie ze str. 17

wych w Pile. Już wtedy był niekwestionowanym liderem środowiska stomatologicznego. Rozumiał przemiany, jakie zachodziły lub miały nadejść. Doskonale poruszał się we wszelkich zawiłościach ustaw i rozporządzeń dotyczących funkcjonowania zawodów lekarskich i działalności samorządowej. W drugiej kadencji samorządu byliśmy wraz z Andrzejem i Haliną Porębską członkami Komisji Legislacyjnej NRL. To wtedy zasady wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry zostały po raz pierwszy zapisane w jednym akcie prawnym.

Spotykaliśmy się z Januszem (rodzina i przyjaciele częściej używali jego drugiego imienia) na licznych zjazdach i konferencjach w kraju i za granicą. Miałem przyjemność być z Nim na zjazdach ERO i FDI w Kolonii, Sewilli, Orlando, Brukseli. Zawsze pełen optymizmu i dbałości o pozycję Polski podczas tych spotkań.

Zabawna historia zdarzyła nam się wiele lat temu, podczas jednego z wyjazdów z grupą polskich lekarzy dentystrów do Szwajcarii. Mieszkaliśmy, nie dość, że w jednym pokoju, to jeszcze trafiło nam się małżeńskie łóżko. Miało ono wbudowany automat do masażu. Po wrzuceniu 1 franka łóżko rozpoczynało swoją pracę. Wspominaliśmy to często z

rozbawianiem. W ubiegłym roku podczas zjazdu techników dentystycznych w Augustowie zdarzyło nam się znowu mieszać podobnie. „Tu nas za franka nie wytrzepie” – stwierdził Andrzej, z charakterystyczną dla Niego góralską beznadziejnością.

Gdy w wieku, delikatnie mówiąc, bardzo zaawansowanym zacząłem się uczyć gry na saksofonie, miałem marzenie, żeby kiedyś zagrać dla kolegów podczas corocznych konferencji w Rytrze. Andrzej spełnił to marzenie. Wraz z kolegami z zespołu dwukrotnie graliśmy w Rytrze i wspominamy te nasze „występy” jako najsympatyczniejsze.

Przy różnych okazjach często powtarzał mi swoją maksymę: „Życie jest piękne”. Może to właśnie dzięki Jego entuzjizmowi i ciągłemu optymizmowi uwierzyłem, że tak właśnie może być. Ten Jego wielki apetyt na życie nie opuścił Go nawet w ostatnich latach, kiedy zmagał się z ciężką chorobą. Wciąż miał plany na przyszłość, wciąż chciał działać i „popychać do przodu” problemy polskich lekarzy dentystrów. Na kilka tygodni przed śmiercią odwiedziłem Go w szpitalu w Krakowie. Było już bardzo źle, a On mówił: „Żeby tak miał jeszcze rok, półtora. Tyle jest do napisania i zrobienia”.

Obaj mieliśmy wtedy świadomość, że widzimy się ostatni raz. Pożegnał mnie jak zawsze: „Do zobaczenia druhu”.

Widać w Niebie sprawy stomatologiczne źle stoją, skoro był tam potrzebny Ktoś tak niezwykle jak Andrzej Janusz Fortuna. I to w towarzystwie Zbyszka Żaka.

Pozostały wspomnienia o jednym z najważniejszych ludzi, jakich w życiu spotkałem. Zdjęcia, troszkę oficjalnej korespondencji i akwarela z motywem Jego ukochanych gór, którą dostałem od Niego do mojej nowej praktyki.

Do zobaczenia Przyjacielu.

Zbigniew Klimek

Andrzej każdemu mógł zaimponować. Mimo heroicznej walki z nieuleczalną chorobą zawsze był uśmiechnięty, pełen witalności i tytanicznie pracowity. Ktoś patrzący z boku mógł nawet nie domyśleć się, że rozmawia z człowiekiem bardzo chorym.

Wiedział, że jest bardzo źle. Ale traktował swoją chorobę jak wyzwanie, jak dodatkowy bodziec do działania.

Był bardzo wierzący. Był przekonany, że Jego tak długie życie z nowotworem to zasługa łask Ojca Świętego Jana Pawła II. Że to cud. Byłem z Nim na pielgrzymce w Rzymie. Byliśmy bardzo blisko Papieża. Widziałem, że Andrzej tę audycję bardzo przeżył.

O swojej chorobie rozmawiał ze mną bardzo otwarcie, z pełną świadomością. Mówił z gorzkim uśmiechem, że „oni nie wiedzą już jak mnie leczyć, bo z takim nowotworem ludzie tak długo nie żyją”. Ale wiedział też, że trwać tak bez końca nie może. Dlatego spieszył się. Chciał zrobić jak najwięcej dobrego. I zrobił ogromnie dużo.

Bardzo trudno mi mówić o Nim jak o nieobecny...

Konstanty Radziwiłł

Andrzeju, to wszystko spontaniczne wspomnienia Twoich koleżanek i kolegów. Zaproponowałem, żeby napisali o Tobie, jakim Cię pamiętają i jakim chcą Cię zatrzymać w swej pamięci. Nie spodziewałeś się? A jak napisałeś ten swój SMS, o którym pisze Halinka Porębska, to przecież kilka osób odruchowo Ci na niego odpowiedziało. Wcale się nie dziwię, bo byłem wśród nich...

Poznaliśmy się w izbie i ile to przeżyliśmy w tym samorządzie? Ile spotkań, zebrań, dyskusji, telefonicznych konferencji, kolacji i kameralnych wieczorów w hotelowych pokojach. Podziwiałem Cię, że tak wszystko pamiętasz: uchwały, rozporządzenia, ustawy. Że jak coś napisałeś, to człowiek miał pewność, że tak jest. Po prostu nie było na Ciebie siły!

Pamiętam ten nasz ostatni, wspólny obiad. Rozmawialiśmy o wszystkim. Tylko jak ognia unikaliśmy tematu Twojej choroby. Chociaż ona cały czas była razem z nami, obaj to czuliśmy. Miałeś żal, że trudno Ci było zdobyć leki dla siebie. Nawet Tobie. Mówiłeś też, że nie oglądałeś meczu w TV, żeby się nie denerwować, bo wątroba – wiadomo.

Ty nie oglądałeś meczu!... Śmialiśmy się obaj, ale w duchu czułem panikę: to już tak źle...

Teraz odszedłeś. Nie kiwnąwszy nawet ręką na pożegnanie. Jak to teraz ma być, Andrzeju? Po naszej jakiejś tam mniej udanej rozmowie w ministerstwie czy w funduszu byłem rozgoryczony i gotów wszystko rzucić, a Ty mnie pocieszałeś i powtarzałeś: Jędrusiu spokojnie, tak to z nimi jest, pamiętaj o swoim serduszk... A teraz co?

A co z tymi naszymi niespełnionymi marzeniami i nadziejami? Przecież chodziło nam nie tylko o sprawy czysto stomatologiczne. Byliśmy pewni, choć ostatnio może mniej, że dożyjemy czasu, kiedy powszechnie zapanuje ład, porządek, sprawiedliwość i zwykła przyzwoitość. Że moralność, godność chorego i biednego człowieka, szacunek dla kolegów, to nie będą puste słowa. Że kultura bycia i taktowne zachowania wrócą do łask. Pamiętasz jak nam tego brakowało? No i co Przyjacielu, zostawiłeś teraz to wszystko innym?

A ten często przeze mnie cytowany, a przez Ciebie wymyślony aforyzm, że stomatologia w Polsce jest niczyja. I to też chcesz tak zostawić? Przecież nic się nie zmieniło...

Wspominam te nasze rozmowy po śmierci bliskich, czasem aż ściskające gardło... I te o dniach i latach – jak sam mówiłeś – darowanych Ci przez Boga, bo przecież o swojej chorobie wiedziałeś wszystko. Na co dzień było jakby nigdy nic, ale tak naprawdę to ta niepewność sterczała cały czas obok. Jak Ty to wytrzymywałeś? Pamiętam i te sprawy, o których nie chcę mówić bez Twojej zgody...

Tyle wypowiedzianych słów i myśli w rozmowach bezpośrednich i jeszcze więcej w komputerowych listach. Lubieś pisać. Tylko to zostało.

Słowa łączą ludzi za życia, wspomnienia po śmierci.

To wcale nie powinno być tak!

Andrzeju!

Andrzej Baszkowski

Monopol NFZ skarcony przez UOKiK

Od początku istnienia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, tj. od 1999 r. wielkie emocje budziła wycena świadczeń zdrowotnych zakupywanych od świadczeniodawców – pierwotnie przez kasy chorych, a później przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W każdym rodzaju świadczeń, także w stomatologii, ceny w sposób oczywisty odbiegały od wartości rynkowych (oczywiście na niekorzyść świadczeniodawców), ale nikt – łącznie z płatnikiem, czyli Narodowym Funduszem Zdrowia – nie potrafił określić, jakie rzeczywiste koszty ponosi świadczeniodawca, a zatem jakie powinny być ceny płacone przez NFZ.

Wbrew swojemu ustawowemu obowiązowi ani kasy chorych, ani NFZ nigdy nie dokonali analizy tych kosztów i realnej wyceny świadczeń stomatologicznych, pomimo zdecydowanych działań i słanych monitów do NFZ, Ministerstwa Zdrowia i Sejmu przez ówczesnych wiceprezesów Naczelnej Rady Lekarskiej śp. Zbigniewa Żaka i Andrzeja Fortuny.

Wszystkie argumenty wysuwane wobec NFZ, a dotyczące zakupywania świadczeń po zaniżonych cenach, pozostawały w pewnym sensie gołosłowne – Centrala NFZ i oddziały wojewódzkie wiedziały, że ceny są za niskie i nie odpowiadają realnie ponoszonym kosztom, ale nikt nie umiał przedstawić konkretnych liczb, co było im na rękę.

Wobec takiego stanu rzeczy – na wniosek Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie – Naczelna Rada Lekarska zleciła niezależnym ekspertom sporządzenie opracowania pod nazwą „Kalkulacja kosztów jednostkowych podstawowych procedur stomatologicznych finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z uwzględnieniem wymaganego standardu” i uczyniła odpowiedzialnym za całokształt prac ze strony samorządu dr. Roberta Stępnia (pomysłodawcę całego procesu).

Opracowanie zostało przedstawione w październiku 2003 r.

W opracowaniu uwzględniono standardy usług stomatologicznych przygotowane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez zespół pod kierunkiem konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii ogólnej prof. Janiny Stopy w 1999 r. Standardy te zostały w tym samym roku przyjęte i opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia z zaleceniem ich stosowa-

nia przy kontraktowaniu świadczeń stomatologicznych przez kasy chorych. W omówieniu problemu posłużono się także rozporządzeniem ministra zdrowia i opieki społecznej z 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. W opracowaniu przyjęto minimalne koszty czynszu wg stawki 3,67 zł + VAT za 1 m², jaką ustaliła Rada Miasta Krakowa dla zakładów opieki zdrowotnej w budynkach stanowiących własność Gminy Miejskiej Kraków, a jako wynagrodzenie pracowników – średnią płacę w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Opracowanie to pokazuje realne koszty każdej z procedur, a osobne zestawienie przedstawia wzajemny stosunek kosztów procedury i maksymalnej ceny za procedurę ustaloną przez NFZ na rok 2004.

Przedstawienie sprawy było szczegółowe i obszernie (a także – co nie jest bez znaczenia – okazało się jedynym istniejącym), co nasunęło pytanie o możliwy sposób jego wykorzystania, tak aby nie stało się jedynie kolejnym dokumentem, który trafia do szuady dając izbie lekarskiej „moralną satysfakcję” z teoretycznego udowodnienia swoich racji.

Ponieważ z punktu widzenia obowiązujących przepisów prawa Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie nie ma uprawnień do występowania w imieniu świadczeniodawców – ani w trakcie zawierania umów z NFZ, ani też do występowania w ich imieniu do sądów powszechnych lub administracyjnych – jedynym możliwym rozwiązaniem było skierowanie wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK).

Wniosek skierowany przez OIL do UOKiK zmierzał do uzyskania decyzji prezesa UOKiK nakazującej Narodowemu Funduszowi Zdrowia zaniechanie praktyki monopolistycznej polegającej na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku poprzez bezpośrednie narzucanie nieuczciwych – rażąco niskich – cen przez NFZ w kontraktowaniu świadczeń stomatologicznych na rok 2004.

Zgodnie z przepisami wnioskodawca (w tym wypadku OIL) musiał wykazać interes prawny w złożeniu wniosku oraz **uprawdopodobnić naruszenie przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów**. Interes prawny OIL wywiedziony został z art. 4 ustawy o izbach lekarskich, zgodnie z którym zadaniem samorządu lekarzy jest reprezentowanie i ochrona zawodu lekarza, które to zadanie realizowane jest w szczególności w formie występowania w ochronie interesów indywidualnych i zbiorowych lekarza prowadzącego indywidualną lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, co oznacza, iż OIL zrzesza *de facto* potencjalnych świadczeniodawców.

Natomiast dla uprawdopodobnienia stosowania praktyki monopolistycznej użyta została następująca argumentacja: Narodowy Fundusz Zdrowia jest jedynym podmiotem w Rzeczypospolitej Polskiej, który zabezpiecza świadczenia zdrowotne ubezpieczonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i w tym celu zarządza publicznymi środkami finansowymi oraz zawiera w tym celu umowy ze świadczeniodawcami. W tym zakresie bezsporne jest, że posiada na rynku pozycję dominującą, co zresztą nie jest zakazane – zabronione jest jedynie jej nadużywanie. Zadaniem NFZ jest, między innymi, negocjowanie umów ze świadczeniodawcami, ich zawieranie i rozliczanie oraz kontrola wykonywania.

A teraz bieg wydarzeń.

25 września 2003 r. NFZ podjął uchwałę nr 220/2003 w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych od 1 stycznia 2004 r. oraz określenia przedmiotu konkursu ofert, warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz kryteriów oceny spełniania tych warunków.

Wkrótce potem, 13 listopada 2003 r. Zarząd NFZ podjął uchwałę nr 276/2003 w sprawie ustalenia cen maksymalnych za poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych stosowanych w procesie kontrak-

dokończenie na str.20

Monopol NFZ skarcony przez UOKiK

dokroczenie ze str. 19

tacji na 2004 r. **Wprowadzone ceny maksymalne za poszczególne rodzaje świadczeń określone zostały w załączniku do uchwały. W poz. 11 załącznika – leczenie stomatologiczne – maksymalną wartość punktu rozliczeniowego ustalono na kwotę 0,07 zł (siedem groszy).**

W ten sposób została ukształtowana przez NFZ cena świadczenia – jedna uchwała przypisała każdej z procedur wartość punktową, a druga określiła maksymalną cenę za punkt. Głównym zatem elementem kształtującym cenę procedury była wartość punktu – narzucona odgórnie przez NFZ.

Natomiast, na podstawie przywoływanego wyżej opracowania, wykazano, że ceny maksymalne procedur stomatologicznych ustalone przez NFZ w procesie kontraktacji na 2004 r. są średnio 2,6 razy niższe od rzeczywistych kosztów tych świadczeń.

Pierwszym sukcesem był fakt, że UOKiK postanowieniem z 8 marca 2004 r. w ogóle wszczął postępowanie na podstawie złożonego przez OIL wniosku.

W jego trakcie (3 lata!) NFZ i OIL w Krakowie wymieniły kilkanaście pism procesowych. W 2005 r. zaktualizowana została **Kalkulacja kosztów** według stanu na rok 2005, a także UOKiK z własnej inicjatywy przeprowadził dowód z opinii niezależnego biegłego na okoliczność stwierdzenia, jakie koszty jednostkowe procedur stomatologicznych powinny stanowić podstawę wyceny usług stomatologicznych.

Ponadto OIL przedstawiła dokument z **10 sierpnia 2006 r.** pod nazwą „Notatka podsumowująca etap rozmów prowadzonych pomiędzy NFZ a przedstawicielami NRL w sprawie ustalenia rzeczywistych cen świadczeń stomatologicznych i sposobu dochodzenia do tych cen”. Dokument sygnowany został przez prezesa NFZ oraz z-cę prezesa ds. finansowych oraz wiceprezesa NRL i dwóch członków Naczelnej Rady Lekarskiej. Z treści ww. dokumentu wynika, że Narodowy Fundusz Zdrowia przyjął za podstawę wyliczenia cen z opracowania pt. „Kalkulacja kosztów jednostkowych podstawowych procedur stomatologicznych finansowa-

nych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (z uwzględnieniem wymaganego standardu)”. **Jednocześnie strony sygnujące zawarte w dokumencie ustalenia zgodnie przyznały, że różnica (dla wszystkich rodzajów świadczeń) pomiędzy kwotami dotychczas płaconymi za dane świadczenie przez NFZ a realną wartością świadczeń wynosi średnio 259,47%, co oznacza, że średnio o taki procent winna wzrosnąć cena za świadczenie stomatologiczne, aby cena obejmowała rzeczywisty koszt świadczenia.**

OIL w Krakowie w trakcie trwającego procesu (3 lata) nie rozszerzyła wniosku na lata 2005-2006 ze względu na obawę, że postępowanie, które już trwało długo, będzie przedłużane w nieskończoność, a mniemanie to było uprawnione na podstawie przebiegu postępowania dotyczącego samego tylko roku 2004. Nie należało bowiem tracić z pola widzenia podstawowej przyczyny, dla której postępowanie zostało wszczęte, a mianowicie konieczności ochrony świadczeniodawców przed swego rodzaju wyzyskiem, którego dopuszcza się NFZ. Mógł się on zmieniać wyłącznie na skutek przymusu państwowego, tj. decyzji prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Ostatecznie 7 marca 2007 r. prezes UOKiK wydał decyzję nr 28/07, w której **uznał praktykę stosowaną przez NFZ**, polegającą na nadużywaniu pozycji dominującej na krajowym rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stomatologicznego w ramach powszechnego ubezpieczenia NFZ poprzez bezpośrednie narzucanie nieuczciwych, tj. rażąco niskich cen zakupu świadczeń zdrowotnych w procesie ich kontraktowania w roku 2004 i **za ograniczającą konkurencję** oraz stwierdził zaniechanie jej stosowania z dniem 1 stycznia 2005 r.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie pomimo osiągniętego sukcesu złożyła odwołanie od decyzji prezesa UOKiK do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zaskarżając ww. decyzję w zakresie stwierdzenia zaniechania z dniem 1 stycznia 2005 r. stosowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia praktyki monopolistycznej i wniosła o częściową zmianę decyzji w ten sposób, że w pkt. I uchylona zostanie teza, że NFZ zaniechał stosowania wyżej opisanej praktyki z dniem 1 stycznia 2005 r.

Zarzuty pozostawione rozstrzygnięciu dotyczyły naruszenia prawa materialnego (ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów) oraz błędnego ustalenia sta-

nu faktycznego, które nie znalazło uzasadnienia w prowadzonym postępowaniu dowodowym, a doprowadziło do stwierdzenia zaniechania stosowania praktyki monopolistycznej przez NFZ z dniem 1 stycznia 2005 r.

Zarzut postawiony NFZ we wniosku o wszczęcie postępowania dotyczył nadużywania pozycji dominującej na rynku poprzez narzucanie nieuczciwych, rażąco niskich cen. Istotą i najważniejszą cechą tej formy nadużywania pozycji monopolistycznej jest fakt narzucania przez podmiot dominujący nieuczciwych cen, a zatem takie działanie podmiotu dominującego, które polega na stawianiu strony słabszej w sytuacji przymusowej oraz wymuszaniu uczestnictwa w rynku na zasadach narzuconych, mniej korzystnych, niżby to wynikało z działania nieskrępowanych mechanizmów rynkowych w warunkach istnienia konkurencji. Natomiast wtórne znaczenie ma okoliczność, czy narzucanie miało charakter pośredni (oddziały wojewódzkie NFZ), czy też bezpośredni (decyzja prezesa NFZ).

Dla niniejszej sprawy oznaczało to, że wydanie tej treści decyzji byłoby uprawnione wyłącznie w sytuacji, gdyby prezes UOKiK stwierdził na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, że NFZ zaprzestał narzucania rażąco niskich cen zakupu świadczeń zdrowotnych w procesie ich kontraktowania na rok 2005.

OIL stoi na stanowisku, że **z dniem 1 stycznia 2005 NFZ dokonał jedynie zmiany sposobu narzucania rażąco niskich cen – z formy bezpośredniej na pośrednią, zatem ta sama praktyka monopolistyczna przyjęła inną formę.**

Ustalenie UOKiK nastąpiło na podstawie prostego założenia, że wydane przez prezesa NFZ Zarządzenie z 13 października 2004 r. nr 12/2004 w sprawie przyjęcia *szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie stomatologiczne* doprowadziło do zmiany sytuacji faktycznej – co nie jest prawdą.

Zmiana zasad kontraktowania świadczeń stomatologicznych na rok 2005 sprowadziła się do odstąpienia od bezpośredniego wskazania ceny maksymalnej za punkt rozliczeniowy zarządzeniem prezesa NFZ.

W to miejsce – jak stwierdzono w decyzji – negocjacje cenowe zostały przekazane do kompetencji oddziałów NFZ, co

jakoby doprowadziło do zaniechania stosowania praktyki monopolistycznej. Jednakże nie zbadano, **czy na skutek dokonanych zmian zaistniała faktyczna możliwość indywidualnego negocjowania cen w chwili zawierania umów na lata następujące po roku 2004.**

Jednakże swoboda działania dyrektorów oddziałów NFZ jest mocno ograniczona i de facto wykonują oni zadania, co do których decyzje zapadają w Centrali Funduszu. Taki był zresztą cel likwidacji kas chorych i powołania w to miejsce scentralizowanej instytucji jaką jest NFZ. Dlatego twierdzenie, że skoro negocjacje cenowe zostały z dniem 1 stycznia 2005 r. przekazane do kompetencji dyrektorów oddziałów, to automatycznie zakończyła się określona działalność monopolistyczna NFZ, jest niczym nie poparte.

Skoro prezes UOKiK w uzasadnieniu decyzji stwierdza, że „z ekonomicznego punktu widzenia powinna być to cena pokrywająca uzasadnione koszty produkcji i zawierająca pewien poziom zysku” – to winien wskazać na jakich ustaleniach oparł tezę, że ceny od 1 stycznia 2005 r. zmieniły się w taki sposób, że zaczęły spełniać wyżej opisane wymagania ekonomiczne.

Na dowód, że w 2005, 2006 oraz 2007 r. *de facto* nic się nie zmieniło, przedłożone zostały przykładowe załączniki do umów ze świadczeniodawcami zawierającymi umowę z Podlaskim Oddziałem NFZ, Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Białymstoku, Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ oraz Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, z których wynika, że cena za punkt rozliczeniowy w dalszym ciągu waha się od 0,05 zł do 0,079 zł. Dokumenty te, zebrane od różnych świadczeniodawców z różnych rejonów Polski, wskazują jednoznacznie, że teza zawarta w skarżonej części decyzji jest nieuprawniona.

W obecnej chwili sytuacja jest zatem tego rodzaju, że decyzja UOKiK jest decyzją nieostateczną, a o jej prawidłowości orzeknie wyrokiem Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Reasumując opisane wyżej w dużym skrócie trzyletnie postępowanie, które kosztowało wiele wysiłku i było niezwykle trudne także ze względu na jego finansowo-polityczną doniosłość, wyeksponować należy spodziewany i oczekiwany skutek wydanej decyzji – o ile oczywiście zostanie ona utrzymana w mocy przez sąd.

Otóż zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów umowy ze świadczeniodawcami za rok 2004 (a wobec złożonego odwołania być może również za lata następne) w części dotyczącej cen staną się nieważne. Praktycznie oznaczać to będzie dla świadczeniodawców możliwość dochodzenia zapłaty za wykonane usługi stomatologiczne w wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów.

Są to oczywiście prognozy, które w razie ich ziszczenia będą niosły za sobą poważne konsekwencje dla budżetu NFZ, **w szczególności gdyby tok sprawy wymagał dalszego prowadzenia jej przed instytucjami UE, po wyczerpaniu drogi prawnej na krajowym gruncie, do czego OIL Kraków się przygotowuje i zdeterminowana jest sprawę doprowadzić do końca.**

Droga jest kosztowna, wymaga czasu i wysiłku, ale niestety jest to jedyna droga do spowodowania, aby NFZ podjął trud analizowania rzeczywistych kosztów świadczeń zdrowotnych, nie tylko zresztą w zakresie stomatologii, ale we wszystkich innych rodzajach świadczeń. W konsekwencji być może doprowadzi to do sytuacji, w której usługi zdrowotne opłacane będą na zasadach rynkowych, tak jak dzieje się to w całym cywilizowanym świecie, a kiedyś niewątpliwie musi to też nastąpić i u nas.

Na zakończenie składam serdeczne podziękowania dr. Robertowi Stępniewi oraz mgr. Waldemarowi Styło za pomoc, której udzielili mi w trakcie prowadzonego postępowania. Szczególnie dziękuję dr. Stępniewi za energiczne wsparcie w tych momentach, kiedy wydawało się, że decyzja chyba już nigdy nie zostanie wydana, a który na początku tej długiej drogi obiecywał zwycięstwo, głęboko w nie wierzył i dotrzymał danego słowa.

W chwili, kiedy piszę te słowa, nie mogę już, niestety, osobiście podziękować śp. dr. Andrzejowi J. Fortunie za wszystkie merytoryczne uwagi jakie od Niego uzyskałam. Przynajmniej jednak w ten sposób i w tym miejscu chcę poinformować wszystkich czytających te słowa o Jego wielkim wkładzie w opisany sukces OIL w Krakowie.

Podziękowania należą się również tym wszystkim, którzy byli zaangażowani w toczący się proces, a których zbyt długa lista nazwisk nie pozwala na indywidualne przedstawienie.

mec. Agnieszka Nawara-Dubiel



Wyznacznik zdrowia i jakości życia

Zagadnienia dotyczące zdrowia jamy ustnej zostały zaprezentowane podczas ostatniego Światowego Zgromadzenia Zdrowia (Sixtieth World Health Assembly WHO, Genewa, 14-19 maja 2007) – zgromadzenia, na którym wszyscy ministrowie zdrowia oraz wyżsi rangą urzędnicy ze 191 krajów należących do WHO, spotykają się jeden raz w roku celem omówienia ważnych międzynarodowych spraw dotyczących zdrowia.

foto: Marek Stankiewicz

Zdrowie jamy ustnej i związane z tym zapobieganie innym chorobom było częścią tegorocznego planu (punkt 12.9 programu). Była to szczególna sposobność dla zawodu lekarza dentystry zwrócenia uwagi świata na kwestie zdrowia jamy ustnej.

Po raz pierwszy od roku 1981 temat zdrowia jamy ustnej omawiano na World Health Assembly.

Podczas tegorocznego kongresu delegacja FDI reprezentowana przez panią prezydent Michèle Aerden, planowała, że zgromadzenie zatwierdzi przygotowany projekt uchwały FDI. Dr Aerden przemawiając przedstawiła zgromadzeniu raport z zaleceniem zapewnienia, że punkty programu dotyczące zdrowia jamy ustnej uwzględnią niezbędne stwierdzenia. Wierzymy, że zaproponowana uchwała „Plan działania dla promowania zdrowia jamy ustnej i zapobiegania chorobom” będzie ważnym kierunkiem dla wszystkich naszych światowych starań mających na celu poprawę zdrowia jamy ustnej w nadchodzących latach. Musimy apelować do wszystkich krajów do podjęcia działań zmierzających do poprawy zdrowia jamy ustnej jako zagadnienia mającego najsilniejszy wpływ na dobrobyt i rozwój ekonomiczny. Zdrowie jamy ustnej nie może dłużej pozostawać zaniedbaną sferą zdrowia międzynarodowego! W tym kontekście, FDI i wszyscy członkowie mają kluczową rolę do spełnienia.

W wielu częściach świata alarmująco nasila się zachorowalność na schorzenia jamy ustnej, nie jest to tylko próchnica, ale i inne choroby, w tym onkologiczne.

Istotne jest zwrócenie uwagi na zdrowie jamy ustnej w połączeniu z profilaktyką powszechnie występujących zagrożeń takich jak palenie tytoniu, wysoki poziom konsumpcji cukru i niedostatecznej

higieny. Jednym z ważniejszych kierunków działań globalnej strategii WHO w zakresie profilaktyki i kontroli niezakaźnych chorób przewlekłych jest redukcja poziomu narażenia na główne czynniki ryzyka.

Co więcej, planowanie odpowiedniej ilości osób zatrudnionych i wzmocnienie systemu zdrowotnego w zakresie stomatologii stanowią niezbędną konieczność dostępności dla wszystkich. Uchwały FDI zwracają uwagę na te zagadnienia w wyczerpujący sposób.

Promocja zdrowia jamy ustnej jest strategią kosztowo efektywną redukującą ciężar możliwych do uniknięcia schorzeń ogólnych. Zdrowie jamy ustnej jest wyznacznikiem zdrowia ogólnego i jakości życia, ma ogromny wpływ na dobrobyt i ekonomię państw. W raporcie z sesji czytamy, że leczenie schorzeń jamy ustnej jest czwartym najbardziej kosztownym problemem leczniczym. Raport, po analizie wagi problemów związanych z chorobami jamy ustnej, określa ramową politykę i strategię dla poprawy zdrowia jamy ustnej.

Sześćdziesiąte Światowe Zgromadzenie Zdrowia po debacie nad raportem, przyjęło go bez zastrzeżeń, jak i zgłoszoną przez FDI rezolucję, nawet ją lekko rozbudowując. Popiera plan działania dotyczący poprawy zdrowia jamy ustnej na całym świecie i nakłania państwa członkowskie, aby zdrowie jamy ustnej było włączone do polityki zintegrowanego zapobiegania i leczenia chorób. FDI i jej komisje wspólnie z WHO i jej Globalnym Programem dotyczącym Zdrowia Jamy Ustnej zbadają sugestie dotyczące nowej rezolucji i uławią wprowadzenie ich w życie.

FDI – Światowa Federacja Stomatologiczna, pod przewodnictwem dr Michèle

Aerden, złożyła gratulacje z powodu przyjęcia planu działania w kwestii zdrowia jamy ustnej przez Światową Organizację Zdrowia podczas 60 Światowego Zgromadzenia Zdrowia. Uznała ten dzień za historyczny.

Dokument zatytułowany „Zdrowie jamy ustnej: plan działania dla promowania i zintegrowanego zapobiegania chorobom” będzie istotnym strategicznym i wspierającym narzędziem dla poprawy zdrowia jamy ustnej w nadchodzących latach. Plan działania w jasny sposób informuje międzynarodowe środowiska zdrowotne, że nie należy dłużej zaniedbywać chorób jamy ustnej. Istnieje natomiast potrzeba długotrwałej uwagi ze strony jednostek zaangażowanych w opiekę medyczną, zaangażowanie stron musi być silne, aby wprowadzić w życie przyjęte zalecenia WHO w tej kwestii.

„Gorąco namawiamy rządy by umożliwiły w równej mierze dostęp do przynajmniej podstawowej opieki stomatologicznej oraz profilaktyki wszystkim obywatelom.” – podkreśliła dr Michèle Aerden.

WHO i FDI oferują udzielenie technicznego wsparcia w celu wprowadzenia w życie opieki nad zdrowiem jamy ustnej w przystępnych cenach na wszystkich poziomach systemów opieki zdrowotnej.

Anna Lella

Światowa Federacja Stomatologiczna
www.fdiworldental.org

FDI jest ogólnosiątkowym, autorytatywnym i niezależnym głosem stomatologów. Reprezentuje blisko milion lekarzy dentyistów na świecie z ponad 130 organizacjami stowarzyszonych z ponad 125 państwami świata.

Zdrowie jamy ustnej

Plan działania dla promowania i zintegrowanego zapobiegania chorobom

Zwracając uwagę na ścisłą zależność pomiędzy zdrowiem jamy ustnej, zdrowiem ogólnym i jakością życia;

Podkreślając potrzeby włączenia programów promujących zdrowie jamy ustnej i profilaktyki chorób jamy ustnej w programy łączące profilaktykę i leczenie chorób przewlekłych; Będąc świadomym, że konieczność profilaktyki i kontroli chorób niezakaźnych została nakreślona w XI Ogólnym Programie Pracy na lata 2006-2015.

Doceniając rolę, jaką odgrywają centra współpracy ŚOZ, partnerzy i organizacje pozarządowe w poprawie zdrowia jamy ustnej globalnie,

1. WZYWA państwa członkowskie:

- (1) do przyjęcia środków zapewniających, że zdrowie jamy ustnej jest odpowiednio włączone w politykę zintegrowanej profilaktyki i leczenia chronicznych chorób niezakaźnych oraz politykę zdrowotną dotyczącą macierzyństwa i dzieci;
- (2) do podjęcia środków zapewniających, że propozycje oparte na dowodach będą wykorzystane celem odpowiedniego włączenia zdrowia jamy ustnej do strategii narodowych zintegrowanej profilaktyki i kontroli chorób niezakaźnych;
- (3) do rozważenia mechanizmów zapewniających ludności niezbędną opiekę w zakresie zdrowia jamy ustnej, włączenia zdrowia jamy ustnej w strukturę poszerzonej podstawowej opieki zdrowotnej w sytuacji chronicznych chorób niezakaźnych, i promowania dostępności do usług zdrowia jamy ustnej, które powinny być ukierunkowane na profilaktykę i promocję zdrowia u biednych i pokrzywdzonych przez los społeczeństw w ramach zintegrowanych programów dotyczących profilaktyki chronicznych chorób niezakaźnych;
- (4) które nie posiadają jeszcze dostępu do optymalnego poziomu uorku oraz ustalonych programów systematycznej uoryzacji, do rozważenia rozwoju i wdrożenia programów uoryzacji, przyjmując jako priorytet sprawiedliwe strategie, takie jak automatyczne podawanie uorku, na przykład w wodzie pitnej, soli lub mleku, oraz zapewnienie dostępności past do zębów z uorem;
- (5) do podjęcia kroków w celu zapewnienia, że profilaktyka onkologiczna jamy ustnej jest integralną częścią narodowych pro-

gramów onkologicznych, oraz do zaangażowania osób zawodowo związanych i zajmujących się zdrowiem jamy ustnej oraz personelu z odpowiednim wyszkoleniem w zakresie zdrowia jamy ustnej w wykrywaniu, wczesną diagnostykę i leczenie;

(6) do podjęcia kroków w celu zapewnienia profilaktyki chorób jamy ustnej kojarzonych z HIV/AIDS, promowania zdrowia jamy ustnej i jakości życia ludziom żyjących z HIV, włączając w te działania osoby zawodowo związane i zajmujące się zdrowiem jamy ustnej lub personel, który został specjalnie przeszkolony w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, i zapewniając podstawową opiekę zdrowotnej jamy ustnej, tam gdzie jest to możliwe;

(7) do rozwijania i wdrażania promocji zdrowia jamy ustnej i profilaktyki chorób jamy ustnej wśród dzieci w wieku przed-szkolnym i szkolnym jako część działań w szkołach promujących zdrowie;

(8) do rozważenia zdolności przygotowania personelu ds. zdrowia jamy ustnej, obejmującego higienistki dentystryczne, pielęgniarki i personel pomocniczy, zapewniając właściwe rozmieszczenie personelu pomocniczego na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej i zapewniając odpowiednią pomoc ze strony lekarzy dentyistów poprzez właściwe systemy skierowań;

(9) do rozwijania i wdrażania w krajach dotkniętych przez noma (zgorzelinowe zapalenie jamy ustnej, rak wodny) narodowych programów dotyczących kontroli tej choroby w ramach narodowych programów zintegrowanego postępowania z chorobami wieku dziecięcego, opieki macierzyńskiej oraz redukcji niedożywienia i ubóstwa, zgodnie z zatwierdzonymi międzynarodowymi celami rozwoju zdrowia, włącznie z tymi, które są zawarte w Deklaracji Tysiąclecia (Millennium Declaration);

(10) do włączenia systemu informacji o zdrowiu jamy ustnej w plany monitorowania zdrowia, tak aby cele dot. zdrowia jamy ustnej były zgodne z międzynarodowymi standardami, oraz do oszacowania postępu w promowaniu zdrowia jamy ustnej;

(11) do wzmocnienia badań naukowych w zakresie zdrowia jamy ustnej i stosowania promocji zdrowia jamy ustnej i profilaktyki opartej na dowodach naukowych, aby skonsolidować i dostosować programy

zdrowia jamy ustnej, oraz do popierania międzynarodowej wymiany wiarygodnej wiedzy i doświadczeń społecznych programów zdrowia jamy ustnej;

(12) do skierowania zasobów ludzkich i planów zatrudnienia w sektorze zdrowia dot. jamy ustnej, jako część każdego narodowego planu zdrowotnego;

(13) do zwiększenia zapasów budżetowych przeznaczonych na profilaktykę i kontrolę schorzeń jamy ustnej;

(14) do wzmocnienia partnerstwa i podziału odpowiedzialności wśród jednostek związanych z opieką medyczną w celu zmaksymalizowania zasobów dla wspierania narodowych programów zdrowia jamy ustnej.

2. ZWRACA SIĘ Z PROŚBĄ do Dyrektora Generalnego:

(1) o zwiększenie świadomości dotyczącej globalnych wyzwań celem poprawy zdrowia jamy ustnej, specyficznych potrzeb krajów o niskich i średnich dochodach oraz biednych i dotkniętych przez los grupach populacji;

(2) o zapewnienie, że Organizacja, na poziomach światowym i regionalnym, zapewnia doradztwo i wsparcie techniczne, na prośbę, krajom członkowskim w celu rozwoju i wdrożenia programów zdrowia jamy ustnej w ramach zintegrowanego podejścia do monitorowania, profilaktyki i postępowania z chronicznymi chorobami niezakaźnymi;

(3) o regularne promowanie międzynarodowej współpracy i wzajemnego oddziaływania pomiędzy wszystkimi podmiotami zajmującymi się wdrożeniem planu działania dot. zdrowia jamy ustnej, włącznie z centrami współpracy w zakresie zdrowia jamy ustnej ŚOZ i organizacjami pozarządowymi;

(4) o poinformowanie UNICEF-u i innych organizacji systemu Narodów Zjednoczonych, które podejmują działania związane ze zdrowiem, o znaczeniu włączenia zdrowia jamy ustnej do ich programów;

(5) o wzmocnienie przywództwa technicznego ŚOZ w zakresie zdrowia jamy ustnej, włącznie z odpowiednim wzrostem środków budżetowych i zasobów ludzkich na wszystkich poziomach.

11. posiedzenie plenarne, 23.05.2007 r.

opr. i tłum. Anna Lella

Znaczenie dla lekarzy dentystów

Dla zrozumienia problemów zawodowych polskich lekarzy dentystów niezbędne wydaje się pokazanie w skrócie historii budowania zawodu w odrodzonej po I wojnie światowej i latach niewoli Polsce.

Tworzenie jednolitego systemu prawnego, z systemów trzech zaborów, okazało się bardzo skomplikowane. Pomimo że państwo po uzyskaniu niepodległości wprowadziło rejestrację osób trudniących się wykonywaniem praktyki lekarsko-dentystycznej – na pierwszy akt prawny dotyczący lekarzy dentystów trzeba było czekać prawie 10 lat.

Dopiero 10 czerwca 1927 r. ukazuje się Rozporządzenie Prezydenta RP o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz.U z 1934 r., nr 4, poz. 32, nr 110, poz. 976 z 1938 r., nr 91, poz. 628 z 1947 r., nr 27, poz. 104 i z 1989 r. nr 30, poz. 158). Rozporządzenie to określa uprawnienia zawodowe i warunki, jakie powinny być spełnione przed podjęciem wykonywania praktyki dentystycznej, nie tylko wobec lekarzy dentystów, ale również tzw. uprawnionych techników dentystycznych i techników dentystrycznych.

Z tego rozporządzenia „wyjęto” i wydano w roku 1946, w formie oddzielnego dekretu, część dotyczącą „wykonywania czynności techniczno-dentystycznych” (Dekret z dnia 5 lipca 1946 r. Dz.U. z 22 marca 1947 r. nr 27, poz. 104, zm. 1948 r. nr 24, poz. 162 i z 1954 r. nr 31, poz. 121.) jako podstawę prawną funkcjonowania techników dentystycznych i techników uprawnionych.

Należy zwrócić uwagę, że choć po 1947 r. powołano w akademiach medycznych studia stomatologiczne i zaczęto kształcić lekarzy dentystów wg ujednoliconego programu, to nie zadano sobie trudu uchwalenia ustawy o praktyce lekarsko-dentystycznej lub ustawy o zawodzie lekarza dentysty, mimo że w roku 1950 uchwalono nową ustawę o zawodzie lekarza.

Podstawą prawną wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej do chwili uchwalenia przez Sejm RP ustawy o zawodzie lekarza w 1996 r., tj. przez okres 69 lat pozostawało zdezaktualizowane i nie przystające do realiów organizacji ochrony zdrowia rozporządzenie z 1927 r.

Jest to pierwsza odpowiedź na pytanie o znaczenie ustawy dla stomatologów, których ambicje zawodowe i świadomość przynależności do środowiska lekarskiego były już bardzo żywe.

Starsi lekarze stomatolodzy, szczególnie pracujący w tzw. lecznictwie otwartym, pamiętają zapewne czasy wyraźnych podziałów „towarzyskich” w przychodniach, gdzie wyższy personel medyczny dzielił się na lekarzy i stomatologów. Ci ostatni, zdaniem pierwszych, zajmowali się wierceniem dziurek w zębach i nie wiadomo dlaczego otrzymali tytuł lekarza.

Ten pogardliwy stosunek, a także minimalne zarobki doprowadziły w rezultacie do sfeminizowania zawodu, co jeszcze bardziej przyczyniło się do obniżenia jego prestiżu, obarczone bowiem obowiązkiem domowymi kobiety nie miały czasu ani ochoty na dochodzenie należnych im praw.

Tak było przez wiele lat. W 1976 r., po utworzeniu zakładów opieki zdrowotnej, stomatologia nie została zaliczona do podstawowej opieki zdrowotnej, co spowodowało, że w tabeli płacowej, która uwzględniała dodatki za podstawową opiekę, lekarze dentyści mogli otrzymywać wynagrodzenie niższe niż pielęgniarki środowiskowe.

Niezadowolone z takiego rozwiązania przybrało w Gdańsku w roku 1979 formę bardzo ostrą, określoną jako protest stomatologów. Protest w postaci listu do ministra zdrowia i władz państwowych podpisało kilkunastu lekarzy dentyistów z Trójmiasta.

List, przedstawiony na zebraniu PTS-u, zyskał poparcie kolegów i chociaż okazał się bezskuteczny, był pierwszym przejawem świadomego działania lekarzy dentyistów w obronie godności zawodu.

W proteście domagaliśmy się:

1. zaliczenia stomatologii do opieki podstawowej,
2. prawa do tytułu lekarza stomatologa,
3. realizacji prawa do stażu podyplomowego,
4. prawa do specjalizacji.

Postulaty te zostały poparte przez najbliższy kongres PTS-u i znalazły gorące orędowników wśród stomatologów innych regionów Polski. Wtedy między innymi zetknęłam się z młodym i pełnym zapału Zbigniewem Żakiem, z którym potem niejednokrotnie toczyliśmy zawzięte dyskusje na temat przyszłości stomatologii, zawsze zgadzając się co do jednego: stomatologia musi być mocno osadzona w naukach ogólnomedycznych.

To już historia i poza okazją rocznicową nie ma powodu, żeby do niej wracać.

Pozostaje natomiast bardzo ważna kwestia znaczenia ustawy dla lekarzy stomatologów.

Moim zdaniem jej znaczenie sprowadza się przede wszystkim do tego, że istnieje, a w szczególności, do:

1. Tytułu – w którym wyraźnie przywołuje się istnienie dwóch, równoległych zawodów lekarskich.
2. Określenia w rozdziale 1 w art. 2. ust. 2 – co jest wykonywaniem zawodu lekarza stomatologa, a teraz lekarza dentyisty.
3. Wprowadzenia w art. 50 pojęcia praktyki lekarsko-dentystycznej i rejestru praktyk oraz podporządkowania tej formy wykonywania zawodu samorządowi lekarskiemu.
4. Wprowadzenia w art. 18 ust. 1 prawa i obowiązku doskonalenia zawodowego.

Ad 1. Nie wymaga komentarzy.

Ad 2. Ustalenie, co jest wykonywaniem zawodu lekarza stomatologa nie było takie proste jak mogłoby się wydawać. Podczas tworzenia projektu ustawy doszło do ostrych dyskusji pomiędzy uczestnikami procesu legislacyjnego. Większość lekarzy, członków komisji legislacyjnej, a także niektórzy prawnicy byli zdania, że lekarze dentyści powinni ograniczać swoją działalność wyłącznie do jamy ustnej, a najchętniej widzieliby zapis, że wykonywanie zawodu lekarza stomatologa polega na leczeniu zębów.

W przekonywaniu, że zakres ten jest i powinien być dużo szerszy, główną rolę

odegrał nieodżałowanej pamięci Andrzej Fortuna, przy aktywnym współudziale kol. Zdzisława Anusewicza, który przytaczał bardzo cenne argumenty akademickie. Ja sekundowałam im, pilnując prawidłowości zapisów i wyjaśniając prawnikom, że określenie „oraz okolic przyległych” niekoniecznie musi oznaczać leczenie także grzybicy stóp.

Ad 3. W wyniku akcji uświadamiającej, starań, argumentów, a także, a może przede wszystkim dzięki zdrowemu rozsądkowi kolegów, większość lekarzy dentyistów zdecydowała się na rozpoczęcie pracy na własny rachunek, odchodząc od zatrudnienia, pomimo początkowego lęku przed tą formą działalności. Dlatego tak ważną sprawą stało się stworzenie rejestru praktyk, aby wyłączyć tę formę wykonywania zawodu spod władzy i działania administracji terenowej. Naszym marzeniem była pełna samorządność i współdziałanie dobrze prosperujących praktyk, silnych finansowo i merytorycznie, których zakładanie i utrzymanie powinno być ułatwione przez tanie kredyty, ulgi podatkowe, wspólne zakupy itp. Taka była idea, od której teraz, ku mojej wielkiej przykrości, powoli się oddalamy.

Być może uda się w końcu dojść do normalności. Wierzę w to, bo gdybym nie miała tej wiary, jakkolwiek praca na rzecz samorządu nie miałaby sensu.

Podkreślam jednak, że ustawa stworzyła ramy, w które lekarze dentyści wpisali całkiem nową jakość, potężny resort lekarskiej działalności prywatnej, w której dominują.

I tak naprawdę to lekarze dentyści stali się głównym podmiotem samorządu, jako podlegający mu rejestrowo i merytorycznie.

Ad 4. Przechodząc do punktu 4 można stwierdzić, że to również lekarze dentyści stanowią najbardziej zainteresowaną i aktywną grupę koncentrującą się w działaniach samorządowych na doskonaleniu zawodowym. Ustawa przyniosła im takie prawo, natomiast rolą izby jest wyegzekwowanie od władz państwowych i resortowych rzeczowych możliwości doskonalenia zawodowego, w związku z nałożonym przez ustawę obowiązkiem.

Widzę tu jedno z głównych zadań Komisji Stomatologicznej NRL i samej Naczelnej Rady na przyszłość.

Miedzy innymi odnoszę się do ministerialnego projektu nowelizacji ustawy, o której mówimy, a mianowicie o propozycji zapisu, że minister może przeznaczyć część środków z budżetu na dofi-

nansowanie kształcenia podyplomowego. Moim zdaniem **powinno to być zapisane jako obowiązek ministra.**

Podsumowując – znaczenie ustawy dla lekarzy dentyistów jest bardzo duże. Jeżeli nawet na skutek niedostatków finansowych, a także niechęci władz państwowych do prawidłowego realizowania uprawnień lekarzy i lekarzy dentyistów, wydaje się niekiedy, że ważne przepisy tej ustawy nie działają w pełni, stanowi ona jednakże **uznanie dla zawodu, oparcie dla działań lekarskich i podstawę do egzekwowania uprawnień zawartych w jej zapisach.**

Na zakończenie powiedzieć trzeba, że każda ustawa po pewnym czasie wymaga nowelizacji. Ustawa o zawodzie lekarza była już nowelizowana wiele razy, ale głównie pod kątem dostosowania jej przepisów do wymogów unijnych.

Moim zdaniem pilnych zmian wymaga art. 2, określający czym jest wykonywanie zawodu lekarza.

Nowe akty prawne, m. in. ustawa o świadczeniach z ubezpieczenia zdrowotnego, a obecnie ustawa o ratownictwie medycznym, przewidują zatrudnienie na niektórych stanowiskach wyłącznie lekarzy o określonych kwalifikacjach. Tacy lekarze, również lekarze dentyści w myśl dotychczasowych zapisów ustawy, są z góry skazani na przerwę w wykonywaniu zawodu, czyli na obowiązek odbycia przeszkolenia w momencie powrotu do tego zawodu.

Nadszedł czas na rozważenie celowości zmian i takie ich zapisanie, aby lekarze pełniący np. funkcje kontrolne w NFZ, a w przyszłości w innych towarzystwach ubezpieczeniowych nie tracili uprawnień do wykonywania zawodu. Odwlekanie zmian w tym zakresie może skutkować tym, że lekarze będą kontrolować w ich działaniach merytorycznych wyłącznie urzędnicy. Nie leży to w interesie lekarzy.

Problem nie jest łatwy, część bowiem decydentów uważa, że lekarze zatrudnieni w NFZ nie mogą w żaden sposób być zależni od samorządu lekarskiego, ponieważ jako wykonujący zawód podlegaliby orzecznictwu zawodowemu izb.

Jeżeli jednak przytoczone wyżej ustawy przewidują konieczność zatrudnienia na pewnych stanowiskach lekarzy, osoby te, aby być w pełni lekarzami, powinny wykonywać zawód, mieć obowiązek i prawo doskonalenia zawodowego itp.

Zdaję sobie sprawę z tego, że natychmiast powstanie problem co zrobić z le-

karzami pracującymi w przemyśle farmaceutycznym, dyrektorami dużych placówek medycznych, głównie szpitali itp. Nie zmienia to faktu, że lekarz ma prawo przynajmniej do ułatwień w wykonywaniu zawodu, bo ciężko na to zapracował.

Poddaję to pod rozważę legislatorów i uważam, że samorząd lekarski powinien rozpocząć dyskusję na ten temat.

Drugą sprawą, która wymaga natychmiastowego rozstrzygnięcia, jest zmiana art. 49a, 50 i 53 ustawy. Należy rozprawić się z kwestią indywidualnych praktyk lekarskich, nazwanych tak w czasach wielkich nadziei na swobodny rozwój małych firm.

Obecnie powinno się rozważyć celowość zmiany nazwy na praktyki lekarskie i specjalistyczne praktyki lekarskie, pozostawić bez zmian grupowe praktyki lekarskie i **wprowadzić nową formę regulowanej działalności gospodarczej, polegającą na prowadzeniu praktyki lekarskiej wyłącznie na podstawie umowy z zakładem opieki zdrowotnej, określając bardzo dokładnie warunki, jakie praktyka ta powinna spełniać.**

Taka zamiana pozwoli na stopniowe eliminowanie praktyk „w miejscu wezwania”, które, wprowadzone niegdyś jako ułatwienie dla lekarzy, których praktyki nie wymagały specjalistycznego sprzętu, stały się obecnie wybiegiem do rejestrowania fikcji, zagrażającej samym lekarzom.

Zagrożenie stwarza nieuregulowana kwestia odpowiedzialności za pomieszczenie i sprzęt w przypadku wykonywania praktyki w miejscu wezwania. „Wzywającym” jest bowiem głównie szpital lub duża placówka specjalistyczna, w której pracują lekarze, postawieni w sytuacji bez wyjścia przez kierownictwo zakładu odmawiające im zatrudnienia w formie umowy o pracę.

W razie roszczenia lekarz prowadzący praktykę „w miejscu wezwania” pozostaje sam z problemem niesprawnego sprzętu lub niedostatecznie wyposażonego pomieszczenia, na które to sprawy nie ma żadnego wpływu.

Skończmy z tą fikcją praktyk na wezwanie. Pomyślmy jak ułatwić lekarzom pracę w obecnych, niedoskonałych warunkach, w których zmuszeni są pracować.

Skorzystajmy z możliwości nowelizowania ustawy, którą kiedyś tworzyliśmy z radością i nadzieją na lepsze jutro dla lekarzy.

Halina Porębska

Piszę ten tekst w środku kampanii, którą środowisko lekarskie toczy w obronie swych ekonomicznych interesów.

Środowisko nasze jest dość zróżnicowane. Inną sytuację mają bowiem pracownicy zatrudnieni na typową umowę o pracę, nieco inna sytuacja bywa udziałem lekarzy mających kontrakt ze szpitalem lub własny kontrakt z Funduszem. W przypadku tych ostatnich wszystko jeszcze zależy od stawki (która w różnych województwach może się dość znacznie różnić), od poziomu kosztów itd.

Czy jest więc jakiś wspólny mianownik postulatów całego środowiska? Co łączy lub łączyć powinno postulaty związkowe, izbowe, jak i płynące ze strony pracodawców, menedżerów?

Wspólnym mianownikiem jest uczciwa wycena świadczeń medycznych. To, co chcę napisać, nie jest żadną rewelacją czy próbą wyciągnięcia jakiegoś zaskakującego wniosku, a jedynie zebraniem pewnych faktów w jednym miejscu w celu udowodnienia tezy, że pojęcie wyceny świadczeń ma dość poważne umocowanie w przepisach prawa, jak i że to, o co występujemy, **nie jest łaską władzy publicznej**, a jej powinnością bezpośrednio z tych przepisów wynikającą.

Spójrzmy więc wpiérw na ustawę o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych z 2004 r.

- Art. 97 ust. 3 ustawy

3. Do zakresu działania Funduszu należą również w szczególności:

określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

- Art. 137

1. Prezes Funduszu, uwzględniając przepisy niniejszego działu oraz przepisy odrębne, przygotowuje projekt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej zawierający w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny tych świadczeń oraz warunki ich udzielania.

Przeglądając ogólne warunki umów pomiędzy ponad 40 paragrafami tego rozporządzenia natknęliśmy się na lakoniczny §14, który stanowi, iż:

§14. Wycenę poszczególnych świadczeń lub odpowiadających im jednostek rozliczeniowych uzgadniają strony umowy w trybie określonym przepisami art. 142, 143 i 159 ustawy.

Powiedzieć, że lakoniczny, to mało. Do tego wzajemnie sprzeczny. Art. 142 dotyczy negocjacji w trybie konkursu ofert, art. 143 tego samego, ale w trybie rokowań, a art. 159 stanowi, że oba poprzednie nie dotyczą POZ, co stawia spójność całego zapisu pod znakiem zapytania. W związku z tym Naczelna Rada wydała 15 kwietnia br. stanowisko, w którym wezwała Prezesa NFZ do rozpoczęcia procedury negocjacji ogólnych warunków (przepisy stanowią, że taka inicjatywa musi wyjść od Prezesa NFZ). Rada wytknęła przede wszystkim, że nie opisując sposobu wyceny świadczeń ogólne warunki nie wypełniają normy ustawowej i choćby dlatego należy je zmienić. I cóż odpisał pan prezes Sośnierz? Ano spójrzmy:

Podniesiona w Stanowisku Rady rzekoma niezgodność obowiązujących ogólnych warunków umów z warunkami określonymi w delegacji ustawowej nie znajduje uzasadnienia – zostały one bowiem ustalone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w trybie art. 137 ust. 10 ww. ustawy, (...). Trudno więc uznać, że przygotowując projekt aktu wykonawczego oraz podpisując przedmiotowe rozporządzenie Minister Zdrowia nie wziął pod uwagę treści delegacji ustawowej. (sic!)

Argument, że daj Boże zdrowie. Idąc torem myślowym zaproponowanym przez prezesa Sośnierza należałoby rozwiązać Trybunał Konstytucyjny, gdyż jest on niepotrzebny. Bowiem – jak Pan Prezes sugeruje – jedynym i wystarczającym kryterium legalności przepisu byłby fakt, iż jest on wydany przez uprawniony do tego organ, bez oglądania się na to czy organ stworzył kluchę prawną, czy nie!

Myślę, że najwyższy czas zastanowić się jak mamy reagować na takie, dość jednak lekceważące, odpowiedzi i musi to być fragment większej polityki lobbingsowej izb lekarskich.

Weźmy pod uwagę też inne przepisy, nie związane bezpośrednio z medycyną i ochroną zdrowia – taką choćby ustawę o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji z 1993 r.: Art. 15. Czynem nieuczciwej konkurencji jest utrudnianie innym przedsiębiorcom dostępu do rynku w szczególności poprzez: 1) sprzedaż towarów lub usług poniżej kosztów ich wytworzenia lub świadczenia albo ich odprzedaż poniżej kosztów zakupu w celu eliminacji innych przedsiębiorców.

Jeśli duża część konkursów ofert rozstrzyga się na zasadzie, że jedni dostają, a inni nie, to przepis ten może w niekorzystnym świetle stawiać tych, co dostali kontrakt dając niższą cenę od tych, co nie dostali... A i sama konstrukcja algorytmu oceny oferty wprowadzająca pojęcie „ceny oczekiwanej” (skalkulowanej dużo poniżej kosztów wytworzenia) jest niczym innym jak zmuszaniem oferentów do czynu nieuczciwej konkurencji.

Jak więc doprowadzić do tego, że władza będzie wypełniać swe obowiązki zapisane w ustawach i doprowadzi wreszcie do niezależnej i rzetelnej wyceny naszych świadczeń?

Jest to – powiedzmy sobie otwarcie – tytaniczna praca (tysiące procedur w całej medycynie), więc nic, co ma mieć ręce i nogi, nie stanie się od zaraz. Złe się już, niestety, stało – zmarnowano wszystkie lata od wdrożenia reformy w 1999 r. fundując nam co rok „ceny oczekiwane” czyli poniekąd... „z sufitu”.

Jednakże trzeba:

- Twardo domagać się wypełniania przez NFZ przepisów prawa (włącznie ze skargą konstytucyjną wobec ogólnych warunków umów).

- Uświadomić wszystkim (lekarzom i decycentom), że w gruncie rzeczy wszelkie spory na gruncie podwyżek, ich wysokości, terminów są sporami pod tytułem „Czy władza ma zamiar przestrzegać prawa czy nie?”. Korowody rozmówców przez wszelkie możliwe gabinety rządowe w sprawie odpowiedzi na tak fundamentalne pytanie są – przyznam – trochę żenujące. Powtórzmy sobie raz jeszcze. Żyjemy w środku Europy, gdzie nikt nie kwestionuje, że za pracę należy się godziwa zapłata, więc wycena świadczeń nie jest łaską, o którą trzeba prosić!

Trochę ożywienia w nieco statyczny obraz sporu z pierwszych dni czerwca wnosi ostatnia propozycja Andrzeja Sośnierza wobec stomatologów (patrz poniżej).

Tak jak nie pozwalamy nielekarzom tworzyć nowej medycyny, tak nie bierzemy się jako lekarze za tworzenie nowej ekonomii. Jednym z podstawowych para-

metrów ekonometrycznych charakteryzującym *standing* danej branży jest wolumen rynku, czyli szacowana wielkość przepływających przez niego pieniędzy. Budżet NFZ osiągnie niebawem 40 mld złotych. Postulowane przez izby 5% na stomatologię (czyli powrót do obietnic administracji w momencie tworzenia kas chorych), to lekko licząc 2 mld złotych rocznie. Pytanie brzmi: Dlaczego niby Stomatolodzy RP mają rezygnować z tego kawałka tortu? Trzeba się o niego bić dbając przede wszystkim, aby był on racjonalnie i sprawiedliwie podzielony. I temu służą wszystkie nasze działania, które opisałem powyżej.

A że jest tego tyle, że nie wiadomo czasem, w co najpierw ręce włożyć? Trudno, nikt nie obiecywał, że będzie łatwo.

Andrzej Cisko

Autor jest wiceprzewodniczącym Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu



Prezes
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Znak: CND502/07/05 1105 /KM
D502-074-03-68/07

Warszawa, dnia 04.06.2007 r.

Kom. stom.

SEKRETARIAT
BIURA N.F.Z.
04.06.2007
L. dz. 2565

Pan
Konstanty Radziwiłł
Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej

Uprzejmie informuję, że w celu realizacji uzgodnień podjętych z przedstawicielami Naczelnej Rady Lekarskiej na spotkaniu w dniu 11 sierpnia 2006 r. w sprawie wyceny świadczeń stomatologicznych, podjąłem decyzję o zwiększeniu środków finansowych przeznaczonych w planie finansowym NFZ na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne na 2008 r. Ponieważ w chwili obecnej plan finansowy Funduszu dokonuje oceny skutków finansowych planowanych do wprowadzenia na 2008 r. zmian zasad finansowania i kontraktowania świadczeń stomatologicznych, uprzejmie wyjaśniam, że propozycja tych zmian może zostać zaprezentowana Naczelnej Radzie Lekarskiej po ostatecznym ich opracowaniu przez Fundusz.

Dodatkowo, pragnę uprzejmie zaznaczyć, że podjęte przeze mnie działania mające na celu weryfikację wyceny świadczeń stomatologicznych są również realizacją postanowień decyzji wydanej przez Prezesa UOKiK nr 28407 z dnia 7 marca 2007 r. w przedmiocie stwierdzenia stosowania przez NFZ praktyk ograniczających konkurencję na rynku świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego w roku 2004.

Mając nadzieję na dalszą współpracę i pomoc przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej w określeniu ostatecznego kształtu zasad udzielania świadczeń stomatologicznych w 2008 r. pragnę poinformować, iż projekt materiałów informacyjnych na 2008 r. zostanie przekazany NRL w terminie późniejszym.

PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
Andrzej Sośnierz

Adres Centrali NFZ: ul. Orlejka 18B, 02-300 Warszawa, Sekretariat tel. (0-22) 772 61 00 fax 772 63 22

Koleżanki i Koledzy!

Komisja Stomatologiczna OIL w Krakowie, we współpracy ze Związkiem Lekarzy Dentystów Pracodawców w Ochronie Zdrowia oraz Polskim Stowarzyszeniem Lekarzy Stomatologów Kas Chorych zapraszają na Ogólnopolską Konferencję Lekarzy Dentystów

Rytno – Jesień 2007

która odbędzie się w dn. **26-28 października br.**, tradycyjnie w **hotelu „Perła Południa”/Rytno k. Nowego Sącza**.

Przygotowywany program będzie obejmować część naukową oraz samorządową. Szczegóły na stronach: www.oilkrakow.org.pl/stomatolog/ www.stomatolodzy.prv.pl Dodatkowe informacje: **Biuro OIL w Krakowie u p. Krystyny Treli**, tel. **012-619-17-18** lub **012-619-17-20**; e-mail: k.trela@hipokrates.org

W Ameryce...

Pacjent domagający się leku przeciwbólowego, to w stomatologii nie rzadkość. Zapewne w Polsce też. Jednakże dla amerykańskich dentystów, to jedna z wielu tzw. czerwonych flag.



Pewnego dnia, na początku mojej zawodowej kariery w USA, do mojego prywatnego gabinetu przyszła matka z dwojgiem dzieci. Podjechała mercedesem, była dobrze ubrana, zadbana, bardzo miła, robiła wrażenie osoby inteligentnej i bardzo dobrze sytuowanej.

Kobieta narzekała na ból dolnej lewej szóstki. Po odpowiednich testach i wywiadzie stwierdziłam nieodwracalne zapalenie miazgi. Jednocześnie zorientowałam się, że pacjentka miała bardzo dużo zębów z nieskończonym leczeniem, np. tymczasowe korony, niewykończone leczenie kanałowe. Widać było także, że pacjentka straciła kilka zębów. Natomiast wszystkie zęby przednie były w bardzo dobrym stanie i pani mogłaby śmiało pozować do zdjęć na plakat na temat stomatologii kosmetycznej...

W trakcie naszej rozmowy bardzo źle wyrażała się o swoim poprzednim sto-

matologu. Powiedziała też, że jej kolega prawnik napisał mu ostrzegawczy list, ponieważ dentysta nie chciał oddać jej pieniędzy za źle wykonaną robotę.

Dwa dni później ta sama pacjentka zadzwoniła do mnie skarżąc się, że ząb, w którym wykonałam leczenie kanałowe cały czas mocno boli i w związku z tym prosi o przepisanie recepty na bardzo silny środek przeciwbólowy.

Każdy, kto ma trochę doświadczenia w stomatologii i leczeniu kanałowym wie, że ząb bez zmian około wierzchołkowych, po wypełnieniu gutaperką może jeszcze trochę być odczuwalny. Nawet do około 1 roku, ale nie do tego stopnia, by nie można w nocy spać. Nauczona doświadczeniem zawsze jednak biorę pod uwagę różny poziom wrażliwości ludzi na ból. Tym razem też. Jednak na wszelki wypadek zadzwoniłam do apteki i poprosiłam farmaceutę, aby w kompu-

terze sprawdził, kto i jakie leki przepisywał pacjentce w ostatnim czasie. W Ameryce jest to możliwe. Farmaceuta był bardzo miły: podał mi 7 czy 8 nazwisk kolegów stomatologów i lekarzy z okolicy, którzy byli tak zajęci w swoich praktykach, że nie zwracali uwagi na te tzw. czerwone flagi w zachowaniu pacjentów i przepisali pacjentce leki przeciwbólowe. Każdy z nich przepisał tej zmyślonej pani po przynajmniej 15, a jeden nawet 35 tabletek tzw. Vicodin – leku posiadającego w swoim składzie hydrocodon. Wszystko to w przeciągu ostatnich 2 lub 3 miesięcy.

Zadzwoniłam do mojej pacjentki i przeczytałam jej listę jej „dobroczyńców”. I cóż się stało? Nigdy więcej jej nie usłyszałam ani nie widziałam.

Jestem pewna, że zwróciła się do innego stomatologa i również bardzo źle się o mnie wyrażała.

Farmaceuci amerykańscy są bardzo na podobny proceder uczuleni i mają obowiązek zgłaszania lekarzy i lekarzy dentyków, którzy przepisują zbyt dużo narkotyków czy innych leków przeciwbólowych mogących uzależniać do Department of Financial & Professional Regulation (Oddziału Regulacji Finansowej i Zawodowej). Jest to instytucja stanowa, która wydaje różnego rodzaju dokumenty, między innymi licencje stomatologiczne i lekarskie.

Tak się składa, że nawet ludzie ze środowiska medycznego sami są narkomanami... Oni robią wszystko, by dobrać się do narkotyków, ale my musimy bronić się przed utratą licencji.

- Przykłady tzw. czerwonych flag:
- Pacjent prosi o konkretny narkotyk.
 - Ma dużo rozpoczętej pracy przez innych dentystów.
 - Bardzo źle wyraża się o poprzednim stomatologu.
 - Dzwoni w środku nocy i prosi o lek przeciwbólowy (ostatnio poradziłam pacjentce dzwoniącej o 3 rano, by zgłosiła się na pogotowie. Poprosiłam, by odwiedziła mnie również w moim gabinecie następnego dnia. Nie przyszła!).
 - Dzwoni w sobotę i prosi o coś na uśmierzienie bólu, wmawiając lekarzowi, że leczył się w naszym gabinecie rok temu. Po sprawdzeniu listy pacjentów okazuje się, że jego nazwisko tam nie figuruje.
 - Daje numer telefonu kontaktowego, który okazuje się numerem budki telefonicznej w pobliżu apteki...

dr Marta Pedziwiatr-Speakman

Autorka ukończyła studia na Oddziale Stomatologicznym Akademii Medycznej w Poznaniu. Po przyjeździe do USA w 1989 r. nostryfikowała dyplom. Obecnie praktykuje w swoich dwóch gabinetach. Jest członkiem Ławy Dyrektorskiej w Illinois Akademii of General Dentistry.

Po zjeździe

24 marca br. odbył się w naszej, Kujawsko-Pomorskiej OIL, XXIII zjazd.

Obyło się bez spektakularnych wystąpień i porywających przemówień. Zjazd jak zjazd. Nie zapomniano o naszych sławnych lekarzach-ministrach. W sprawach lekarzy Zbigniewa Religi i Bolesława Piechy wystosowano wnioski o wszczęcie postępowania wyjaśniającego do odpowiednich okręgowych komisji etyki. Wspomniano i pana ministra Ziobro, zapewne jak na większości zjazdów okręgowych. Ale i był akcent stomatologiczny. Z inicjatywy naszej komisji stomatologicznej wrócił temat rozszerzenia katalogu rodzajów praktyk prywatnych dla lekarzy dentyków.

Przyjęto apel do NIL o treści:

XXIII Okręgowy Zjazd Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej zwraca się do Naczelnej Izby Lekarskiej o podjęcie działań w celu zmiany ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentydy polegającej na możliwości otwarcia przez lekarza dentydy praktyki prywatnej bez konieczności posiadania własnego gabinetu lekarskiego.

Uzasadnienie

Poprzednie uregulowania prawne tworzone były kilka lat temu i nie są adekwatne do obecnego systemu pracy lekarzy. W chwili obecnej sytuacja na rynku pracy stwarza różne możliwości zatrudnienia, a więc i przepisy prawne powinny za nimi nadążać.

W naszej społeczności jest pewna grupa lekarzy, która nie posiadając własnego gabinetu prywatnego, podpisuje umowy cywilnoprawne i umowy zlecenia, oferując tylko swoje usługi lekarskie. Taki system jest praktykowany np. w stacjach pogotowia ratunkowego, w zakresie prywatnych usług lekarzy anestezjologów, czy prywatnych porad lekarzy specjalistów zatrudnianych przez spółki lekarskie, NZOZ-y czy spółdzielnie lekarskie.

W chwili obecnych uregulowań prawnych lekarze dentyści zmuszeni do zgłaszania do izb lekarskich jako swoje, gabinety, które w rzeczywistości do nich nie należą. Nie mają wpływu ani na ich wyposażenie, ani na funkcjonowanie. Często również są to gabinety, w których usłu-

gi medyczne świadczą różni lekarze, co w rzeczywistości uniemożliwia konkretnemu lekarzowi jakiegokolwiek nadzór nad tymi pomieszczeniami. Jest to więc fikcyjne posiadanie gabinetu prywatnego.

Biorąc też pod uwagę chęć wprowadzenia zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentydy w celu umożliwienia lekarzowi i lekarzowi dentyście, który prowadzi indywidualną praktykę lekarską, zatrudniania w swej praktyce nie więcej niż jednego lekarza na takich zasadach, które obowiązują w większości państw Unii Europejskiej, takie rozwiązanie w zdecydowany sposób uprości realizację tego projektu. Poza tym, jak słusznie zauważa Naczelna Komisja Stomatologiczna, powinno ono stworzyć dodatkowe miejsca pracy oraz szersze możliwości szkolenia specjalizacyjnego dla młodych lekarzy i lepsze wykorzystanie istniejącej bazy. Ułatwi również zarabkowanie lekarzy rencistów i emerytów, co w sposób znaczący wpłynie na ich status majątkowy.

Nie bez znaczenia jest również fakt, że lekarz pracujący w kilku miejscach jest w chwili obecnej fikcyjnym posiadaczem kilku gabinetów i ponosi koszt ich rejestracji. Koszty takie są również nie do pominięcia przy zmianie miejsca pracy.

Mimo iż liczba tak zatrudnionych lekarzy jest w chwili obecnej niewielka, uważamy, że izba lekarska powinna zrobić wszystko, by ułatwić członkom naszej korporacji sposób wykonywania zawodu.

Problem nie jest nowy, lecz chyba nigdy tak naprawdę nie był dokładnie rozważony. Bo czym różni się np. lekarz dentysta, który chce pracować tylko w cudzych gabinetach, od np. lekarza anestezjologa, który pracuje tylko w cudzych salach operacyjnych? W chwili obecnej prawie 90% lekarzy anestezjologów pracuje w ramach umowy cywilnoprawnej. Mają więc zarejestrowane praktyki prywatne tzw. wyłącznie w miejscu wezwania.

W swym uzasadnieniu odmowy możliwości wprowadzenia takiej opcji dla lekarzy dentyków Naczelna Komisja Stomatologiczna napisała:

Komisja uważa, że rejestrowanie praktyki lekarza dentydy wyłącznie w miej-

scu wezwania nie ma uzasadnienia merytorycznego dla realizacji celu, dla jakiegokolwiek formy praktyki została w ustawie przewidziana. Forma praktyki „wyłączenie w miejscu wezwania” została przewidziana w celu umożliwienia lekarzom udzielania porady w czasie wizyty na wezwanie pacjenta, a nie wezwania lekarza przez pracodawcę, który chce zawrzeć z lekarzem umowę cywilnoprawną w celu udzielania przez tego lekarza świadczeń zdrowotnych.

Dziwi fakt, dlaczego nie razi to w wykonaniu lekarzy anestezjologów. Chyba nikt nie sądzi, że udzielają oni porad lekarskich w domu pacjenta? Nikt więc nie żąda od nich wynajmowania czy dzierżawy sal operacyjnych. Nikt tych sal nie przychodzi wizytować jako kolejne gabinety kolejnych lekarzy (znam przypadek, gdy gabinet dentystryczny pogotowia był wizytowany przez kolejne sześć dni z racji pracy w nim sześciu lekarzy dentyków). Przy podjęciu pracy w nowym miejscu nie ponoszą oni też kosztów związanych z rejestracją kolejnego, fikcyjnego jak poprzednie, gabinetu. Kosztuje to 200 zł i są tacy, którzy twierdzą, że to grosze, ale myślę, że nie do końca mają rację.

Stawiam zatem pytanie:
Dlaczego lekarze mogą oferować tylko swoje usługi lekarskie, a w wydaniu lekarzy dentyków jest to niedopuszczalne?

Pomijając zwykłą ludzką sprawiedliwość i fakt nierówności podmiotów wobec prawa to stan ten powoduje absurdalne czasem sytuacje i tworzy fikcję, która nikomu nic dobrego nie przynosi.

Myślę, że fakt poruszenia tego problemu przez nasz zjazd jest doskonałym pretekstem do dyskusji na ten temat na łamach „Gazety”. Istotne też byłoby dane ilu lekarzy dentyków ten problem dotyczy.

Jako jeden z animatorów tego apelu podejmuję się zebrania tych danych. Proszę więc wszystkich zainteresowanych i chętnych do podzielenia się swoimi przemyśleniami o kontakt.

lek. dentysta Anita Pacholec
a.pacholec@hipokrates.org

Ochrona zdrowia na końcu kolejki

Celem niniejszego artykułu jest przekazanie podstawowej i rzetelnej wiedzy na temat możliwości skorzystania z tzw. pieniędzy unijnych przez osoby i instytucje reprezentujące sektor ochrony zdrowia oraz zaznajomienie Czytelników z kontrowersyjną, lecz jasno zarysowaną, polityką rządu dotyczącą sposobu wydatkowania funduszy UE w tym obszarze.

Spośród trzech funduszy strukturalnych Unii Europejskiej dwa finansują zadania bezpośrednio związane z ochroną zdrowia. Są to: Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR) oraz Europejski Fundusz Społeczny (EFS).

EFS służy finansowaniu projektów „miękkich”. W zasięgu jego wsparcia znajdują się takie działania jak szkolenia kadr medycznych, programy diagnostyczno-profilaktyczne, promocja zachowań prozdrowotnych, subsydiowane zatrudnienie. EFS nie finansuje inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia, co należy do obszarów interwencji EFRR. Każdy kraj członkowski chcąc korzystać ze środków funduszy strukturalnych tworzy własne strategie ich wydatkowania, któ-

z Europejskiego Funduszu Społecznego będzie decydować jeden tylko Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013, gdzie lista potencjalnych projektodawców i beneficjentów ostatecznych została określona bardzo szeroko. W obszarze projektów miękkich zapewniony został otwarty i równy dostęp dla wszystkich potencjalnie zainteresowanych. Oczywiście odrębną kwestią jest niedoskonałość sposobu informowania opinii publicznej o możliwościach, jakie daje program i wydatkowania środków na jego promocję.

Szersze informacje na temat Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki można uzyskać za pośrednictwem strony internetowej Ministerstwa Rozwoju Regionalnego (www.mrr.gov.pl; zakładka: programy operacyjne na lata 2007-2015). W tym samym miejscu znajdziemy także informacje o szczególnie interesującym nas zagadnieniu finansowania ze środków unijnych infrastruktury ochrony zdrowia (budynki, urządzenia, wyposażenie).

Jak już wspomniałem, finansowanie takiej infrastruktury leży w obszarze działania EFRR i przewidziane zostało w ramach krajowego Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (POLiŚ) oraz 16 regionalnych programów operacyjnych, które stworzone zostały na poziomie poszczególnych województw. W ramach POLiŚ wsparcie będzie dotyczyć jedynie dużych projektów strategicznych, o ponadregionalnym (ponadwojewódzkim) znaczeniu. Wnioskodawcami będą mogły być jedynie publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Program w pierwszej kolejności posłuży budowaniu w Polsce zintegrowanego i nowoczesnego systemu ratownictwa medycznego. Drugim rodzajem podejmowanych działań będzie wsparcie ośrodków zdrowia zapewniających wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne.

Niepokojący jest fakt, iż nadrzędny cel inwestowania w infrastrukturę ochrony zdrowia sformułowany został w Programie jako „wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia siły roboczej”. Z analizy treści dokumentu wynika wyraźnie, iż zdrowie nie jest traktowane tutaj jako wartość podstawowa i nadrzędna, lecz jest instrumentem, warunkiem utrzymania „zasobów pracy” w kondycji pozwalającej im na generowanie dochodu narodowego. Choć spojrzenie takie pojawia się w dokumentach Komisji Europejskiej nie powinno być przyjmowane bezkrytycznie. **W ramach programu krajowego nie przewiduje się zatem inwestowania w infrastrukturę małych i średnich ośrodków zdrowia ani też w infrastrukturę podstawowej opieki zdrowotnej, w tym indywidualnych praktyk lekarskich.**

Na realizację zadań dotyczących ochrony zdrowia zamierza się przeznaczyć kwotę 150 mln euro, co stanowi około 0,7% środków alokowanych dla POLiŚ. W ramach tego samego Programu planowane jest między innymi wydatkowanie przeszło dwukrotnie większej kwoty (350 mln euro) w obszarze kultura i dziedzictwo kulturowe.

Jeżeli chodzi o kierunki wydatkowania środków regionalnych programów operacyjnych, to są one określane indywidualnie przez samorządy poszczególnych województw. Wspólna dla wszystkich niemal województw jest skłonność do inwestowania w infrastrukturę uzdrowisk oraz ratownictwa medycznego. Większość samorządów zdecydowała o wydatkowaniu środków funduszy strukturalnych na infrastrukturę podstawowej opieki zdrowotnej. Jedynie w województwach lubuskim, małopolskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim dofinansowaniu podlegać będą głównie lub wyłącznie ośrodki leczenia specjalistycznego i wysokospecjalistycznego. Pewne preferencje

dla tego typu projektów zawierają także programy operacyjne województw: podkarpackiego, dolnośląskiego i podlaskiego. Wspólne dla wszystkich jest także to, iż w konkursach o dofinansowanie będą mogły brać udział wyłącznie podmioty działające w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Łącznie w ramach wszystkich programów regionalnych na infrastrukturę ochrony zdrowia wydatkowane zostanie około 600 mln euro, co stanowi około 3,75% łącznej alokacji środków. Spośród funduszy pozostających w ich dyspozycji największą część środków na ochronę zdrowia chcą przeznaczyć władze województwa świętokrzyskiego (7%), wielkopolskiego (4,7%) i dolnośląskiego (4,5%), najmniej na ten cel (we wstępnych projektach programów) przeznaczyły władze województwa podkarpackiego (1,7%), łódzkiego (2,9%), opolskiego (3%) i lubuskiego (3%). W podsumowaniu należy stwierdzić, iż w latach 2007-2013 tzw. pieniądze unijne przeznaczone na infrastrukturę ochrony zdrowia zamykają się kwotą około 750 mln euro. Stanowi to zaledwie około 1,6% całkowitej kwoty z funduszy strukturalnych, która trafi w tym okresie do Polski (bez Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki). Warto zaznaczyć, iż wbrew pojawiającym się plotkom, Komisja Europejska w żadnym z oficjalnych dokumentów nie nałożyła na Polskę ograniczenia kwoty przeznaczanej na kwestie związane z bezpieczeństwem zdrowotnym (patrz: Rozporządzenia: nr 1083/2006, nr 1080/2006, nr 1081/2006, nr 1084/2006, nr 1082/2006, a także: decyzja Rady 2006/702/WE).

Na dofinansowanie mogą liczyć jedynie podmioty działające w publicznym systemie opieki zdrowotnej, najczęściej o regionalnym i ponadregionalnym znaczeniu. W tak zarysowanej polityce wydatkowania środków nie ma miejsca dla niewielkich zakładów opieki zdrowotnej, spółek partnerskich czy prywatnych praktyk lekarskich. Takie podmioty mogą składać swoje projekty w konkursach dedykowanych przedsiębiorcom, w których obowiązują odmienne reguły oceny, a nawet myślenia projektowego. Ze względu na znacznie ograniczone środki przeznaczone dla przedsiębiorców w latach 2007-2013 należy przyjąć realne założenie, iż dofinansowanie otrzyma powyżej kilku przedsiębiorców świadczących usługi medyczne w skali każdego województwa.

Szczegółowe zasady aplikowania o środki funduszy strukturalnych przez mikro, małych i średnich przedsiębiorców określą poszczególni marszałkowie województw i opublikują na swoich stronach internetowych. Wydatkowanie środków będzie się odbywać zgodnie z zapisami poszczególnych regionalnych programów operacyjnych. W chwili obecnej wszystkie programy operacyjne podlegają ostatecznym uzgodnieniom z Komisją Europejską, nie dysponujemy jeszcze szczegółowymi dokumentami wykonawczymi, nie znamy ostatecznych kryteriów ocen w poszczególnych działaniach, nie znamy formularzy wniosków aplikacyjnych oraz list niezbędnych załączników.

Należy zwrócić szczególną uwagę na pojawiające się na rynku oferty firm szkoleniowych i consultingowych, proponujących pomoc w opracowaniu wniosku aplikacyjnego. Znanie są przypadki nadużyć popełnianych przez tego typu instytucje, które podczas prowadzonych szkoleń posługują się dokumentami obowiązującymi w latach 2004-2006 i próbują w czasie teraźniejszym i przyszłym mówić o programach i konkursach, które dawno już zostały zakończone lub których nie było i prędko nie będzie, wyludzając w ten sposób pieniądze, w tym przypadku od niczego nie podejrzewających naszych koleżanek i kolegów.

Do czasu, kiedy instytucje odpowiedzialne za wdrażanie funduszy strukturalnych w Polsce nie wypracują trafnego sposobu przekazywania rzetelnych informacji na temat możliwości wykorzystania funduszy strukturalnych, Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie, współpracując ze specjalistami w dziedzinie funduszy strukturalnych, udostępnia adres e-mail: mm.mlynarczyk@wp.pl, pod który można przysłać zaproszenia na szkolenia i seminaria, na które są Państwo zapraszani, celem ich zaopiniowania i weryfikacji pod kątem przekazywanych treści.

Michał Młynarczyk

Autor jest specjalistą ds. funduszy strukturalnych w Centrum Innowacji Transferu Technologii i Rozwoju Uniwersytetu (Uniwersytet Jagielloński), od stycznia 2005 r. doradcą OIL w Krakowie oraz redaktorem rubryki „Dotacje UE” w Biuletynie Stomatologicznym, trenerem w zakresie pozyskiwania funduszy strukturalnych i zarządzania projektami.

Przychodzi lekarz do prawnika

Czy lekarz będzie traktowany jak funkcjonariusz publiczny?

W sejmie trwają obecnie prace nad projektem ustawy o lekarzu sądowym, zgodnie z którą lekarz sądowy ma korzystać z ochrony przysługującej funkcjonariuszom publicznym!

W myśl projektu ustawy lekarzem sądowym będzie lekarz, z którym prezes sądu okręgowego zawrze umowę o wykonywanie czynności związanych z wystawianiem zaświadczeń usprawiedliwiających nieobecność uczestników postępowania karnego z powodu choroby. Przez pojęcie uczestników postępowania karnego należy rozumieć strony ich przedstawicieli ustawowych i pełnomocników, oskarżonych i ich obrońców, a także świadków. Warto podkreślić, że lekarz sądowy nie będzie uprawniony do wydawania zaświadczeń usprawiedliwiających nieobecność osób pozbawionych wolności.

Umowa o wykonywanie czynności lekarza sądowego może zostać zawarta z lekarzem, który spełnia następujące warunki:

- posiada prawo wykonywania zawodu na terytorium Polski,
- posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
- nie był karany za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe,
- posiada nieposzlakowaną opinię,
- posiada tytuł specjalisty I lub II stopnia,
- uzyskał rekomendację okręgowej rady lekarskiej,
- nie toczy się przeciwko niemu postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego (np. łapownictwo, nieumyślne spowodowanie śmierci, nieudzielenie pomocy) lub przestępstwo skarbowe,
- nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w zakresie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na zły stan zdrowia.

Lekarz sądowy będzie wystawiał zaświadczenia stwierdzające niemożność stawienia się na wezwanie lub zawiadomienie sądu bądź innego organu proce-

sowego z powodu choroby, w miejscu przyjęć pacjentów określonym w umowie. Jeżeli stan zdrowia uczestnika postępowania uniemożliwi stawienie się na badanie, lekarz sądowy przeprowadzi badanie i wyda stosowne zaświadczenie w miejscu pobytu tej osoby (np. w domu pacjenta).

Za każde wystawione zaświadczenie lekarzowi będzie przysługiwało wynagrodzenie, którego kwota zostanie określona w drodze rozporządzenia ministra sprawiedliwości. W przypadku, gdy badanie będzie przeprowadzane w miejscu pobytu pacjenta, lekarzowi będzie przysługiwał ponadto zwrot kosztów związanych z podróżą.

Zgodnie z uchwałą senatu z 1 czerwca 2007 r. lekarz sądowy ma korzystać z ochrony przysługującej funkcjonariuszom publicznym.

Szczególna ochrona przewidziana jest zarówno w przepisach prawa karnego, jak i cywilnego. Na gruncie prawa karnego ochrona funkcjonariusza publicznego związana jest z zastrzeżoną odpowiedzialnością karną za: czynną napaść na funkcjonariusza w trakcie wykonywania przez niego czynności zawodowych (art. 222 §1 kk), użycie przemocy lub groźby bezprawnej w celu zmuszenia funkcjonariusza publicznego do zaniechania wykonania czynności lub zadań służbowych (art. 224 §2 kk), znieważenie funkcjonariusza podczas wykonywania przez niego czynności służbowych (art. 226 §1 kk). Warto podkreślić, że pacjent, który wyłudzi od lekarza sądowego poświadczenie nieprawdy lub podstępnie wprowadzi go w błąd w celu uzyskania dokumentu, podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech (art. 272 kk).

Na gruncie prawa cywilnego szczególna ochrona wyraża się w odpowiedzialności Skarbu Państwa wobec osób trzecich za szkodę wyrządzoną przez funkcjonariusza przy wykonywaniu czynności służbowych. Ponoszenie odpowiedzialności cywilnej przez Skarb Państwa wyłącza odpowiedzialność cywilną lekarza w stosunku do pacjentów.

Szczególna ochrona funkcjonariusza publicznego związana jest ściśle z wykonywaniem przez niego obowiązków służbowych. W przypadku lekarza sądowego ochrona przysługująca funkcjonariuszom publicznym będzie obejmować lekarza np. w trakcie przeprowadzania badania pacjenta, dojazdu do miejsca pobytu pacjenta, wszelkich czynności związanych z wystawianiem zaświadczeń i prowadzeniem stosownej dokumentacji (rejestrów wydanych zaświadczeń). Ochrona nie będzie przysługiwać, jeżeli lekarz nie będzie wypełniał w danej chwili obowiązków lekarza sądowego, a na przykład będzie wykonywał zawód lekarza w ramach prywatnej praktyki lekarskiej.

Czym ryzykuje lekarz uchylający się od płacenia składek na samorząd lekarski?

Obowiązek płacenia składek na rzecz izb lekarskich mają ich członkowie, do których zgodnie z art. 12 ustawy z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 1989 r., nr 30, poz. 158, ze zm.) należą lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu oraz lekarze wykonujący zawód lub zamierzający wykonywać zawód na obszarze działania danej izby lekarskiej.

Lekarzy nie wykonujących faktycznie zawodu wpisuje się na listę członków danej izby lekarskiej na ich wniosek. Uchylanie się od obowiązku płacenia składek może skutkować poniesieniem odpowiedzialności zawodowej przez lekarza oraz pokryciem kosztów wynikających z przeprowadzenia postępowania egzekucyjnego w celu ściągnięcia zaległych składek członkowskich.

Z obowiązku przynależności do izby lekarskiej wynika obowiązek partycypowania w kosztach utrzymania samorządu lekarskiego. Samorządy zawodowe, w tym również samorząd lekarski, pokrywają w większości swoje wydatki z obowiązkowych składek członkowskich stanowiących podstawę finansowania instytucji. Składki członkow-

skie wykorzystywane są na cele związane z działalnością samorządu zawodowego lekarzy, do których należy między innymi:

- reprezentowanie i ochrona zawodu lekarza,
- integrowanie środowiska lekarskiego,
- zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia,
- współpraca z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą,
- prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin.

Wysokość składki członkowskiej określana jest w drodze uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej, która określa jednocześnie, jakie podmioty zwolnione są z opłacania składek. Zgodnie z §1 uchwały NRL nr 21/06/V z 22 czerwca 2006 r. wysokość składki miesięcznej wynosi odpowiednio:

- 30,00 złotych dla lekarza i lekarza dentysty oraz dla emerytowanego lekarza i lekarza dentysty, który kontynuuje zatrudnienie i nie ukończył 65 lat w przypadku mężczyzny i 60 lat w przypadku kobiety. Warto podkreślić, że lekarz wykonujący zawód poza Polską nie jest zwolniony z obowiązku płacenia składek. Oznacza to, że lekarz wykonujący zawód na terenie Unii Europejskiej lub w państwach spoza UE ma obowiązek opłacania składek członkowskich na rzecz izby lekarskiej, której jest członkiem.
- 10,00 złotych dla lekarza stażysty, lekarza rencisty oraz emerytowanego lekarza i lekarza dentysty, który kontynuuje zatrudnienie i ukończył 65 lat w przypadku mężczyzny i 60 lat w przypadku kobiety.

Z obowiązku płacenia składek zwolnione są następujące grupy lekarzy:

- nie zarobkujący emeryci i renciści,
- nie uzyskujący przychodu w związku z wykonywaniem zawodu lekarza lub lekarza dentysty bądź z innych źródeł zarobkowania,
- bezrobotni.

Uchylanie się od obowiązku płacenia składek lub nieterminowe regulowanie należności wiąże się z możliwością ściągnięcia zaległych składek w drodze egzekucji administracyjnej, a także z możliwością poniesienia przez lekarza odpowiedzialności zawodowej.

Izba lekarska, której członek nieterminowo płaci składki, ma prawo do naliczania ustawowych odsetek od zaległych składek. Należy zaznaczyć, że obowiązek opłacania składki członkowskiej przez lekarza i lekarza stomatologa powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz lub lekarz stomatolog został wpisany na listę członków okręgowej izby lekarskiej. Składka za dany miesiąc musi zostać opłacona do końca tego miesiąca.

Zgodnie z art. 61 UoIL niepłacenie składek członkowskich podlega ściągnięciu w drodze egzekucji administracyjnej. Koszty postępowania ponosi w całości lekarz, który będąc zobowiązanym do płacenia składek nie dopełnił tego obowiązku.

Oprócz odpowiedzialności finansowej związanej z pokryciem zaległych składek wraz z ustawowymi odsetkami oraz kosztów związanych z prowadzeniem postępowania egzekucyjnego lekarz może ponieść odpowiedzialność zawodową.

Odpowiedzialność zawodową ponoszą wszyscy członkowie samorządu lekarskiego, za działania sprzeczne z zasadami etyki i deontologii lekarskiej (art. 41 UoIL). Biorąc pod uwagę fakt, że składki członkowskie stanowią główne źródło finansowania samorządu lekarskiego uchylanie się od płacenia składek stanowi niewątpliwie czyn sprzeczny z zasadami etyki lekarskiej. W związku z naruszeniem zasad etyki sąd lekarski może orzec w stosunku do lekarza karę: upomnienia, nagany, zawieszenia prawa wykonywania zawodu lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Żaden akt prawny nie definiuje, jaka kara może zostać orzeczona przez sąd lekarski za konkretne wykroczenie, co oznacza, że za niepłacenie składek może zostać orzeczona każda z wymienionych wcześniej kar (np. kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu). Warto podkreślić, że koszty związane z postępowaniem w sprawie odpowiedzialności zawodowej ponosi w całości lekarz, który nie dopełnił obowiązku płacenia składek członkowskich.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego UM w Łodzi

Artykuły ukazują się przy współpracy wydawnictwa Progress, wydawcy „Prawa w Medycynie” i medycznych atlasów multimedialnych – www.progress.med.pl

Ocaleni

Opowieści prawdziwe dra Zbigniewa Woźniewskiego oraz wspomnienie Leona Manteuffla

Dzisiejszy Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, przy ul. Płockiej 26 w Warszawie, nazywany był powszechnie Szpitalem Wolskim. 1 sierpnia 1944 r. przebywało w nim 220 zarejestrowanych chorych. W pierwszych dniach sierpnia w szpitalu znalazło się także kilkuset mieszkańców okolicznych ulic, którzy w jego murach szukali schronienia w obliczu podjętej przez Niemców pacyfikacji Woli.

Użyto do niej kolaboranckich oddziałów najemników nazywanych „kałmukami”. Oddziały te wymordowały w pierwszych dniach powstania ok. 7000 mieszkańców Woli. 5 sierpnia, po zarządzonej ewakuacji personelu, pacjentów i uciekinierów – zamordowano ok. 60 pracowników Szpitala Wolskiego oraz 300 wyprowadzonych w zwartej kolumnie mężczyzn.

Z tej masakry ocalało zaledwie kilka osób.

Ocalenie doktora Woźniewskiego

Zbigniew Woźniewski był człowiekiem 30-letnim. Ostatniego dnia lipca 1944 r. ożenił się z Marią Gepner,

również lekarką, koleżanką z pracy. Do szpitala, wezwani lekarskimi sumieniami i poleceniem konspiracji, trafili oboje prosto ze skromnego weselnego przyjęcia.

5 sierpnia przeżyli swój powstańczy dramat.

Dr Woźniewski, we „Wspomnieniach z okresu Powstania Warszawskiego”,¹ opowiada cudowną historię swojego ocalenia w stylistyce thrillera.

Do szpitala wpadli agresywni i pijani „kałmucy”, dowodzeni przez niemieckiego oficera. Dowódca zarządził natychmiastową ewakuację szpitala; całego personelu i wszystkich chorych. Zbigniew Woźniewski, jako jeden z nielicznych lekarzy znających język niemiecki, pomagał – na polecenie oficera – w formowaniu kolumny ustawiającej się do wyjścia. Żołdacy w tym czasie rabowali żywność ze szpitalnych magazynów i dobytek pacjentów. Lekarz widział dołączających do kolumny przyjaciół. W tych okolicznościach pożegnał się także ze swoją żoną. Był przekonany, że dołączy do wypędzanych ze szpitala jako ostatni.

Tak się jednak nie stało. Otrzymał od dowódcy polecenie opieki nad cięż-

ko chorą pacjentką, Janiną Łaską. Dla bezpieczeństwa przed pijanym żołdactwem przydzielono mu nawet osobistego ochroniarza. A sprawcą tego cudownego zdarzenia był Jan Łaski, starszy człowiek, który przebywał w szpitalu jako opiekun swojej ciężko chorej żony.

Przypadek Jana Łaskiego

Jana i Janinę Łasków traktowano w szpitalu podejrzliwie. Znaleźli się podobno na oddziale z polecenia Niemców. On dobrze znał język niemiecki, w przeciwieństwie do polskiego, który bardzo kaleczył. Mówiono nawet, że są Niemcami.

Potwierdziło się to w sytuacji zarządzonej ewakuacji, kiedy Łaski wylegitymował się dowódcy jakimiś dokumentami, które mogły być „listem żelaznym”. Oficer niemiecki z respektem przeczytał pokazany mu dokument. Na żądanie Łaskiego oddał się nawet wraz z nim do swojego dowódcy.

I w tym momencie los połączył z Łaskim doktora Woźniewskiego, którego oficer niemiecki wyznaczył do opieki nad chorą panią Janiną. Dla bezpieczeń-

stwa przydzielił mu ochronę w postaci niemieckiego strażnika.

Jan Łaski wrócił z rozmowy z niemieckimi dowódcami już po wyjściu kolumny ze szpitala. Doktor Woźniewski nie dołączył do ostatniego szeregu. Został na oddziale, jako opiekun chorej na zapalenie płuc Janiny Łaskiej. Dzięki tej okoliczności ocalał. Wraz z pielęgniarką Lucyną Lange oraz dwiema salowymi: Marią Słowińską i Jadwigą Zubkową, które również się ukryły i nie wyszły z wypędzonymi, zajął się pozostałymi w szpitalu obłożnie chorymi. Następnie heroicznie kierował szpitalem aż do ostatnich dni powstania.

Jan i Janina Łaskowie, korzystając z listu żelaznego, zostali przez Niemców wywiezieni ze szpitala w bezpieczne miejsce. Przy pożegnaniu Łaski wyjawiał doktorowi tajemnicę: był niemieckim Żydem, ona polską Żydówką. Ponieważ dysponował pokaźnymi pieniędzmi – kupił sobie dokumenty i przychyłność Niemców.

Wdzięczność Schlieffacke’go

W kolumnie, która opuściła Szpital Wolski, znajdowali się dwaj lekarze chirurdzy: Leon Manteuffel i Stefan Wesołowski.

W Szpitalu Wolskim, zgodnie z kodeksem etyki lekarskiej i konwencjami o ochronie jeńców, opatrywano także rannych żołnierzy niemieckich. Jednym z nich był Niemiec o nazwisku Schlieffacke, który okazał się zbawcą kolejnych skazańców. Rany opatrywali mu w szpitalu właśnie doktorzy Manteuffel i Wesołowski.

Schlieffacke, który znajdował się na noszach, polecił sanitariuszom nieść się wzdłuż kolumny wypędzonych. Szukał i odnalazł swoich chirurgów. Za jego wstawieniem z kolumny wyłączono tych dwóch lekarzy.

Doktorzy Manteuffel i Wesołowski zostali skierowani przez Niemców do szpitala Św. Stanisława (Zakaźnego), który znajdował się przy ul. Wolskiej. Obaj ofiarne nieśli pomoc rannym powstańcom.

W takiej, syntetycznej, a więc uproszczonej wersji wypadki te trafiły do przekazów z „drugiej ręki”. Opisał je, na szczęście, sam Leon Manteuffel i z jego, pełną, wersją teraz się zapoznamy.²

Bodaj że w środę, tj. 3 sierpnia, przyniesiono ze znajdującego się w sąsiedztwie Szpitala Zakaźnego św. Stanisława pierwszego i jedyne rannego Niemca. Nazywał się Schlieffacke. Był to żołnierz Wehrmachtu, lat czterdziestu kilku, spokojny, kulturalny. Pierwszego sierpnia przyjechał do Warszawy z Holandii i zo-

stał postrzelony od razu w pierwszym dniu powstania. Rana nie była zbyt groźna, pocisk tkwił mu w pośladku i można go było bez trudu wymacać. Jeńca zoperował dr Wesołowski. – „Ty mi pomożesz” – powiedział do mnie. Pacjent zachowywał się bez zarzutu, prosił tylko po operacji o czystą koszulę – dostał ją, jeszcze były.

Tak, w relacji dr. Manteuffla, przedstawiało się jego zetknięcie z rannym Niemcem, który w dwa dni później okazał się zbawcą jego i Stefana Wesołowskiego.

A oto, we wspomnieniach utrwalonych po 25 latach, opis wydarzenia, które nastąpiło po wyjściu kolumny wypędzonych ze Szpitala Wolskiego:

Na Moczydle zaczęto nas segregować; oddzielnie lekarzy, oddzielnie pielęgniarki, szarytki, pracowników fizycznych, zbiegłą ludność cywilną i tak dalej. Zauważyłem wtedy niesionego na noszach naszego rannego Niemca, Schlieffackiego, patrzył na nas wzrokiem, w którym – tak mi się zdawało – wyrażało się zdumienie i smutek. Czyż ten ranny żołnierz był inspiratorem tego, co się w chwilę później stało z dr. Wesołowskim i ze mną? Być może.

Po pewnym czasie zbliżył się do nas podoficer.

– Nasz lekarz sztabowy potrzebuje dwóch polskich chirurgów – zwrócił się do Wesołowskiego.

– Ty pójdziesz.

– I tamten – zawołał doktor (Wesołowski), łapiąc mnie za ramię.

– Nie, tamten nie! – odpowiedział podoficer, prowadząc palcem po grupie stojących opodał lekarzy.

– Ten, ten – wołał Wesołowski.

– No, więc idź! – powiedział po chwili wahania podoficer. Poszliśmy za nim.

Dalszy opis wypadków wyjaśnia, że Niemcy wcale nie potrzebowali dwóch wywołanych chirurgów dla jakiegoś sztabowego lekarza. Nie wiedzieli nawet, co z nimi zrobić. W końcu znaleźli dla nich miejsce w szpitalu św. Stanisława.

Proszę pamiętać o równoczesności wydarzeń. W tym samym czasie na swoim lekarskim posterunku w pomieszczeniach Szpitala Wolskiego dr Woźniewski stwierdzał, że został ocalony.

Trudno o większy dramatyzm, jakim los połączył życie trzech lekarzy z jednego szpitala.

Powroty rozstrzelanych

Doktor Woźniewski nie miał czasu na rozpatrywanie okoliczności swojego ocalenia. Zajął się opatrywa-

dokończenie na str. 36



Lekarze Szpitala Wolskiego w czasie Powstania Warszawskiego: Zbigniew Woźniewski, Leon Manteuffel, Stefan Wesołowski. 5 sierpnia 1944 r. ocalili z masakry lekarzy, personelu szpitalnego, rannych powstańców i przypadkowych mieszkańców Woli.

niem pozostawionych w szpitalu ciężko rannych.

Jeden z pacjentów, ciężko ranny w obie nogi, opowiedział mu swoją historię. Usłuchał polecenia Niemców wyganiających wszystkich ze szpitala. Nie mogąc poruszać się o własnych siłach był niesiony przez współtowarzyszy na krzeselku. Nie podobało się to oprawcom z eskorty. Wyłączyli go z kolumny, a następnie oddali w jego kierunku serię strzałów. Trafiły one w krzeselko, a on sam szczęśliwie ocalał. Kiedy kolumna się oddaliła, przywłókł się z powrotem do szpitala.

Według książki raportów lekarza dyżurnego z następnego dnia (6 sierpnia) w szpitalu pozostało 98 ciężko poszkodowanych pacjentów. Dołączył do nich jeszcze jeden, którego stan lekarz szczegółowo opisał:

Obrośnięta nie ogolonym przez kilka dni zarostem twarz cała była zbryzgana krwią i ziemią. Warga dolna była całkowicie rozerwana, a z ust wydobywał się niezrozumiały bełkot.

Ranny, który nie mógł mówić, napisał na podanej kartce: *Piotr Dolny – egzekucja na ulicy Młynarskiej.*

Doktor Woźniewski stwierdził wlot kuli w okolicy karku i wylot przez usta, z rozerwaniem języka i strzaskaniem żuchwy. Ranny był, jak się później okazało, ocalałą ofiarą egzekucji przy ul. Młynarskiej 17, gdzie rozstrzeliwano mężczyzn stawiając ich tyłem do oprawców.

Ucieczka skazańca

W kolumnie wyprowadzonej ze Szpitala Wolskiego znajdował się Jan Napiórkowski, student medycyny. Po wojnie skontaktował się z dr. Woźniewskim, któremu opowiedział swoje przeżycia.

W fabrycznych halach kolejowych, do których wprowadzono wypędzonych, rozpoczęła się selekcja kobiet i dzieci. Mężczyzn, najpierw na ochotnika, rzekomo do pracy na zewnątrz hali, wywoływano po pięciu, później po dziesięciu, po dwudziestu... Dochodzące strzały świadczyły, że byli rozstrzeliwani. Napiórkowski znalazł się w ostatniej grupie skazanych na rozstrzelanie.

Opowiadał o tej chwili, kiedy zęgnął się już z życiem:

„Jeden z egzekutorów daje znak ręką, byśmy postąpili naprzód. I nagle wybuchła we mnie bunt. Nie posłucham. Zabijcie mnie w biegu.

Sekunda wahania, kulę się w sobie i zaczynam biec. Mam do przebycia może 30 metrów. Pada strzał. Biegnę dalej. Dobiegam do upragnionego rogu, potykam się i padam. Jednocześnie nad głową świst kuli i w murze głęboki ślad. Podnoszę się dziwnie spokojny i wybiegam na ulicę Zagłoby. Spodziewam się rychłego końca, ale nikt nie strzela.

*

Tego dnia, 5 sierpnia, w masakrze na Woli zginęło ok. 7000 ludzi. Wśród nich było 60 pracowników Szpitala Wolskiego oraz ok. 300 mężczyzn.

Ofiarami tego mordu byli także lekarze Szpitala Wolskiego: dr Józef M.

Piasecki – dyrektor szpitala oraz dr Janusz Zeyland, profesor ftyzjatrii. Wraz z nimi, w gabinecie dyrektora szpitala, zamordowany został ks. kapelan Kazimierz Ciecierski.

W drodze do miejsca masowej masakry z kolumny zostali wyłączeni i rozstrzelani: prof. dr Józef Grzybowski, dr Olgierd Sokołowski, dr Kazimierz Drozdowski, dr Leon Kuliszewski, dr Włodzimierz Kmicikiewicz, st. felczer Stanisław Lempicki, inż. Bronisław Kapica i inni.

Z. W.

‘O dramatycznych wydarzeniach w Szpitalu Wolskim w sierpniu 1944 r. opowiada wydawnictwo o podwójnym tytule: „Książka raportów lekarza dyżurnego. Szpital Wolski w okresie Powstania Warszawskiego”, złożone ze wspomnień doktora Zbigniewa Woźniewskiego oraz szpitalnej książki raportów, pisanych przez niego w dniach Powstania Warszawskiego. Książkę, wydaną w 1976 r. przez PIW, przygotowali najbliżsi nie żyjącego już dr med. Z. Woźniewskiego: Maria Gepner-Woźniewska i Stefan Wesółowski.

²Leon Manteuffel: Szpital Wolski w czasie powstania. Tygodnik „Za i przeciw”, nr 29, 31, 32, 33, 1969.

P.S.: Pozwoliłem sobie, jak umialem, opowiedzieć za dr. Z. Woźniewskim i dr. L. Manteufflem o heroicznych losach lekarzy Szpitala Wolskiego w czasie Powstania Warszawskiego. Posiłkowo korzystałem także z książki M. Wiśniewskiej i M. Sikorskiej „Szpitale powstańczej Warszawy”, OW „Rytm”, 1991. Polecam czytelnikom wymienione znakomite książki.

Z. W.

Imprezy różne

Naczelna Rada Lekarska organizuje dla lekarzy wyjazd do Włoch i Watykanu

Termin: **28.09.-5.10.2007**. Przelot samolotem, pełne zwiedzanie Rzymu, udział w Uroczystościach w Watykanie, dwie wycieczki: **Monte Cassino** oraz **Neapol i Pompeje**. Zakwaterowanie w hotelu w pobliżu Rzymu, wyżywienie, pilot, ubezpieczenie. Cena: 2250 zł. **Zgłoszenia w Biurze NIL**. Decyduje kolejność zgłoszeń – liczba miejsc ograniczona. **Tel./faks 022-559-13-00, e-mail: sekretariat@hipokrates.org**

To Kajman sygnał dał, to Kajman wzywa Cię...

Akademicki Klub Włóczęgów „KAJMAN” organizuje spotkanie po latach byłych członków i sympatyków Klubu, które odbędzie się w dn. **11-12 sierpnia br. w Wiśle-Czarne w DW „Pod Baranią”**. Koszt udziału: 120 zł/os.; wpłaty na konto: PKO BP 95 1020 2472 0000 6502 0100 9570, z dopiskiem „Kajman”. **Informacje: Róża Cichy-Jania, tel. kom. 0-501-308-032.**

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, absolwenci z roku 1957

Drogie Koleżanki i Koledzy! Z okazji 50 rocznicy uzyskania absolutorium naszej Alma Mater spotykamy się **we Wrocławiu w dn. 4-6.09.br**. Zgłoszenia: do 21.07.2007 – **tel. 071-361-65-78; w dn. 23.07.-5.08.2007 – tel. 0601-268-533. Profesor Elżbieta Gajewska**

Wydział Lekarski AM w Gdańsku rocznik 1952-57/8

W przyszłym roku nasze „złote dyplomatorium”! Przygotowujemy spotkanie w **maju 2008 r.**, w związku z czym prosimy już o kontakt: **Krystyna Kaczmarek, ul. Świętojańska 2/24 81-368 Gdynia, tel. 058-621-89-01 lub e-mail: grabowicz@neostrada.pl, tel. 058-622-01-16**. Za komitetem organizacyjny Kornelia Cichon-Grabowicz

Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rocznik 1987

Spotkanie koleżeńskie z okazji XX rocznicy ukończenia akademii, w dn. **29-30.09.br. w Krynicy Morskiej**. Potwierdzenie uczestnictwa do końca lipca br., wpłaty do końca sierpnia br. **Kontakt: Iwona Miernik-Zawiślak, tel. 0601-615-376, e-mail: iwona-miernik@wp.pl lub Grażyna Jastalska, tel. 055-234-79-61. Więcej informacji na stronie internetowej www.spotkanie2007.webpark.pl**

Wydział Lekarski AM w Warszawie 1952-58
Zwracam się do moich koleżanek i kolegów. Chcę wydać **album pamiątkowy** na przyszłoroczne odnowienie dyplomu. Chyba warto! Proszę **przysłać mi zdjęcie i notkę o sobie**. Pilne. **Mój adres: ul. św. M. Kolbego 6, 02-781 Warszawa, tel. 022-644-32-91. Wasza Jolanta Zaręba-Wronkowska**

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE **www.absolventus.pl**

SERWIS POMOCZE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW. PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄ Szybkie Wyszukiwanie Informacji oraz Dodanie Informacji o Nowym Zjeździe.



Maciejów dwóch



ciecha Kusaka, którzy pokonali w meczu o III miej-

Dopiero za trzecim razem udało się doprowadzić do organizacji I MPL w Siatkówce Piłkowej (które były okazją do rewanżu za igrzyska lekarskie w Zakopanem) dzięki konsekwencji Macieja Mrozeńskiego, szczecińskiego lekarza społecznika i sportowca. W organizacji zawodów dzielnie wspierał Macieja seniora młodszy kolega Maciej Lewandowski, zarazem złoty medalista w klasyfikacji open.

Ich organizator Maciej Mrozeński, z Prezydium ORL w Szczecinie, odznaczony przez ostatni zjazd swojej izby prestiżowym tytułem Honorowego Członka Pomorskiej Izby Lekarskiej, skutecznie



zdopingował do rywalizacji lekarskich sportowców „plażowiczów”.

Podobnie jak w Zakopanem o medale walczone w czterech kategoriach: open, kobiet, seniorów (+ 45 lat), mixt. Z dużym zaangażowaniem i wdziękiem rywalizowały panie dopingowane przez liczne grono kibiców. Złote medale zdobyły poznanianki Monika Ciesielska i Elżbieta Buszkiewicz.

Monika praktykuje w prywatnej klinice stomatologicznej i mimo 15 lat od ukończenia studiów w wolnych chwilach trenuje ze swoimi młodszymi koleżankami studentkami AM.

Ela pracuje w poznańskim szpitalu im. J. Strusia i marzy o rozpoczęciu specjali-



zacji z chirurgii. Przez wiele lat była zawodniczką II-ligowego KS „Energetyk”; jest dwukrotną złotą medalistką igrzysk lekarskich, zdobyła także złoto z drużyną AM na hali oraz w piłce plażowej w akademickich MP.

Srebrne medale pojadą do Lublina za sprawą Magdaleny Mamisz, rezydentki z okulistyki w II klinice AM oraz Anny Petryny, dentystki z Tomaszowa Lubelskiego.

Magda traktuje siatkówkę jako piętnastoletnie „hobby”, a Ania oprócz piłki halowej i dwuletniej przygody z plażówką uprawia żeglarstwo, lekką atletykę, koszykówkę i narciarstwo.

Medale brązowe pozostaną na Pomorzu za sprawą Anny Szymańskiej i Małgorzaty Głodek. Małgosia – diabetolog i Ania są związane od wielu lat zawodowo i rodzinie z Goleniowem.

W prestiżowej kategorii open medale złote zdobyli pracujący w Klinice Kardiologii PAM w Szczecinie Maciej Lewandowski i Tomasz Kucharczyk. Ich mecz finałowy z parą Śląskiej IL z drużyny CLINICA Przemysławem Rosakiem i Michałem Fatygą był porywającym i pełnym emocji widowiskiem. Finałowy tie-break zakończył się wynikiem 21:19, a oba zespoły miały piłki meczowe.

Maciek, dr n. med. specjalizujący się w kardiologii uprawia również z sukcesem żeglarstwo i dał się poznać w czasie mistrzostw jako doskonały organizator i sędzia, co uprawnia do stwierdzenia, że szczeciński sport Maciejami stoi. Tomek jest w trakcie specjalizacji z interny, uzupełnianej oprócz siatkówki sportami motorowymi. Przemek jest asystentem w Katedrze i Zakładzie Protetyki Stomatologicznej w Bytomiu Śląskiej AM oraz ZOZ POS CLINICA w Dąbrowie Górniczej, a Michał lekarzem stażystą w szpitalu rejonowym w Zabrze-Biskupicach.

Medal brązowy również trafi na Śląsk za sprawą katowickich lekarzy Tomasa Pałki i Woj-

sce brązowych medalistów na hali ostatnich mistrzostw świata białostockich weteranów Jacka Brajczewskiego i Aleksandra Pańko. Białostoccy oldboje powetowali sobie przegrany mecz brązowym medalem w kategorii (+45 lat) ustępując srebrnym medalistom z Goleniowa: chirurgom Markowi Szymczakowi i Juliuszowi Szymańskiemu.

Medal złoty ponownie, jak na ostatnich igrzyskach lekarskich, zdobyli: Zbigniew Surowiec, warszawski chirurg dziecięcy, wspomagany przez Krzysztofa Makucha, ginekologa ze Starych Babic.

Wiele emocji dostarczyła rywalizacja w integracyjno-rodzinnej kategorii mixt. Drugi złoty medal zdobyła tradycyjnie Ela Buszkiewicz (Poznań), a jej partnerem był Wojtek Kusak (Katowice). Medal srebrny niespodziewanie pojedzie do Warszawy za sprawą Martyny Mickiewicz-Makuch, studentki III roku warszawskiej AM zdobyty w parze z ojcem Krzysztofem, a medal brązowy dla pary Magda Mamisz (Lublin) i Cezary Sierant (Szczecin).

Uroczystość wręczenia medali, pamiątkowych pucharów dla zwycięzców poszczególnych kategorii oraz dyplomów dla uczestników była miłym zwieńczeniem tej udanej imprezy, co podkreślił wiceprzewodniczący ORL w Szczecinie Jacek Siwulski. Wspaniała letnia pogoda i zaangażowanie organizatorów niwelowało trudne warunki gry na wietrznej i kamienistej plaży w Niechorzu. Przed nami mistrzostwa świata w Maroku i wrześniowe igrzyska lekarskie w Zakopanem.

Krzysztof Makuch

Wyniki – Panie: 1. Monika Ciesielska, Elżbieta Buszkiewicz; 2. Anna Petryna, Magdalena Samisz; 3. Anna Szymańska, Małgorzata Głodek. **Mixt:** 1. Elżbieta Buszkiewicz, Wojciech Kusak; 2. Martyna Mickiewicz-Makuch, Krzysztof Makuch; 3. Magdalena Mamisz, Cezary Sierant; 4. Anna Petryna, Tomasz Wawrzak; 5. Anna Żukowska, Zbigniew Surowiec. **Seniorzy(+45):** 1. Zbigniew Surowiec, Krzysztof Makuch; 2. Juliusz Szymański, Marek Szymczak; 3. Jacek Brajczewski, Aleksander Pańko. **Open:** 1. Maciej Lewandowski, Tomasz Kucharczyk; 2. Michał Fatyga, Przemysław Rosak; 3. Wojciech Kusak, Tomasz Pałka; 4. Jacek Brajczewski, Aleksander Pańko; 5. Marcin Drożdżel, Tomasz Wawrzak; 6. Zbigniew Surowiec, Krzysztof Makuch; 7. Marek Szymczak, Zbigniew Głodek; 8. Mirosław Halczak, Tomasz Kacperski; 9. Dariusz Adamczyk, Juliusz Szymański.

Lekarz piłkę kopie

W dn. 26-27 maja br. odbyły się w Łodzi I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej.

Organizatorem była Komisja Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi, a główny ciężar przygotowania imprezy wziął na swoje barki kolega Mariusz Maroszyński. W zawodach wzięło udział 11 sześciuosobowych zespołów, reprezentujących izby: częstochowską, krakowską, kujawsko-pomorską, lu-

ry, nagrody i medale, które ufundowała Naczelna Izba Lekarska.

Nagrody specjalne otrzymali: Król Strzelców – Zbigniew Maciejewski (Kuj.-Pom. OIL), Najlepszy Bramkarz – Łukasz Antolak (WIL), Puchar Fair Play, ufundowany przez prezesa łódzkiej Izby – drużyna OIL w Łodzi.

W mistrzowskiej drużynie – OIL Kraków grali: Robert Balawejder, Piotr Sterkowicz, Łukasz Drelicharz, Tomasz Rewer, Piotr Morawski, Piotr Marszałek, Łukasz Ozga, Miłosz Przybyszowski, Dariusz Para, Damian Dylkowski, Maciej Łabęcki i Łukasz Strzępek.

Atmosferę imprezy najlepiej odzwierciedla e-mail, który

otrzymaliśmy kilka dni po jej zakończeniu i cytujemy w całości: „w imieniu swojej drużyny serdecznie dziękuję za zorganizowany turniej piłkarski w dniach 26-27 maja br. Wspaniały pomysł, świetna organizacja, płynność meczów, dobrzy sędziowie, bezpiecz-



Drużyna z Krakowskiej OIL

belską, opolską, plocką, poznańską, śląską (Zabrze-Medyk), warszawską, no i oczywiście łódzką, swoją drużynę miała też Wojskowa Izba Lekarska. Wśród zawodników można było dostrzec prezesów OIL: Jerzego Jakubiszyną z Opola i Pawła Sobieskiego z Płocka.

W uroczystości otwarcia mistrzostw udział wzięli: Ryszard Golański – wiceprezes NRL, Grzegorz Krzyżanowski – przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi, Janusz Malarowski – przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi, Janusz Matusiak – dyrektor Szkoły Mistrzostwa Sportowego w Łodzi oraz przedstawiciele sponsorów.

Mistrzem Polski Lekarzy w Piłce Nożnej został zespół OIL Kraków, wice mistrzem – Zabrze-Medyk, a III miejsce zdobyła drużyna Kujawsko-Pomorskiej OIL.

Mistrzostwa uroczyście zakończył dr Mariusz Maroszyński wręczając pucha-



Ekipa z Izby Kujawsko-Pomorskiej

nie. Świetny grill w sobotni wieczór... najlepszy był karczek! Chętnie zagramy w następnych takich zawodach – Maciej Łabęcki – Kraków – Mistrz Polski”. Nam wypada tylko podziękować za tak miłe słowa i... do zobaczenia za rok.

Organizatorzy Mistrzostw

• **6-8.09.** Sandomierz. V Jubileuszowa Podkarpacka Konf. **Endokryno-logiczno-Diabetologiczna**. Patronat: Uniwersytet Medyczny w Łodzi, PT Endokrynologiczne, PT Neuroendokrynologii. W czasie konferencji odbędzie się zebranie założycielskie PT Tyreologicznego. Zapraszamy na stronę www.pked.edu.pl. Kontakt: biuro@pked.edu.pl, tel. 604-588-920, 667-513-005, 667-513-001, 667-513-002

• **13-15.09.** Gdańsk. VI Zjazd PT **Medycyny Rodzinnej**. Tematyka: *Choroby narządów ruchu, wzroku, słuchu i węchu; Choroby skóry; Choroby układu oddechowego; Epidemie XXI wieku; Gastroenterologia; Ginekologia i położnictwo; Hematologia i onkologia; Kardiologia; Kształcenie w medycynie rodzinnej; Medycyna paliatywna i terapia bólu; Medycyna rodzinna; Naciskiśnienie tętnicze; Zatorowość płucna; Nefrologia; Nefropatie i zakażenia układu moczowego; Onkologia; Prawo medyczne; Problemy endokrynne w praktyce lekarza rodzinnego; Problemy medyczne 2007; Problemy neurologiczne i psychiatryczne; Zakażenia układu moczowego; Zdrowy styl życia*. W ramach opłaty rejestracyjnej, uczestnicy konferencji otrzymają roczną prenumeratę czasopisma PTMR „Forum Medycyny Rodzinnej”. Organizator: VM Media sp. z o.o., VM Group sp.k., 80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73, tel. 058-326-78-20, 058-320-94-54, faks 058-320-94-54, tomasz.halachkiewicz@viamedica.pl. Szczegóły: www.vizjazdptmr.vmgroupl

• **21-22.09.** Gdańsk. Sekcja **Ginekologii Onkologicznej** PT Ginekologicznego organizuje Ogólnopolską Konferencję Naukową: **Rak szyjki macicy. Wybierz życie**. Informacje: www.konf.com.pl

Zakład Periodontologii Katedry **Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii** PAM w Szczecinie – kursy
• **27.09. Leczenie chirurgiczne regeneracyjne w leczeniu zapaleń przyzębia.**
• **31.01.-2.02.2008 r. Choroby błony śluzowej jamy ustnej.**
Informacje: Dentimex A. Parzonka, www.Dentimex.Szczecin.pl, tel. 091-433-42-05.

• **5-6.10.** Włocławek. XXVII Ogólnopol. Konf. **Kardiologiczna** Włocławskiego Tow. Naukowego. Informacje: WTN, 87-800 Włocławek, pl. Wolności 20, tel./faks 054-232-28-08, www.wtn.pl, e-mail: lega@wn.pl

• **11-14.10.** Poznań. II Kongres Nauk.-Szkol. PT **Leczenia Ran: Leczenie ran – od teorii do praktyki**. Informacje: CAAD KKI 61-144 Poznań, ul. B. Krzywoustego 72, tel./faks 061-872-03-40, www.ptlr.pl, www.caad.pl

• **12-14.10.** Łódź. Stow. Hospicjum Łódzkie, Pracownia Med. **Paliatywnej** Kat. Onkologii UM w Łodzi organizują Konf. Nauk.-Szkol.: **XV-lecie Opieki Paliatywnej na Ziemi Łódzkiej**. Biuro Org.: Stowarzyszenie Hospicjum Łódzkie 90-251 Łódź, ul. Jaracza 55, tel./faks 042-637-90-24, e-mail: konferencjamp@o2.pl, hospicjum@sns.pl

• **19-20.10.** Bydgoszcz. PT Chorób Płuc Oddz. w Bydgoszczy, Kliniczny Oddz. Pulmonologii 10 Woj. Szpit. Klinicznego, Katedra i Zakład Promocji Zdrowia CM UMK w Toruniu, Fundacja Oddech Nadziei organizują: II Polsko-Francuską Konferencję **Pulmonologiczną**. Główne tematy: *epidemiologia chorób płuc w Polsce i Francji, sarkoidoza, problemy uzależnienia od nikotyny, opieka paliatywna w chorobach płuc, wczesne metody wykrywania raka płuca*. Informacje i zgłoszenia: lek. med. Iwona Patyk, tel. 0504-139-496, iwona-patyk@yahoo.fr; dr med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, tel. 052-256-772, m.cz.malinowska@interia.pl. Możliwość zwrotu kosztów podróży na konferencję i pokrycia kosztów 1 doby hotelowej dla młodych pnemonologów (do 35 r. ż.) z całego kraju.

• **20.10.** Częstochowa. Fund. „Słoneczny Horyzont”, Oddz. **Okulistyki** W.Sz.S., OIL, Stow. „Błękitna Gwiazda” w Częstochowie organizują: VII Symp. Interdyscyplinarne **Genetyka, immunologia i schorzenia metaboliczne w okulistyce**. 7 pkt edukac. Zgłoszenia: Oddz. Okulistyki Woj. Szpit. Spec., ul. Bialska 104/119, 42-200 Częstochowa, faks 034-367-37-48, e-mail: slonecznyhoryzont@wp.pl. W imieniu Kom. Org. dr Teresa M. Kotkowska, dr n. med. Krzysztof Muskalski

• **9-10.11.** Poznań. **Nowoczesna pediatria**, www.symposion.pl/np/poznan

• **23.11.** Warszawa. Sekcja Chorób Naczyniowych PTN, Kom. Chorób Naczyniowych Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, II Klin. Neurologiczna IPiN w Warszawie organizują konf. naukową: **Naczyniopochodne zespoły uszkodzenia rdzenia kręgowego**, asondaj@ipin.edu.pl

• **23-24.11.** Kraków. **Kontrowersje w pediatrii**, www.symposion.pl/kontrowersjewpediatrii/krakow

• **16-18.05.2008 r.** Poznań. V Ogólnopolskie Symp. PT **Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci**, www.vsympozjum.poznan.pl

• **29.05.-1.06.2008 r.** Toruń. IX Naukowy Zjazd PT **Ultrasonograficznego**. Zgłoszenia: Szpital Powiatowy Sp. Z o.o. Chełmża, 87-140 Chełmża, ul. Szewska 23, e-mail: szpitalchelmza@gmail.com; www.usg.com.pl

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS – kursy: ul. J. Bruna 32, 02-535 Warszawa, tel. 022-646-41-56, kursy@cedus.edu.pl, www.cedus.edu.pl

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**, r. zał. 1993, nr w rej. podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyków DIL: 69-000032-001-0000, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel./faks 071-348-39-66, tel. 0606-350-328, www.usg.webd.pl

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii** – kursy. Zapisy: 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, usg@usg.pisz.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii** – kursy podst. i doskonalące praktycznej ultrasonografii w 2007 i 2008 r. Info: www.usg.com.pl

Kursy **Medyczne** Skolamed. Info: www.szkolenia-medyczne.com.pl. Zgłoszenia: e-mail: medyczne@paiz.com.pl, tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50. Pkty edukac.

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej zaprasza na praktyczne kursy **ultrasonograficzne**: podstawowe i doskonalące. Prawo do pkt. edukac. izby lek. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: tel./faks 061-819-25-00, tel. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl

XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w brydżu sportowym
rozegrane zostaną w dn. **21-22.09.2007 w Ośrodku ELZAM w Bogaczewie (3 km od Mora-ga)** 21.09., 16.30-17.00. rejestracja uczestników (zgłoszenia na miejscu do godz. 17.00), 17.00. Turniej par na impy – Mistrzostwa Polski Lekarzy na zapis średni. 22.09., 9.30. Turniej par na maxy-Mistrzostwa Polski Lekarzy na zapis maksymalny, 15.30. Turniej teamów – Mistrzostwa Polski Lekarzy, 20.00. Spotkanie plenerowe (ognisko), 23.09., 10.00. Uroczystość zakończenia Mistrzostw, wręczenie nagród, 10.00. Okręgowy Turniej Par - memoriał dr. Henryka Krupy (organizowany przez OZBS Olsztyn) - Wszystkie turnieje mają formułę otwartą, zapraszamy zawodników spoza środowiska medycznego. - Turnieje par i teamów odbywają się zgodnie z regulaminem PZBS. - Obowiązuje zakaz systemów wysoce sztucznych. - Wszelkie sprawy nie objęte regulaminem rozstrzyga organizator. - Wpisowe do turnieju wynosi 30 zł od osoby, zniżki dla uprawnionych członków PZBS (legitymacja członkowska). - W każdym z turniejów zostaną wyłonione 3 najlepsze pary lekarskie oraz 3 teamy lekarskie, które uzyskają tytuły Mistrzów I i II wicemistrza Polski Lekarzy. W klasyfikacji Mistrzostw Polski Lekarzy uwzględnione będą tylko pary lekarskie, a w turnieju teamów zespoły mające w składzie co najmniej 3 lekarzy. - Nagrody pieniężne zgodnie z regulaminem PZBS (dodatkowe nagrody specjalne dla najlepszej pary nie-lekarzy). - Puchary, medale i dyplomy dla najlepszych par i teamów lekarskich. - Puchar i upominki dla najlepszych lekarzy mistrzostw (klasyfikacja uwzględniająca 2 turnieje par i turniej teamów). Noclegi, wyżywienie w ośrodku wypoczynkowym ELZAM Bogaczewo, tel. 089-757-28-77, www.elzam-mazury.com.pl/, noclegi w domkach i pokojach (w PLN): domek 4-os. - 150/doba, domek 6-os. - 200/doba, pokój 2-os. - 80/doba, pokój 3-os. - 120/doba, pokój 5-os. - 160/doba, apartament 2-os. - 120/doba, całodzienne wyżywienie - 34/os., w tym: śniadanie - 10/os. obiad - 14/os. kolacja - 10/os.; poza tym: kregielnia, basen, sauna, jacuzzi, sprzęt wodny - rabat 25% od obowiązujących w cenniku cen. **Informacje: Aleksander Skop, tel. 0604-267-343**

VIII Otwarte Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim
Komitet Organizacyjny VIII Otwartych Międzynarodowych Mistrzostw Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim oraz Prezydium Bydgoskiej Izby Lekarskiej serdecznie zaprasza do wzięcia udziału w kolejnej – ósmej edycji zawodów odbywających się pod patronatem Naczelnej i Bydgoskiej Izby Lekarskiej oraz Telewizji Polskiej Bydgoszcz, w dn. **31.08.-2.09.2007 r.** Nasze spotkanie rozpoczniemy imprezą plenerową, w piątek (31.08.br.) na **strzelnicy w Osii** – malowniczej miejscowości nad **Zalewem Wdeckim, w samym sercu Borów Tucholskich w woj. kujawsko-pomorskim**. Zawody rozegrane zostaną w klasie otwartej i powszechnej, indywidualnie oraz drużynowo (reprezentacje trzyosobowe regionalnych izb lekarskich – wyniki strzelań śrutowych) z osobną klasyfikacją dla sympatyków naszego środowiska uczestniczących w zawodach. Osoby towarzyszące nie zainteresowane zawodami zaprosimy na rejs statkiem po zalewie Wdeckim lub fakultatywną wycieczkę autokarową po Borach Tucholskich czy przepięknej starówce Torunia – decyzja należy do uczestników. Po zakończeniu zawodów o godz. 20.00 kolacja towarzyska w sali bankietowej ośrodka Perła – obowiązują stroje wieczorowe. W niedzielę o godz. 10.00 zorganizowane zostaną dla wszystkich chętnych zawody wędkarskie w połowie pstrąga na stawach w dorzeczu Brdy. Złowione pstrągi zostaną podane na obiad po zakończeniu zawodów. Zapraszamy do udziału w imprezie wraz z całą rodziną. Do dyspozycji będzie cała baza turystyczna **kompleksu szkoleniowo-konferencyjnego Perła w Tleniu**, 3 km od strzelnicy (obiekt hotelowy, z restauracją, pokoje 1-2-3-4-os. z pełnym węzłem sanitarnym). Zgłoszenia w nieprzekraczalnym terminie do 30.07.2007 r. **Klinika Ortopedii AM w Bydgoszczy 85-094 Skłodowskiej-Curie 9, Internet – jedmar@ozzl.org.pl, tel. +48601-993-222.** Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego **Marek Jedwabieński**

III Ogólnopolski Motocyklowy Złot Lekarzy „DoctoRRiders” Pabianice 2007
odbędzie się w dn. **31.08.-2.09.br. w Pabianicach k. Łodzi**. **Zgłoszenia przyjmowane są pod adresem OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź, tel. +4842-683-17-91 w. 120 lub e-mail: doctorriders@op.pl, www.oil.lodz.pl link DoctoRRiders**. W zgłoszeniu proszę wpisać: imię, nazwisko, datę urodzenia, adres zamieszkania, miejsce pracy, specjalizację, telefon i mail, markę motocykla, rok produkcji oraz dane osoby towarzyszącej. Wstęp na teren zlotu tylko za zaproszeniami imiennymi! Termin przyjmowania zgłoszeń do 15.07.br. Organizator zapewnia: wyżywienie zlotowe i nocleg na kanadyjkach w namiotach wojskowych 10-os., wieczorne spotkania, konkursy, koncert, paradę, ochronę. Zakwaterowanie w hotelach na koszt własny (ceny promocyjne): Hotel MAX klasy turystycznej, tel. 4842-215-96-76 (na terenie zlotu), Hotel Włókniarz * tel. +4842-215-15-01, +4842-212-10-58, ul. Grota Roweckiego 3 (1100 m od terenu zlotu), www.hotel.pabianice.pl, Hotel Piemont *** tel.+4842-227-14-14, ul. Kilińskiego 25 (2000 m od terenu zlotu), www.piemont.com.pl. Termin rejestracji uczestników zlotu 31.08.br. od godz. 12.00. Opłata zlotowa: 100 zł od każdego uczestnika (kierowca), 50 zł – osoba towarzysząca, tzw. Plecak, 50 zł – kierowca – kobieta. Wpłaty prosimy dokonywać na konto PKO BP SA I Oddział w Łodzi: 98102033520000160200100362, z dopiskiem „złot motocyklowy” do 15.07.2007 r. Wszystkich chętnych bardzo gorąco zapraszamy! Organizatorzy: Motocyklowy Klub Lekarzy DoctoRRiders

I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Karate
organizowane przez OIL w Rzeszowie i Rzeszowski Klub Oyama Karate odbędą się **20.10.br. w hali sportowej WSAiZ w Miłocinie** w ramach Turnieju Oyama Karate o puchar Starosty Rzeszowskiego. Rejestracja uczestników do 15.09.br. **Zgłoszenia: tel. 0606-277-742, e-mail: barbara.s@wp.pl**. Prosimy o podanie stopnia, stylu, wieku, wagi oraz rodzaju konkurencji, której dotyczy zgłoszenie (kumite, kata). Rezerwacja noclegu – zgłoszenia do 15.08.br.

Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

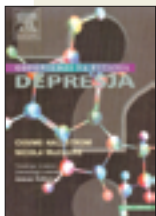
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61.
Książki można zamawiać: www.elsevier.pl, e-mail: elsevier@azymut.pl,
tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86



Braunwald. Choroby serca

red. Douglas P. Zipes, Peter Libby, Robert O. Bonow, Eugene Braunwald
red. wyd. I polskiego Lech Polowski
Wrocław 2007, str. 638

Tłumaczenie najnowszej VII edycji dzieła, które redaktorzy wydania polskiego określają jako „Biblię” kardiologii. Publikacja zawiera 569 tablic i 1503 ryciny. Dołączono również płytę CD.



Depresja. Odpowiedzi na pytania
Cosmo Hallström, Nicola McClure
wyd. I polskie pod red. Janusza Heitzmana
Wrocław 2007, str. 230

Książka ma prostą formę pytań i odpowiedzi. Pytania są zadawane przez lekarzy pierwszego kontaktu, a odpowiedzi udzielają dwaj specjaliści psychiatry pracujący razem od blisko 20 lat. Są tu zawarte praktyczne rozwiązania wielu problemów jakie pojawiają się w gabinecie niemal codziennie. Wiele rad zawartych w tej książce nie można znaleźć w standardowym podręczniku, który skupia się na teorii, a nie na problemach, z którymi spotykają się lekarze pierwszego kontaktu w opiece nad chorymi na depresję.



Siatkówka i ciało szkliste

wyd. I polskie pod red. Krystyny Pecold
seria: **Basic and Clinical Science Course**, część 12
Wrocław 2007, str. 414

Podręczniki z tej serii opracowuje ponad 80 okulistów, skupionych w 13 sekcjach tematycznych, pracujących z zespołem edytorskim American Academy of Ophthalmology. Każdy tom BCSC jest pomyślany jako niezależny podręcznik dla specjalizujących się i praktykujących okulistów. Tekst, ilustracje i piśmiennictwo dostarczają informacji potrzebnych do opanowania tematu. Pytania pozwalają sprawdzić przyswojenie materiału. Na końcu książki zamieszczone są formularze i instrukcje dotyczące uzyskania punktów CME (za kształcenie ustawiczne).



Chirurgia refrakcyjna

wyd. I polskie pod red. Iwony Grabskiej-Liberek
seria: **Basic and Clinical Science Course**, część 13
Wrocław 2007, str. 288

Ostatni tom z serii podręczników uznawanej przez lekarzy za standard wiedzy okulistycznej, wydawanych przez Amerykańskie Towarzystwo Okulistyczne. Seria składa się z trzynastu tomów poświęconych anatomii, fizjologii, patofizjologii oraz jednostkom chorobowym poszczególnych struktur narządu wzroku i chorobom ogólnoustrojowym mającym wpływ na te struktury. Poszczególne rozdziały publikacji aktualizowane są co dwa lata. Na końcu każdego rozdziału znajduje się wykaz piśmiennictwa. Tom XIII zawiera skorowidz.



Ortopedia i reumatologia

Annabel Coote, Paul Halsman
red. wyd. I polskiego Tadeusz Gaździk
seria: **Crash Course**, red serii Daniel Horton-Szar
red. merytoryczni: Michael Snaith, Andrew Hamer
Wrocław 2007, str. 298

Zaktualizowane drugie wydanie o wyniki najnowszych badań oraz informacje z zakresu farmakologii i leczenia różnych chorób. Podręcznik zawiera informacje podane w zwizglonej formie umożliwiające młodym lekarzowi całościowe podejście do określonej dolegliwości. Podręcznik składa się z 4-cz części: 1. Pacjent z... (dolegliwością), 2. Choroby i zaburzenia, 3. Wywiad, badanie i postępowanie diagnostyczne, 4. Sprawdzian wiadomości.

Wydawnictwo Via Medica Sp. z o.o.

80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73, tel. 058-320-94-94, faks 058-320-94-60,
e-mail: viamedica@viamedica.pl, www.viamedica.pl, wap.viamedica.pl

Spastyczność. Od patofizjologii do leczenia

pod red. Jarosława Ślawnka
wyd. I. Gdańsk 2007, str. 210, cena 32 zł
Monografia szczegółowo omawia przyczyny, rozpoznanie, patofizjologię, leczenie, opiekę nad chorym. Opatrzona bogatym materiałem ilustracyjnym w postaci tabel i fotogramów. Do każdego rozdziału dołączono wykaz piśmiennictwa.



Bezsenna

pod red. Waldemara Szelenberga

wyd. II. Gdańsk 2007, str. 98, cena 29 zł
Monografia składa się z trzech rozdziałów: 1. Bezsenność – aktualny stan wiedzy; 2. Postępy farmakologii leków nasennych; 3. Leczenie bezsenności. Załączniki: Ogólny Kwestionariusz Zaburzeń Snu, Ateńska Skala Bezsenności, Dziennik Snu, Skala Depresji Becka, Skala Nadmiernego Wzbudzenia Regesteina, Skala FIRST (skala odpowiedzi bezsennością na stres). Publikacja zawiera obszerny wykaz piśmiennictwa.



Podstawy EKG u pacjentów ze stymulatorem serca

F. Walczak, R. Baranowski

wyd. II. Gdańsk 2007, str. 184, cena 48.00 zł
Jest to pierwszy podręcznik w języku polskim opisujący podstawowe zagadnienia dotyczące zapisów EKG u pacjentów z wszczepionym rozrusznikiem serca. W książce omówiono zasady prawidłowego funkcjonowania podstawowych trybów stymulacji. Publikacja zawiera także kluczowe informacje dotyczące sposobów analizy 24-godzinnego zapisu EKG u pacjentów z wszczepionym rozrusznikiem serca.

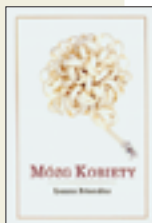


Mózg kobiety

Louann Brizendine

tłum. Piotr J. Szwajcer i Anna E. Eichler
Gdańsk 2006, str. 262, cena 42 zł

Bestseller, przez recenzentów uznana za bardzo odkrywczą pracę o biologicznych podstawach ludzkich zachowań. Autorka jest neuropsychiatrą. Jej studia z zakresu medycyny, psychiatrii i neurobiologii, liczne badania i doświadczenia pozwalają przedstawiać zjawiska z zakresu zachowań ludzkich w pełni ich złożoności. We wprowadzeniu autorka informuje, że za sprawą nowych badań i nowatorskich narzędzi badawczych mogliśmy w końcu wejść głębiej w budowę, funkcjonowanie i chemię kobiecego mózgu oraz dokładniej przyjrzeć się, jak wpływają one na nastrój, procesy myślowe, energię życiową, pęd seksualny, zachowanie i ogólny dobrostan kobiety. Zaprzecza poglądom, że kobieta nie różni się od mężczyzny i dodaje, że decydujące w naturze kobiecej są hormony. To biologia tworzy zgrab ludzkiej osobowości i skłonności behawioralnych. My jednak – w imię wolnej woli i politycznej poprawności – próbujemy zaprzeczać wpływowi biologii na mózg, chcąc się wyprzeć własnej natury. i dodaje, że... choć biologia stanowi potężną siłę, nie jest wszechmocna. To inteligencja pozwala człowiekowi wyjść poza jej uwarunkowania, by modyfikować własne zachowania i kreować rzeczywistość. Tak jak wiele publikacji współczesnych książka łączy w sobie rzetelne dywagacje naukowe ze sposobem ich przekazywania dając dostęp do określonej wiedzy, nie tylko wtajemniczonym.



Ponadto nadesłano:

Medical Slang & Acronyms

Słownik angielsko-polski

Linda Perlińska i Janusz Krzyżowski

Wydawnictwo Medyczne „Medyk” Sp. z o.o.,
01-360 Warszawa, ul. Człuchowska 66, tel. 022-666-43-32 (33)
faks 022-664-04-51, poczta.medyk.com.pl, www.medyk.com.pl,
wyd. I. Warszawa 2007. str. 198, cena 59 zł

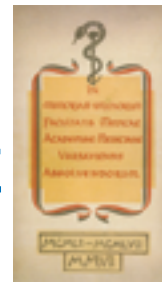
Słownik angielsko-polski medycznego slangu, skrótów i akronimów powstał z myślą o tych coraz liczniejszych polskich medykach, którzy znając już klasyczny język angielski rozpoczynają lub zamierzają podjąć pracę w Wielkiej Brytanii, Irlandii, USA lub innych krajach posługujących się angielskim na co dzień. Bez znajomości anglosaskiego slangu medycznego będą mieli problemy ze zrozumieniem terminologii medycznej, rozpoznaniem i zaleceń lekarskich, informacji zawartych w historii choroby a nawet porozumieniem się z współpracownikami.



opr.md

Złoty jubileusz

(1957-2007)



cją, niegdyś bliscy odnajdywali się bez wypatrywania nazwisk na plakietce. Jest dobrze, pomyślałam z radością.

Powitanie przez organizatorów (profesorowie Mieczysław Szostek i Grzegorz Janczewski), minuta ciszy za tych, którzy odeszli, symboliczny toast, małe co nie co

na słono i na słodko, a potem rozmowy, rozmowy, całusy, radość spotkania. Obiecaliśmy sobie telefony, listy, wypełniliśmy ankietę, aby w przyszłym roku można było nas odnaleźć. Ma bowiem być uroczyste półwiecze dyplomu lekarza. Podobno bardzo wytworne, chyba na Zamku Królewskim. Trzeba tylko doczekać, „nie za wcześnie spaść”. To popołudnie było udane, ale zbyt krótko trwało i stąd niedosyt.

Broniu, Elu, Basiu, Jurku, Grzesiu, Ulu, Bolku, cieszę się, że Was spotkałam i nie chcę Was zgubić. Byliście serdeczni i to dzięki Wam ten dzień był szczęśliwy.

Wieczorem, już w domu, pomyślałam o tych, dzięki którym zostaliśmy lekarzami, o profesorach, a było ich tak wielu i postanowiłam napisać taki mały alfabet wspomnieniowy, właśnie o nich. Takie przywołanie ich postaci, z przymrużeniem oka.

O tempora, o mores, a tyłu profesores! Chęć go zamieścić w „Gazecie Lekarskiej”. To tyle.

Jolanta Zaręba-Wronkowska

V grupa Wyd. Lekarskiego AM przed prof. Sylwanowiczem i starościną Irką Karolewską



Rozszyfruj receptę

Recepta zamieszczona w nr. 5/2007 „Gazety Lekarskiej” spotkała się z rekordowym zainteresowaniem ze strony czytelników i większość osób prawidłowo odczytała przedstawione leki, w tym także ostatnią pozycję, czyli **syrop prawoślazowy**. Nie wszyscy rozszyfrowali nazwę syropu i nadeszły takie propozycje jak syrop prometazynowy, przeciwkaszlowy lub paracetamolowy. Niektórzy z kolegów nie pracowali w pojedynkę nad rozszyfrowaniem recepty. Okazuje się, że w niejednym lekarskim domu pracowano w zespołach rodzinnych. **Ania Śliwowska**, uczennica LO w Żywcu dzielnie wspomagała swojego tatę, a naszego kolegę dr. Jerzego Śliwowskiego, pomagając mu prawidłowo odczytać wspomniany syrop prawoślazowy. Redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” dr Marek Stankiewicz przyznał nagrodę specjalną dla Ani – najmłodszej uczestniczki naszego konkursu.

Również zespołowo pracowała dr Ewa Nikiel z Mielca wspierana przez swoją córkę Magdę, która jest studentką medycyny. **Magda Nikiel** zostaje naszą drugą laureatką. Laureatkom gratulujemy i prosimy o nadesłanie adresów pocztowych, na które zostaną przesłane nagrody książkowe. Pomimo przerwy wakacyjnej w konkursie czekam na maile od Kolegów jak zawsze pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl