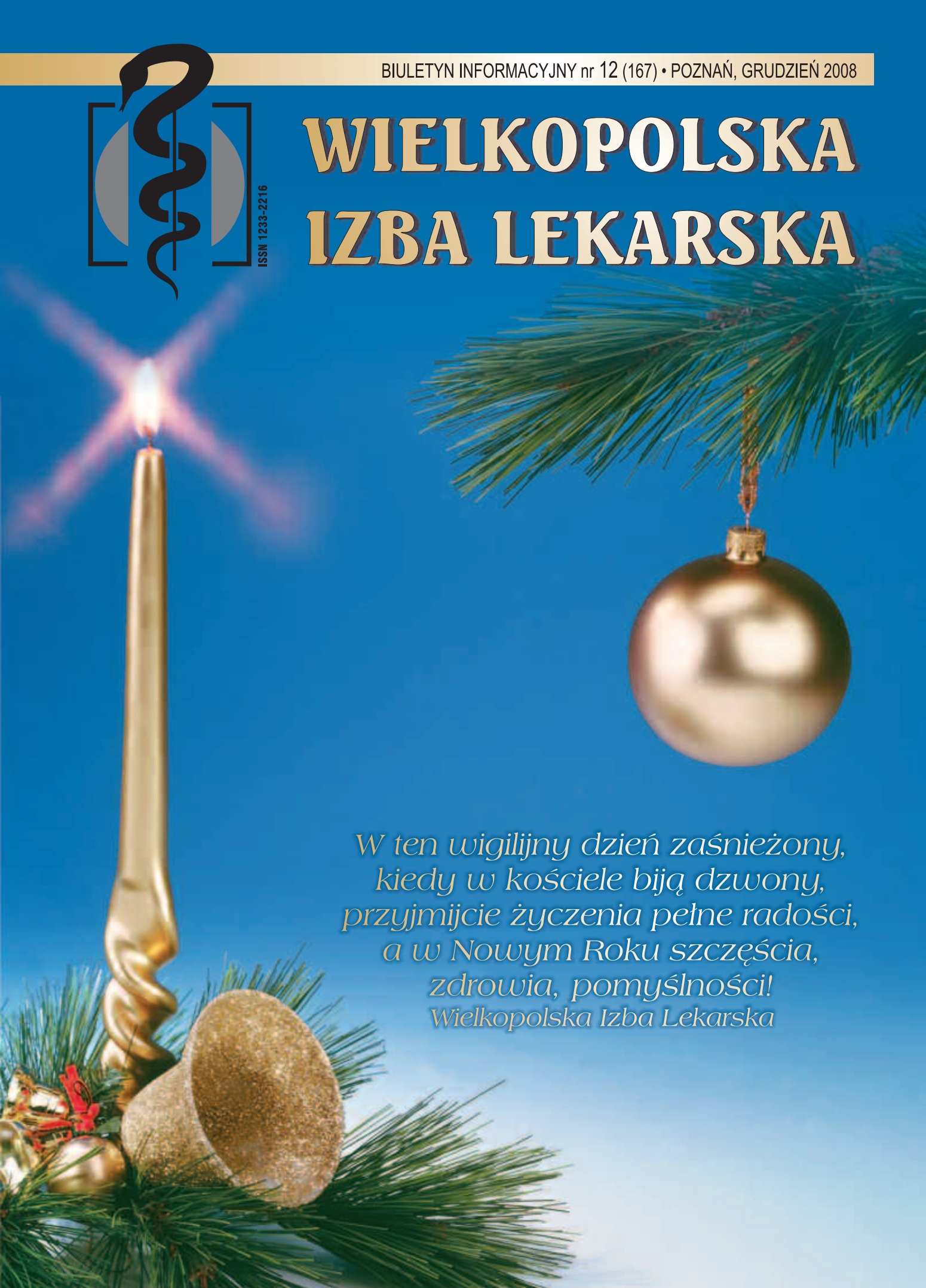




ISSN 1233-2216

# WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



*W ten wigilijny dzień zaśnieżony,  
kiedy w kościele biją dzwony,  
przyjmijcie życzenia pełne radości,  
a w Nowym Roku szczęścia,  
zdrowia, pomyślności!  
Wielkopolska Izba Lekarska*

# OFERTA JAKIEJ JESZCZE NIE BYŁO!



**DUŻY WYBÓR MODELI VOLVO  
Z ROCZNIKA 2008**

**SKORZYSTAJ Z RABATU AŻ 8%**

SPRAWDŹ TEŻ CENY INNYCH MODELI VOLVO ORAZ ATRAKCYJNE FINANSOWANIE.  
OFERTA WAŻNA DO WYCZERPANIA ZAPASÓW.

**Firma Karlik** Autoryzowany Dealer Volvo  
ul. Kaliska 26 61-131 Poznań, Tel. 061 872 90 62  
[www.karlik.dealervolvo.pl](http://www.karlik.dealervolvo.pl), [salon@karlik.dealervolvo.pl](mailto:salon@karlik.dealervolvo.pl)



## Diagnoza wstępna

## Spis treści

## Stomatologiczne dylematy



## NFZ

Centrala NFZ znowu nas zaskoczyła. Na 2009 r. ustaliła etat na 15 tys. punktów. Dużo za dużo. Wszystko dlatego, że ustawa stanowi, iż na 1 stycznia 2009 r. powinniśmy dostać za ten sam etat nie mniej pieniędzy niż 1 stycznia 2008 r. Na tę sumę składają się pieniądze za realizację kontraktu, pieniądze na świadczenia protetyczne i ortodontyczne, czyli na technika i podwyżka „wedłowska”. Fundusz oczekiwał, że te pieniądze dostaniemy, tyle że za większą pracę. W ustawie nie o to chodziło i Izba Lekarska nie mogła się na to zgodzić. Poza tym podniesienie kontraktu do 15 tys. punktów spowoduje, po pierwsze, zmniejszenie wartości punktu, a po drugie, olbrzymie trudności z jego realizacją. Nie można wykonać tylu świadczeń zgodnie ze standardami i należytą jakością w ciągu 30 godzin tygodniowo, jak chce NFZ.

Na szczęście zarządzenie nr 91 prezesa NFZ w paragrafie 8. dopuszcza odstąpienie dyrektorów oddziałów wojewódzkich od tych 15 tys. punktów i pozostanie na kontraktach 12-, 9- i 6-tysięcznych. W ten sposób można uzyskać wyższą wartość punktu i nie zabijać się przy wykonaniu dużej i nierealnej umowy. Izba dopuszczała wyższe kontrakty niż 12 tys. dla kontraktów specjalistycznych, np. z chirurgii. Na spotkaniu przedstawiciele NRL i centrali NFZ na początku listopada uzyskaliśmy zapewnienie, że centrala zwróci się do dyrektorów oddziałów i zaapeluje o elastyczne podejście do wielkości kontraktów i wprowadzenie współczynników korygujących dla kontraktów specjalistycznych i dziecięcych.

Nie wszyscy dyrektorzy oddziałów chcą z paragrafu 8. skorzystać. W Wielkopolsce przychyliłi się do naszych propozycji i zostaje tak, jak było w tym roku, z tym że wzrośnie wartość punktu. O WOW często piszemy na łamach „Biuletynu” i to nie zawsze z entuzjazmem. Tym razem trzeba powiedzieć, że nasz oddział podszedł do naszych próśb ze zrozumieniem i na tle całej Polski dużo dla dentystów zrobił. A nie było to proste, bo centrala przeznaczyła na wzrost budżetu stomatologicznego zaledwie 0,08 proc.! Warto w tym miejscu przypomnieć, że zgodnie z dwustronnym porozumieniem, do końca 2009 r. powinniśmy uzyskać w stomatologii ceny rzeczywiste...

## RTG

Mieć aparat RTG w gabinecie to duża wygoda. Ale, jak sam się przekonałem, także wielki kłopot. Miałem kontrolę sanepidu w zakresie wykonywania zdjęć rentgenowskich. Jej efekt to konieczność wykonania testów specjalistycznych za jedne 700 zł, stworzenia księgi zawierającej zasady zarządzania jakością, ochrony radiologicznej i tym podobnych za 1000 zł (!) i zaliczenie specjalistycznego kursu (5 dni plus egzamin) za 433 zł. Podczas kursu omawiano tak przydatne nam zagadnienia, jak mammografia, ciąża a promieniowanie i zarys historyczny radiologii. Taki kurs wszyscy powinni zaliczyć do końca roku. Ale ci, którzy wytrzymają nerwowo i nie będą mieli kontroli, niech poczekają do przyszłego roku, bo ministerstwo wreszcie przyjęło argumenty Izby i uznało, że jednak gabinet dentystyczny to coś innego niż pracownia RTG wykonująca dziesiątki zdjęć tygodniowo...

Andrzej Baszkowski

Zdaniem prezesa	4
Obywatel świata, sercem śremianin	5
Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej	6
Polska Grupa Badań Nowotworów Głowy i Szyi	7
Pomysły z Trzeciego Świata	8
Lekarzu, zejdz z piedestału!	11
Koszty postępowania przed sądami lekarskimi (2)	13
Lekarz-pacjent	14
W pierwszej trójce	16
Nestor poznańskiej reumatologii	17
Metoda Shantali – włączmy rodzica w proces rehabilitacji i optymalnej pielęgnacji dziecka!	18
Punkty od Konfucjusza	19
VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie	20
XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie	21
I Poznańska Konferencja i Bieg Wyprzedzić Raka	21
SHORT CUTS	22
Karykaturetka Tytusa	23
Dawka mediów	24
Prof. dr hab. med. Janusz Prokop	25
Kalendarz Szpitala Przemienienia Pańskiego	26
Wiersze	30



# Zdaniem prezesa



STEFAN  
SOBCZYŃSKI

**Wypada chyba zacząć naszą rozmowę od radosnej informacji, jaka nadeszła właśnie z Brukseli...**

Rzeczywiście, możemy mieć duże powody do radości. Odbyło się bowiem posiedzenie Komisji Zatrudnienia i Spraw Socjalnych Parlamentu Europejskiego, która wypracowała ostateczną formułę i stanowisko, jakie będzie wskazówką dla wszystkich europosłów w czasie grudniowego głosowania nad Europejską Dyrektywą Czasu Pracy. Dyrektywa ta jest niezmiernie ważna dla całego naszego środowiska, ponieważ zawarte w niej przepisy regulują także czas pracy lekarzy.

Jak wiadomo, w pierwotnej wersji ten czas miał zostać podzielony na aktywny i pasywny. Samorząd lekarski od początku krytykował takie rozwiązanie. Chodziło nam o to, żeby uznać, iż cały czas pracy lekarza na dyżurze jest czasem aktywnym. Absurdalny wydawał nam się pomysł dzielenia dyżuru lekarskiego, dociekania, kiedy lekarz myśli, kiedy nie myśli, kiedy coś robi czy nie robi itd.

Na szczęście komisja odeszła od tych złych rozwiązań i utrzymała jednolity, niepodzielny czas pracy, będący czasem aktywnym. Jak pokazuje dotychczasowa praktyka parlamentarna, stanowisko komisji właściwie w 99 proc. w sposób mechaniczny przenosi się na głosowanie całego europarlamentu.

Wielkopolska Izba Lekarska ma także w tym swój udział. Przypomnę, że pod koniec października doszło do spotkania kierownictwa WIL z europarlamentarzystami z Wielkopolski, podczas którego przedstawialiśmy nasze stanowisko w sprawie czasu pracy lekarzy. Przyniosło to wymierne rezultaty, ponieważ polscy europosłowie również opowiedzieli się za utrzymaniem dotychczasowych rozwiązań i to pomimo odrębnego stanowiska polskiego rządu.

**Rozmowa z prezesem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Stefanem Sobczyńskim**

**Dużo się mówi ostatnio także o tworzonym przez rząd nowym systemie akredytacyjnym...**

Powstaje dosyć kosztowny system akredytacji lekarzy, który będzie się znacząco różnił od dotychczasowego, ponieważ ta akredytacja będzie „upaństwowiona”.

Widzę jednak w tych nowych rozwiązaniach sporo plusów, przede wszystkim dlatego, że pojawi się możliwość akredytacji lekarzy nie tylko w wielkich ośrodkach uniwersyteckich, ale również w szpitalach wojewódzkich i powiatowych. Ja o tym zresztą mówię już od kilku lat, że tylko wtedy, gdy nastąpi zbliżenie akredytacji do lekarza, zdecydowanie poprawi się szkolenie i zwiększy zainteresowanie podejmowaniem specjalizacji. Dzisiaj niewielu lekarzy decyduje się na ten kosztowny proces, mając w perspektywie konieczność realizowania go gdzieś na drugim końcu kraju. W nowym systemie zaś specjalizant będzie mógł wiele spraw wykonywać na miejscu. Wiadomo już bowiem, że każda specjalizacja będzie się składała z modułu podstawowego, który będzie mógł być realizowany właśnie w tych placówkach lokalnych, oraz modułu specjalistycznego, przeprowadzanego jedynie w centralnych szpitalach klinicznych.

I jeszcze jedna, ale bardzo istotna zmiana – w połowie specjalizacji, czyli po zaliczeniu modułu podstawowego, specjalizant otrzyma podwyżkę uposażenia. Do tej pory w czasie całej specjalizacji jego wynagrodzenie pozostawało na niezmiennym, niskim poziomie.

**W czasie ostatniego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej miał pan okazję do spotkania z kierownictwem Narodowego Funduszu Zdrowia...**

W rozmowie z wiceprezesem Narodowego Funduszu Zdrowia Jackiem Grabowskim przedstawiłem sytuację ogólną dzisiejszej pediatrii, podkreślając przy tym niedocenywanie roli tej dziedziny medycyny przez resort zdrowia.

Jakoś tak się bowiem dziwnie składa, że decydenci w tym kraju od wielu lat dzielą pacjenta na tego dorosłego, któremu

## Kalendarium prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej

Październik listopad 2008

- 16.10.08      Poznań – udział w uroczystym otwarciu 6. Wielkopolskiego Sympozjum Chirurgii Urazowej oraz 5. Sympozjum Sekcji Chirurgii Urazowej Towarzystwa Chirurgów Polskich.
- 17-19.10.08    Wrocław – udział w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich.
- 31.10.08      Poznań – udział w posiedzeniu Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej WIL.
- 07.11.08      Warszawa – udział w posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej.
- 08.11.08      Poznań – udział w Konwencie Związku Polskich Kawalerów Maltańskich Zakonu Szpitalników św. Jana Jerozolimskiego.
- 14.11.08      Poznań – udział w posiedzeniu Prezydium ORL i Okręgowej Radzie Lekarskiej.

przysługuje pełnia praw, i dziecko, czyli takiego „małego człowieczka”. Niestety, tego typu obraźliwe określenia słyszę aż nazbyt często z ust ludzi, którzy nigdy, choćby z racji zajmowanego stanowiska czy wykonywanej profesji, nie powinni tak powiedzieć.

I ów „mały człowieczek” w momencie, gdy niezauważane są jego bardzo charakterystyczne jednostki chorobowe, wady czy specyfika lecznicza, jest coraz bardziej spychany na margines. Taka filozofia myślenia skutkuje dziś zmniejszeniem mniej więcej o 30 proc. nakładów na pediatrię w skali całego kraju. Konsultanci wojewódzcy i krajowi biją więc na alarm i sygnalizują, że zamykane są kolejne oddziały pediatryczne i pomału zaczyna brakować specjalistów pediatrów. Wszystkiemu winny jest zaś ów nieszczęsny garb niedofinansowania. W konsekwencji leczenie i opieka nad dzieckiem są dziś zdecydowanie gorsze niż jeszcze kilka lat temu. Świetnym przykładem na potwierdzenie moich słów jest choćby obecny zatrważający stan stomatologii dziecięcej.

Dlatego też zwróciłem uwagę prezesowi Grabowskiemu na to, że NFZ w swoich planach zapomina o proporcjonalnym dzieleniu funduszy, z uwzględnieniem potrzeb także pediatrii. On zaś tłumaczył, że pieniądze, które są rozliczane poprzez system jednorodnych grup pacjentów (JGP), zostały niedoszacowane, ponieważ wzorzec został ściągnięty w sposób mechaniczny z brytyjskiego systemu ochrony zdrowia. A więc akurat w wypadku pediatrii wybrano najgorszy model spośród obowiązujących w zachodnich państwach, czyli taki, który nie doszacował leczenia dzieci.

Prezes NFZ zobowiązał się jednak do podjęcia szybkich działań w celu zmiany tej sytuacji. I mamy nadzieję, że rzeczywiście wkrótce coś drgnie i ów szwankujący system zostanie naprawiony.

### **Wspomniał pan przed chwilą o jednorodnych grupach pacjentów. Jak postępuje ich wdrażanie w polskim systemie ochrony zdrowia?**

Nasze koleżanki i koledzy lekarze są wyjątkowo zdolni i pojętni, ponieważ w ciągu zaledwie kilku miesięcy zdołali w dużym stopniu zrozumieć system rozliczeń w ramach JGP.

Potwierdza to także NFZ, przyznając, że wdrożenie tego systemu nastąpiło w błyskawicznym, niespotykanym w innych krajach tempie. Tyle że okupione to zostało wielkim wysiłkiem lekarzy i całego personelu medycznego, szczególnie zważywszy na fakt, że wdrażanie systemu następowało w letnim okresie urlopowym.

Nadal jednak są duże braki, jeżeli chodzi o funkcjonowanie JGP, co widać choćby po tym, że wiele jednostek chorobowych nie jest jeszcze ujętych w punktacji.

Na razie zresztą z tym zagadnieniem mają do czynienia jedynie szpitale, ale od stycznia system zostanie upowszechniony na wszystkie jednostki organizacyjne, także i na leczenie otwarte. Obawy więc pozostają...

## **Profesor Tadeusz Maliński** **Obywatel świata,** **sercem śremianin**



25 listopada na połączonej sesji Rady Miejskiej i Rady Powiatu nadano uroczyste honorowe obywatelstwo miasta Śremu profesorowi Tadeuszowi Malińskiemu. Ten dzień był uświetnieniem czteroletnich starań śremskiego koła Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, aby mieszkańcy miasta znali swoich „wielkich”.

Choć tradycja wyróżniania wybitnych obywateli bywała tu bogata i mocno zróżnicowana, obecna

decyzja władz miasta nawiązuje do tej najdawniejszej, kiedy Józef Wybicki, twórca naszego hymnu narodowego, na śremskim rynku ślubował wypełniać godnie obowiązki członka naszej społeczności. Profesor Tadeusz Maliński, pionier nanotechnologii, przyjmował godność Honorowego Obywatela Śremu w sali liceum, w dniach jubileuszu 150-lecia istnienia tej placówki, jednej z najstarszych szkół średnich w Wielkopolsce. Symboliczny był ten zbieg okoliczności. Profesor podkreślił to, mówiąc, że właśnie tutaj otrzymał wyposażenie, które potem wzbogacone pracą otworzyło mu progi najbardziej prestiżowych uczelni świata.

Pracował na uniwersytetach amerykańskich Michigan, Houston i Oakland. Obecnie wykłada na Uniwersytecie Ohio, a także na Uniwersytecie Jagiellońskim i współpracuje z Akademią Medyczną w Gdańsku. Jest doktorem *honoris causa* tej uczelni. Jest też honorowym profesorem kilkunastu uniwersytetów europejskich i amerykańskich. Jako uczony, który pierwszy zastosował nanosensory w diagnostyce medycznej na poziomie pojedynczych komórek, był dwukrotnie nominowany do Nagrody Nobla – raz w dziedzinie medycyny, raz w dziedzinie chemii. Nigdy żaden śremianin nie osiągnął tak wiele na polu nauki.

Jednak od czasu, kiedy Tadeusz Maliński zdał maturę i rozpoczął swoją mozolną pracę naukową, której wyniki stworzyły podstawy do rewolucjonizowania medycyny XX w., był w swoim mieście prawie nieznan. A przecież nigdy nie zerwał związków z miejscem swego urodzenia. Przypadek sprawił, że o jego przyjeździe do Śremu z okazji okrągłej rocznicy matury dowiedzieli się lekarze ze śremskiego koła PTL – dr Barbara Siwińska i dr Ryszard Zawadzki. Poznanie profesora zaowocowało potem wieloma niezapomnianymi spotkaniami, wspaniałymi wykładami. Środowisko lekarskie zareagowało natychmiast. Jeszcze w tym samym 2004 r. Zarząd Główny PTL, na propozycję Zarządu Koła w Śremie, przyznał Tadeuszowi Malińskiemu honorowe członkostwo PTL.

Profesor Maliński choć jest obywatelem świata, sercem pozostaje Polakiem, śremianinem, który w pamięci ma widok Wieży Wodnej, naprzeciw której wznosił się, wspomnienie nauczycieli i wszędzie, gdzie przyjdzie mu pracować, podkreśla, że pochodzi ze Śremu. Gdy go pytają, gdzie leży to miasto, to mówi żartobliwie, że to taka ważna miejscowość między dwoma miasteczkami – Warszawą i Berlinem.

BARBARA NOWICKA

## Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej



IWONA JAKÓB

14 listopada odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, które poprowadził przewodniczący kol. Stefan Sobczyński. Obecny był przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego kol. Grzegorz Wrona oraz okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej kol. Krzysztof Kordel. Na zebraniu podjęto uchwały dotyczące prawa wykonywania zawodu przez cudzoziemców oraz wytypowania kandydatów na konkursy ordynatorskie i pielęgniarskie.

Kolejna firma brokerska, zajmująca się ubezpieczeniami m.in. lekarzy, przedstawiła swoją ofertę, którą można znaleźć na 27. stronie „Biuletynu”.

Najważniejszym punktem programu miało być rozpatrzenie wniosku i przeprowadzenie procedury odwołania zastępcy przewodniczącego ORL dr. Krzysztofa Hajdo. Nie doszło do tego z przyczyn formalnych.

ORL przyjęła natomiast uchwały pozwalające na rozpoczęcie remontu w zakupionej siedzibie delegatury w Kaliszu, aby można było się jak najszybciej przeprowadzić i rozpocząć działalność w nowym miejscu.

Kol. Andrzej Cisko zgłosił propozycję uchwały wynikającej z obrad ostatniego Krajowego Zjazdu Lekarzy, aby nie odnotowywać w dokumentacji lekarzy informacji o uzyskanej liczbie punktów edukacyjnych i nie podawać tych informacji na zewnątrz. Propozycja nie spotkała się z poparciem i takiej uchwały nie podjęto.

## Odszedł Piort Golusiński

21 listopada br. zmarł nasz kolega śp. Piotr Golusiński. Długo i ciężko chorował i choć spodziewaliśmy się najgorszego, to przecież ta okropna wiadomość zaskoczyła i zasmuciła wszystkich. Wspaniały kolega, uśmiechnięty i życzliwy dla wszystkich oraz chętny do pomocy. Był ordynatorem, wiceprezesem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, delegatem na zjazd i członkiem Rady Okręgowej WIL. Jakże trudno pisać o Tobie w czasie przeszłym Piotrze. Będzie nam Ciebie brakować.

KOLEDZY I PRACOWNICY  
WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

### Sprostowanie

**Pani  
dr Iwona Jakób  
Sekretarz ORL WIL**

Informuję, że w artykule „Omówienie posiedzenia ORL” dotyczącym posiedzenia rady w dniu 10 października 2008 r. naruszyła Pani wizerunek społecznie pracujących na rzecz samorządu lekarskiego. Podane informacje na temat sposobu wprowadzenia do projektu budżetu WIL inwestycji w Kaliszu na XXVIII Okręgowym Zjeździe są nieprawdziwe.

Nieprawdziwa jest informacja dotycząca zakupu siedziby w Kaliszu. Procedury zakupu przygotowane zostały przez Zespół upoważniony przez ORL WIL, w którym społecznie pracowali – kol. kol. Przemysław Kozanecki, Krzysztof Połec, Krzysztof Hajdo.

Zespół ten zgodnie z przepisami przygotował specyfikację, zapytanie ofertowe, a wraz z przedstawicielami użytkownika – Zarządem Delegatury WIL w Kaliszu, na wspólnym posiedzeniu opracował opinię (głosowanie) dla ORL WIL. Zarekomendowano zakup lokalu spełniającego warunki budynku użyteczności publicznej, dostępnego dla niepełnosprawnych, o powierzchni 140 m<sup>2</sup>. Istotnym argumentem dla przyjętego rozwiązania były koszty utrzymania nowej siedziby.

Nierzetelne są przekazane dane dotyczące wielkości zakupionego obiektu.

Według Pani – to powierzchnia około 300 m<sup>2</sup>, natomiast według Przewodniczącego ORL WIL (poprzedni „Biuletyn”) – to 440 m<sup>2</sup>. Różnica w danych przekazanych do publicznej wiadomości – to powierzchnia, która komfortowo zabezpieczała potrzeby delegatury w Kaliszu i o którą występowaliśmy. Po decyzjach podjętych z pominięciem wyżej wymienionego

Zespołu, chociaż przegłosowanych przez Radę Okręgową – WIL zakupił posesję o powierzchni 355,4 m<sup>2</sup>. Brzmienie artykułu, choć bardzo krótkie, zawiera jednak próbę złośliwej dyskredytacji. Przekazanie informacji do publicznej wiadomości w tej formie narusza zasady podstawowej grzeczności i etyki oczekiwanej w naszym wspólnym gronie.

WICEPRZEWODNICZĄCY ORL WIL  
– PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY WIL W KALISZU  
LEK. KRZYSZTOF HAJDO

### Odpowiedź na sprostowanie

**Pan Krzysztof Hajdo  
Wiceprzewodniczący ORL WIL  
Przewodniczący Delegatury WIL w Kaliszu**

Szanowny Kolego,  
dyskusja merytoryczna dotyczy problemu, a nie osób. Królową nauk jest MATEMATYKA, a więc niech przemówią liczby: Rekomendacja Zespołu, którego był Kolega Przewodniczącym, dotyczy nieruchomości o pow. 140 m<sup>2</sup>. Cena za 1 m<sup>2</sup> w stanie deweloperskim (wg opinii technicznej p. Aleksandra Klupsia) 4500 PLN, w stanie „pod klucz”: 6500 PLN. Zakupiono na siedzibę delegatury WIL nieruchomość o powierzchni 330 m<sup>2</sup> (budynek mieszkalny 147 m<sup>2</sup>, pawilon 136 m<sup>2</sup>, garaż 47 m<sup>2</sup>). Są to budynki do niewielkiego remontu (wymiana kaloryferów, założenie alarmu) i tzw. odświeżenia (malowanie). Cena 515 000 PLN. Cena za m<sup>2</sup> 1561 PLN lub bez garażu 1820 PLN.

Z POWAŻANIEM  
IWONA JAKÓB  
SEKRETARZ ORL WIL



# Polska Grupa Badań Nowotworów Głowy i Szyi



JANUSZ  
SKOWRONEK

13 i 14 października 2008 r. odbywała się w Warszawie konferencja naukowa zorganizowana przez Polską Grupę Badań Nowotworów Głowy i Szyi. Poświęcona była najnowszym osiągnięciom w chirurgii, radioterapii i chemioterapii nowotworów głowy i szyi.

W jej trakcie wygłoszono wiele interesujących wykładów. Wśród gości warto wymienić takich znakomitych naukowców, jak prof. Patrick J. Gullane, kierownik Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi (Princess Margaret Hospital, University of Toronto), prof. Chris O'Brien, dyrektor Sydney Cancer Centre (University of Sydney), prof. Jochen A. Werner, kierownik Oddziału Otolaryngologii, Nowotworów Głowy i Szyi (University of Marburg, Niemcy), prof. Kian Ang, kierownik Kliniki Radioterapii (University of Texas M.D. Anderson Cancer Center), prof. Jatin P. Shah, przewodniczący Ogólnosiwiatowego Programu Edukacyjnego dotyczącego Nowotworów Głowy i Szyi, kierownik Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York City) i prof. William Ignace Wei, kierownik Kliniki Chirurgii (University of Hong Kong, Queen Mary Hospital, Hongkong).

Nowotwory głowy i szyi zaliczane są do grupy nowotworów, których leczenie jest bardzo trudne. Jest to związane przede wszystkim z lokalizacją anatomiczną oraz biologią guza. Każde leczenie, a zwłaszcza chirurgiczne, tej okolicy anatomicznej wiąże się z zagrożeniem dysfunkcją ważnych dla życia organów oraz dramatycznym obniżeniem jakości życia. Dlatego współdziałanie w ustalaniu programu leczenia musi być zawsze indywidualizowane i zespołowe. W Polsce rocznie notuje się średnio 8 tys. nowych zachorowań na nowotwory głowy i szyi. Liczba ta co roku zwiększa się o kilkadziesiąt nowych zachorowań. Pomimo rozwoju wszystkich dziedzin medycyny, wyniki leczenia w tej grupie nowotworów są niezadowolające i wynoszą ok. 50 proc. pięcioletnich przeżyć. Dopiero w ostatnim okresie obserwuje się nieznaczny poprawę.

Polska Grupa Badań Nowotworów Głowy i Szyi powstała w roku 2003 jako interdyscyplinarna instytucja, skupiająca specjalistów z zakresu otolaryngologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, neurochirurgii, radiologii, patomorfologii, biologii molekularnej, chemioterapii, onkologii klinicznej, czyli wszystkich specjalistów prowadzących opiekę nad chorym z nowotworem głowy i szyi. Nadrzędnym celem towarzystwa jest promowanie interdyscyplinarnych zespołów leczenia, poprawa jakości leczenia, edukacja podyplomowa, utworzenie nadspecjalizacji w zakresie leczenia nowotworów głowy i szyi oraz prowadzenie własnych i wspólnych, wielośrodkowych badań naukowych krajowych i europejskich. Towarzystwo liczy 250 członków reprezentujących różne dziedziny medycyny i stale się powiększa.

Po raz pierwszy od wielu lat polskie towarzystwo naukowe (Polska Grupa Badań Nowotworów Głowy i Szyi) zostało

członkiem International Federation of Head and Neck Oncological Societies (IFHNOS) z siedzibą w Nowym Jorku.

Planowanie i wykonywanie procedur diagnostycznych i leczniczych w zakresie głowy i szyi wymaga bardzo gruntownych podstaw anatomicznych, zrozumienia skomplikowanych relacji przestrzennych i czynnościowych ważnych dla życia struktur anatomicznych należących do wielu układów, narządów i tkanek, a skoncentrowanych na niewielkim obszarze.

We wczesnym, ograniczonym stadium choroby wybór skutecznej metody leczenia nie nastręcza trudności. Leczenie operacyjne i radioterapia dają dużą szansę trwałego miejscowego wyleczenia. Nowotwory głowy i szyi to przede wszystkim rak języka, rak dna jamy ustnej, rak migdałka, rak gardła środkowego, rak gardła dolnego, rak krtani, nowotwory szczęki, oczodołu, podstawy czaszki, tarczycy oraz części szyjnej przełyku.

**Cały czas trwają poszukiwania idealnego, skutecznego standardu leczenia dla tej dużej grupy raków. Niejednorodnej pod względem lokalizacji, zaawansowania, a przede wszystkim dynamiki wzrostu.**

Podjęmowane są próby kojarzenia radio-, chemioterapii z leczeniem operacyjnym oraz próby wykonywania biologicznych modyfikatorów promieniowrażliwości w celu zwiększenia efektywności radioterapii.

Równocześnie nie ustają poszukiwania nowych, molekularnych czynników preedykcyjnych i prognostycznych. Czynniki histokliniczne, którymi dysponujemy od dziesięcioleci, są niewystarczające do indywidualnego optymalnego leczenia chorych.

Rozległe, zaawansowane nowotwory rejonu głowy i szyi, naciekające struktury kostne twarzoczaszki stanowią grupę najbardziej zaniedbaną pod względem terapeutycznym. Od niedawna chirurdzy głowy i szyi starają się usuwać rozległe zmiany nowotworowe w obrębie twarzoczaszki, stosując równocześnie techniki rekonstrukcyjne i mikronaczyniowe.

W związku z dynamicznym rozwojem medycyny, co roku pojawiają się nowe możliwości leczenia, które w sposób zasadniczy mają wpływ na jakość i długość życia chorych. Dlatego też tak ważna jest edukacja medyczna wszystkich, którzy biorą udział w leczeniu chorych na nowotwory głowy i szyi.

W 2006 r. Polska Grupa Badań Nowotworów Głowy i Szyi zorganizowała w Poznaniu 5<sup>th</sup> European Workshop on Basic Biology of Head & Neck Cancer. W dwudniowej konferencji wzięło udział ponad 150 osób z całego oświata. Najlepsze laboratoria zajmujące się biologią molekularną prezentowały najważniejsze osiągnięcia i oczekiwania w zakresie biologii nowotworów głowy i szyi.

Prezesem Polskiej Grupy Badań Nowotworów Głowy i Szyi jest prof. dr hab. n. med. Wojciech Golusiński, ordynator Oddziału Nowotworów Głowy i Szyi Wielkopolskiego Centrum Onkologii.

# Pomysły z Trzeciego Świata

Rozmowa z prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej dr. Konstantym Radziwiłłem

**Obserwował pan z bliska prace nad uchwalonym niedawno przez parlament pakietem ustaw mających zreformować system ochrony zdrowia...**

Powiedziałbym, że przebiegały one w dosyć, delikatnie rzecz ujmując, nietypowy sposób. Otóż kiedy poselskie projekty ustaw zdrowotnych trafiły do Sejmu, najpierw przeleżały tam pół roku i nikt się nimi nie interesował. Potem nagle posłowie i senatorowie zaczęli pracować nad nimi w ogromnym pośpiechu, dosłownie dzień i noc. W rezultacie owe projekty nie były konsultowane, tak jak konsultuje się projekty rządowe.

Sytuacja powtórzyła się podczas pierwszego i drugiego sejmowego czytania, a także w Senacie, kiedy to projekty ustaw opatrywano ogromną liczbą bardzo znaczących i bardzo obszernych poprawek. Było to robione w taki sposób, że teksty poprawek zgłaszano na gorąco, w trakcie posiedzeń, właściwie w formie ustnej. Ten sposób procedowania praktycznie uniemożliwiał jakiegokolwiek odniesienie się do tych poprawek nie tylko opozycji, ale także ekspertom i samorządowi lekarskiemu. W związku z tym tak naprawdę dopiero po wejściu w życie nowych aktów prawnych – o ile rzecz jasna w ogóle do tego dojdzie – będzie je można w pełni ocenić.

**Mimo to spróbujmy prześledzić jeszcze raz najważniejsze rozwiązania prawne, jakie zawarte są w osławionych już sześciu ustawach zdrowotnych...**

Jedną z tych regulacji jest ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia, która wchodzi w życie praktycznie niezauważona przez media i przez opinię publiczną, a wprowadza niezwykle rozbudowany, a przy tym bardzo drogi, system akredytacji państwowej. I tak naprawdę do końca nie wiadomo – bo z ustawy to w zasadzie nie wynika – do czego ona ma służyć, ponieważ w założeniu ma być dobrowolnym systemem akredytacji. Przypomnę tylko, że w Polsce działa w tej chwili system akredytacji pozarządowej, prowadzonej przez Konfederację Akredytacyjną, której członkiem jest m.in. samorząd lekarski. Ta akredytacja przebiega od wielu lat w zasadzie bez zakłóceń, co więcej, stanowi dla wielu szpitali czy innych placówek ochrony zdrowia powód do dumy, bo jest robiona profesjonalnie. Wydaje się więc, że właśnie taki pozarządowy sposób rozwiązania akredytacji jest systemem nowoczesnym i z powodzeniem praktykowanym w wielu krajach. Szkoda zatem, że od tego dobrego rozwiązania mamy odejść.

**Niewiele nowego wnosi także ustawa o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia...**

Z rozczarowaniem można powiedzieć, że jest to w zasadzie powtórzenie obowiązujących przepisów, częściowo z ustawy o zoz-ach, częściowo z rozporządzenia o konsultantach. Nowa ustawa niczego nie zmienia, czego najlepszym dowodem jest fakt, że pomimo zabiegów samorządu lekarskiego nie znalazł się w niej nawet zapis o tym, aby kon-



FOT. ARCHIWUM

sultanci wojewódzcy byli powoływani w ściślejszej konsultacji z okręgowymi izbami lekarskimi.

**Jaka jest pańska opinia na temat ustawy o ochronie praw pacjenta i o rzeczniku praw pacjenta?**

Wszystko wskazuje na to, że akurat ta ustawa zostanie podpisana przez prezydenta, bo takie zapowiedzi słyszałem. Nie jest to dobra wiadomość. Cała ustawa nadaje się bowiem tak naprawdę do kosza. Po pierwsze, dlatego, że nie wnosi niczego nowego do praktyki poszanowania praw pacjenta, bo w sposób chaotyczny i zdecydowanie niepełny powtarza zapisy kilku obowiązujących ustaw, a po wtóre, wprowadza zaskakujące prawo do podważenia opinii lekarskiej. Konsekwencja tego zapisu jest zaś taka, że pacjent, który nie zgadza się z opinią lekarską, będzie mógł wystąpić do rzecznika praw pacjenta z wnioskiem o jej weryfikację. Jest to procedura niespotykana na świecie, ponieważ coś takiego siłą rzeczy musi podkopywać zaufanie na linii lekarz-pacjent.

Spore wątpliwości budzi też fakt, że ustawa powołuje nowy, znaczący urząd rzecznika praw pacjentów przy premierze, urząd, który niewątpliwie co roku pochłonie wiele milionów złotych. Nie to jest jednak jeszcze najgorsze, lecz uprawnienia rzecznika, który będzie kimś w rodzaju śledczego, prokuratora, sądu i kata w jednej osobie. Powstanie więc instytucja o bardzo szerokich uprawnieniach, które zasadzają się na przekonaniu, że prawa pacjenta w Polsce naruszane są przede wszystkim przez pracowników ochrony zdrowia, a w szczególności przez lekarzy.

**Czyli mamy ustawę z tezą...**

Sądzę, że ta teza jest zdecydowanie wyraźna. I ewidentnie fałszywa. Bo założenie, że głównym wrogiem pacjenta są



przedstawiciele zawodów medycznych, i to ich trzeba śledzić oraz karać, jest nie tylko karkołomne, ale wręcz absurdalne. Oczywiście, nie chcę twierdzić, że prawa pacjenta nie są czasem naruszane przez pracowników ochrony zdrowia, ale moim zdaniem głównym winowajcą, bezpośrednio odpowiedzialnym za szkody wyrządzane pacjentom, jest źle zorganizowany i niedofinansowany system ochrony zdrowia. I tutaj tkwi największy problem. Tymczasem rzecznik praw pacjenta akurat tą sprawą nie będzie się zajmował...

### **Parlamentarzyści sporo też majstrowali przy ustawie o pracownikach zakładów opieki zdrowotnej...**

Ta ustawa w ostatnich etapach pracy parlamentarnej została nieco złagodzona w stosunku do pierwotnej wersji. Ale i tak nowe przepisy w znacznej mierze odbierają dotychczasowe, szczególnie uprawnienia pracownikom ochrony zdrowia. Część z tych uprawnień przynajmniej na pewien czas jednak przywrócono, uznano np., że rozwiązanie pozbawiające uprawnienia do skróconego czasu pracy pracowników zakładów radiologii, patomorfologii, anatomii patologicznej i innych miejsc, gdzie występują warunki szkodliwości i uciążliwości pracy, wejdzie życie nieco później, bo od 2010 r. Marne to pocieszenie, ale przynajmniej daje trochę czasu na ewentualną walkę o zmianę tych przepisów.

### **No i wreszcie dochodzimy do dwóch najbardziej „medialnych” ustaw, które siłą rzeczy są najczęściej omawiane w środkach masowego przekazu...**

Ma pan oczywiście na myśli ustawę o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawę wprowadzającą reformę systemu ochrony zdrowia. Z tych dwóch ustaw wynika, że od dnia ich wejścia w życie, czyli od pierwszego stycznia przyszłego roku, zaczyna się kategoryzowanie zakładów opieki zdrowotnej. Cóż to oznacza w praktyce? Otóż niemal wszystkie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, oprócz szpitali wojskowych i szpitali MSWiA, zostaną zaszeregowane do kategorii A, B lub C w zależności od ich kondycji finansowej. Tylko to się liczy, żadne inne względy ani społeczne, ani medyczne, ani bezpieczeństwa, ani obronności, nie są tutaj brane pod uwagę.

Jednostki, które znajdują się w kategorii C, a więc te w najgorszej kondycji, czeka najtrudniejsza i najdłuższa ścieżka przekształceń. Będą musiały stworzyć plan naprawczy, który zgodnie z ustawą może w skrajnych wypadkach zakładać nawet ograniczenie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych realizowanych w tych zakładach.

### **Kto będzie decydował o dalszym istnieniu placówek kategorii C?**

Plan naprawczy zostanie przede wszystkim oceniony przez bank. Jego odrzucenie będzie zaś skutkowało likwidacją jednostek. Jeśli jednak plan zostanie zaakceptowany, jednostka wejdzie na obowiązkową drogę komercjalizacji, czyli przekształcenia w zwykłą spółkę prawa handlowego. Nie ma tutaj żadnych szczególnych regulacji dotyczących tych spółek. Będą to normalne spółki, działające zasadniczo dla zysku, które mogą upaść, no i co się z tym wiąże, może dojść do likwidacji prowadzonych przez nie placówek.

### **Co z zapisami o niemożności sprzedaży części udziałów lub akcji tych nowo powstałych spółek przez podmioty publiczne, które będą ich założycielami?**

Zapisy te zostały zniesione. Oznacza to, że owe spółki, będące pierwotnie jednoosobowymi spółkami jakiegoś podmiotu publicznego, mogą być natychmiast, w zasadzie na piątko, prywatyzowane bez żadnych ograniczeń. Ich udziały i akcje można sprzedawać zarówno osobom fizycznym, jak i prawnym – nie ma to żadnego znaczenia. Nie istnieją też jakiegokolwiek ograniczenia czasowe czy ilościowe. Teoretycznie więc spółka może być sprzedana w całości i to już w dniu komercjalizacji.

Jedyny nowy zapis, jaki pojawił się w tych regulacjach, przewiduje, że przekształcenie w spółki odbywać się będzie wyłącznie w sferze niemajątkowej, tzn. nieruchomości, na której posadowiony jest szpital, nie będzie podlegała komercjalizacji. Z tego wynika zaś, że powstaną spółki bez majątku nieruchomego, o stosunkowo niedużej wartości księgowej.

### **Zapisy te zarówno z punktu widzenia lekarza, jak i pacjenta brzmią dość dramatycznie...**

Rzeczywiście, będziemy mieli do czynienia z sytuacją, w której szpital prowadzony w formie spółki w naturalny sposób zacznie dążyć jeśli nie do osiągnięcia zysków, to co najmniej do równowagi finansowej. Bo ujemny wynik finansowy zagrażać będzie bytowi spółki, a zatem i bytowi szpitala.

Jest to szczególnie istotne zwłaszcza w kontekście permanentnego niedofinansowania ochrony zdrowia w Polsce. Cały czas wydajemy bowiem z funduszy publicznych na ten cel jedynie nieco ponad 4 proc. PKB. W liczbach bezwzględnych są to jedne z najniższych nakładów w Europie, a jednocześnie koszyk świadczeń w zasadzie jest podobny do tego, jaki obowiązuje w większości zachodnich państw. Z tego wynika w sposób zupełnie jednoznaczny, że na poziomie finansowania tych świadczeń istnieje poważny niedobór. W takiej sytuacji możliwe są trzy scenariusze: albo szpital będzie ograniczał świadczenia w stosunku do pacjentów, bo po prostu większy kontrakt będzie oznaczał większe straty, albo też będzie próbował zrekompensować sobie te straty na pracownikach – redukując zatrudnienie lub wynagrodzenia; wreszcie istnieje też trzecia możliwość: będzie się zadłużał. Z konsekwencją w postaci upadłości, a następnie likwidacji...

### **Żaden z tych scenariuszy nie jest dobry ani pożądanym, a szpitale jak zwykle będą musiały sobie jakoś radzić...**

Wielu ekspertów przewiduje, że będzie się to odbywało w taki sposób, że jednostki nie będą naciskać na powiększanie kontraktu, albo wręcz nie będą się starać o podpisanie kontraktów w niektórych obszarach, zwłaszcza tych bardziej deficytowych, natomiast zaczną oferować te świadczenia na wolnym rynku. Taki proceder obserwujemy już dzisiaj w kilkudziesięciu dużych, skomercjalizowanych czy wręcz prywatyzowanych jednostkach. Wytworzyła się tam swoista dychotomia – istnieje obszar leczenia objęty kontraktem i nieobjęty kontraktem, czyli odpłatny. Oznacza to, że te same świadczenia, które są oferowane pacjentom ubezpieczonym

# Pomysły z Trzeciego Świata

dokończenie ze str. 9

za darmo, ale często w coraz dłuższej kolejce, można uzyskać natychmiast, tyle że odpłatnie. I tak długo, jak długo dzieje się to w prywatnym szpitalu, wybudowanym z prywatnych pieniędzy, jest to sytuacja naturalna. Natomiast jeżeli coś takiego odbywa się w szpitalu publicznym, zaczyna budzić poważne wątpliwości. Niestety, wydaje się, że właśnie taki scenariusz jest dziś najbardziej prawdopodobny.

## Do tego dochodzi jeszcze niepokojąco duża skala przewidywanej prywatyzacji...

Generalnie tendencja na świecie jest taka, że w bogatych, wysoko rozwiniętych krajach Europy Zachodniej 10–15 proc. łóżek szpitalnych funkcjonuje w instytucjach, które są zorganizowane właśnie jako spółki prawa handlowego. Reszta leczenia odbywa się w instytucjach *non profit*. Są to albo spółki o szczególnym charakterze, albo placówki działające na podstawie rozwiązań prawnych, które przypominają polski samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Generalnie zaś są to jednostki zdecydowanie nienastawione na zysk, często zupełnie pozbawione presji upadłościowej.

Natomiast prywatyzacja kwitnie przede wszystkim w biednych krajach, zwłaszcza w państwach Trzeciego Świata. Tam publiczna służba zdrowia prawie nie działa, natomiast oferta jest bardzo szeroka, jeśli chodzi o prywatne placówki opieki zdrowotnej.

Analizując sytuację w różnych krajach, trzeba też zauważyć – i ta wiadomość jest ku przestrodze pracowników placówek, które będą komercjalizowane czy prywatyzowane – że placówki publiczne lepiej wynagradzają pracowników przy jednoczesnym wyższym zatrudnieniu. Natomiast w jednostkach prywatnych pracuje się więcej, ciężiej i za mniejsze pieniądze. Dotyczy to także lekarzy. Tę prawidłowość wyraźnie pokazują badania Obserwatorium Systemów Opieki Zdrowotnej przy Światowej Organizacji Zdrowia.

**Nie wierzę, że rząd nie ma dostępu do tych danych. Z czego więc bierze się ten nadmierny pęd prywatyzacyjny?**

To pytanie chyba przekracza kompetencje prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Mogę mówić tylko o swoich domysłach. Wydaje mi się, że po wielu dziesiątkach lat paraliżu gospodarczego, który zafundował nam komunizm, przeżywamy nadmierne zachłyśnięcie się liberalnym podejściem do organizacji życia gospodarczego. Oczywiście, tak jak istnieje prawo grawitacji, tak istnieją prawa ekonomii, których nie można negocjować. W tym zachłyśnięciu się wolnością gospodarczą zapominamy, że w europejskim kręgu kulturowym dominuje model państwa opiekuńczego, socjalnego.

Wbrew pozorom, dotyczy to także Polski, co wynika choćby z art. 68 konstytucji, który mówi o równym dostępie do ochrony zdrowia. W związku z tym rozwiązania liberalne wolnego kapitalizmu oczywiście są dobre w gospodarce, natomiast w niektórych sferach życia społecznego – do których zalicza się na pewno ochrona zdrowia – wycofanie się państwa na rzecz samoregulacji rynkowej jest rozwiązaniem nie do zaakceptowania, nieeuropejskim. Prędzej czy później prowadzi ono bowiem do różnego rodzaju nierówności dostępu i w tym sensie jest także sprzeczne z polskim porządkiem prawnym.

Poza tym, jeśli się robi tak wielką reformę, jak gruntowna zmiana systemu ochrony zdrowia, na ogół w historii znani są jej autorzy. Tak było, gdy kanclerz Otto Bismarck pod koniec XIX w. wprowadził w Niemczech kasy chorych albo gdy lord William Beveridge w 1948 r. powoływał w Wielkiej Brytanii Narodową Służbę Zdrowia (NHS).

Pytam, kto jest autorem tej naszej reformy? Bo z pewnością nie minister Ewa Kopacz, już choćby ze względów formalnych, ponieważ projekty nie wyszły z Ministerstwa Zdrowia. To są projekty poselskie, pod którymi podpisało się dziesiątki posłów PO. Trudno więc znaleźć jedną, konkretną osobę, którą można uznać za autora najnowszego pomysłu naprawy służby zdrowia. Kto więc ma ponosić odpowiedzialność za wielce prawdopodobną porażkę tegorocznej reformy, tego, niestety, nie wiemy...

## Rozmowa z dr. Krzysztofem Kordelem, okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej WIL

**Zdecydowana większość lekarzy w swojej zawodowej karierze zapewne nigdy nie będzie miała okazji do bliższego kontaktu z lekarskim ramieniem sprawiedliwości. Warto jednak – choćby ku przestrodze – przypomnieć, czym się pan zajmuje...**



Okręgowy rzecznik pełni tak naprawdę funkcję quasi-prokuratorską. Do rzecznika trafiają bowiem wszystkie skargi czy prośby o wyjaśnienie – zarówno od pacjentów, którzy

czują się w jakikolwiek sposób nieusatysfakcjonowani czy pokrzywdzeni, jak i od instytucji. Na przykład część postępowań jest wszczynana na polecenie dyrekcji szpitali, inne z inspiracji Narodowego Funduszu Zdrowia. W tym ostatnim wypadku wynika to z faktu, że rzecznik praw pacjenta przy NFZ nie może oceniać lekarza pod względem merytorycznym, bo to należy wyłącznie do kompetencji samorządu lekarskiego. I wreszcie do mnie kierowane są sprawy związane z konfliktami między lekarzami.

Rzecz jasna, wśród tych wszystkich spraw zdarzają się historie wzięte z sufitu i skargi bezzasadne, rzucające cień na niewinnych lekarzy, ale taka jest, niestety, specyfika uprawianego przez nas zawodu. Tym bardziej, że każdy obywatel w tym kraju ma prawo zwrócić się do danej izby lekarskiej z prośbą o wyjaśnienie postępowania lekarskiego w kontekście zarówno błędu, jak i określonych zachowań etycznych.

**Etyka, sztuka lekarska, a więc bardzo delikatna materia... Jako rzecznik odpowiedzialności zawodowej nie ma pan chyba łatwego zadania...**

Rzeczywiście, jest to funkcja dosyć specyficzna, bo moim zadaniem jest nie tyle obrona lekarza, ile raczej dobrego imienia stanu lekarskiego. A to nie jest to

# Lekarzu, zejdz z piedestalu!

samo. Instytucja odpowiedzialności zawodowej w ramach korporacji lekarskiej stoi bowiem przede wszystkim na straży jakości i standardów wykonywania profesji medycznej, należącej przecież do szczególnej grupy zawodów zaufania publicznego.

## Co się dzieje ze skargami, które trafiają na pańskie biurko?

Nasze postępowanie oparte jest w dużej mierze na przepisach kodeksu postępowania karnego. Gdy rzecznik dochodzi do przekonania, że lekarz naruszył ustawę o zawodzie lekarza i lekarza dentystry lub kodeks etyki lekarskiej czy określone przepisy dotyczące wykonywania zawodu, wtedy jako oskarżyciel kieruje sprawę do sądu lekarskiego. Sąd jako organ niezawisły rozpatruje ją, po czym może uniewinnić lekarza albo zasądzić jedną z czterech przyjętych w ustawie kar.

## A co w sytuacji, gdy rzecznik nie chce nadawać sprawie dalszego biegu?

Wtedy istnieją dwie możliwości prawne: odmowa wszczęcia postępowania lub jego umorzenie. Z pierwszą mamy do czynienia wtedy, gdy sprawa nie dotyczy lekarza lub uległa przedawnieniu, czyli minęły trzy lata od zaistnienia danego czynu. Umorzenie postępowania następuje w sytuacji, gdy

lekarz jest niewinny bądź rzecznikowi nie udało się udowodnić mu winy. Przy czym ma wtedy zastosowanie zasada prawa rzymskiego – w wypadku niedających się rozstrzygnąć wątpliwości, działają one na korzyść osoby, przeciwko której toczy się postępowanie.

Tak czy owak, każda decyzja rzecznika kończy się pisemnym uzasadnieniem i może być zaskarżona do wyższej instancji, czyli do naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Wbrew obiegowej opinii, nie jest więc tak, że coś się rozstrzyga „w powietrzu” i że „ręka rękę myje”. Tym bardziej, że działalność lekarskich rzeczników odpowiedzialności zawodowej znajduje się pod stałą i baczoną kontrolą biura rzecznika praw obywatelskich.

Wystarczy zresztą zerknąć do „Biuletynu Informacji Publicznej”, aby się przekonać, ile spraw jest kierowanych do poznańskiego sądu właśnie z wniosków rzecznikowskich.

## Aż tak dużo ich jest?

Okolo 20 proc. spraw znajduje epilog w sądzie lekarskim...

**dokończenie na str. 12**



**HONDA**  
The Power of Dreams

**COMPOL SATORI**  
Autoryzowany Dealer  
Poznań-Plewiska, ul. Grunwaldzka 507  
SPRZEDAŻ: tel. (061) 650 14 50  
www.honda-satori.pl



# Lekarzu, zejź z piedestału!

dokończenie ze str. 11

## Czy ta liczba utrzymuje się na mniej więcej stałym poziomie?

Ilościowo skarg do rzecznika nie przybywa. Rocznie jest ich średnio 250, co jak na tak dużą Izbę, jak nasza, nie jest specjalnie wielką liczbą. Natomiast zwiększa się liczba spraw, w których pacjenci mają rację, czyli takich, które trafiają na wokandę sądową.

## To bardzo niepokojący sygnał. Dlaczego, pańskim zdaniem, tak się dzieje?

Lekarze zawsze popełniali błędy i będą je popełniali nadal, bo to jest normalna, ludzka rzecz. Pomyłki wynikają z wielu przyczyn – z zawirowań organizacyjnych, z przemęczenia, z przecuczenia, z niedouczenia, z gorszego dnia itp.

Poza tym medycyna jest nauką statystyczną i w pewnym procencie wypadków pomimo prawidłowego postępowania lekarskiego mogą wystąpić powikłania. Lekarza obowiązuje przecież zasada należytej staranności, a nie efektu. Tymczasem do świadomości wielu pacjentów nadal nie dociera, że medycyna nie jest wszechmocna, i że także w szpitalu człowiek może niekiedy umrzeć. Czemu mówię właśnie o tym? Bo często skargi pacjentów zaczynają się od słów: do szpitala poszedłem zdrowy...

Myślę, że dziś lekarze nie popełniają więcej błędów niż dawniej, natomiast wyraźnie zwiększyła się świadomość prawna pacjentów. Tym przede wszystkim tłumaczyłbym wzrost liczby spraw w sądach lekarskich. Ponadto za częścią tych spraw stoją adwokaci, jako że lekarza można skarżyć bezkarnie, bez żadnych kosztów. Postępowanie rzecznikowskie jest bowiem dla pacjenta bezpłatne. To jest koszt izby lekarskiej refundowany przez ministerstwo. Izba załatwia kwestię przesłuchań, rzecznik kwestię biegłych, sąd lekarski wydaje wyrok z uzasadnieniem. Sądowi cywilnemu pozostaje więc tylko rozstrzygnięcie w sprawie kosztów.

## Przy takich sprzyjających przepisach nie brakuje chyba ludzi, którzy ze skarżenia lekarzy zrobili sobie dochodowy interes...

Niestety, to prawda, sam mam kilku takich „abonamentowych” skarżących. Do tego dochodzą chroniczni piniacze, skarżący dla samej satysfakcji ze skarżenia. Jeśli skarga jest rozpatrzona na ich niekorzyść, automatycznie skarżą i mnie. Jestem na takie sytuacje uodporniony, zresztą po to jest druga instancja, żeby tam można było rozstrzygać wszelkie sporne kwestie. Niestety, jak już wcześniej wspominałem, jestem zobowiązany rozpoznać każdą trafiającą do mnie sprawę, nawet jeżeli z tekstu skargi od razu wynika, że mamy do czynienia z osobą nie do końca zrównoważoną psychicznie. Na szczęście, takich wypadków jest niewiele, podobnie jak mało – i tutaj nie ukrywam swojej osobistej satysfakcji – dotyczy konfliktów między lekarzami.

## A nieszczęsna chusta chirurgiczna w brzuchu pacjenta?

Bywają takie sytuacje, ale są one naprawdę sporadyczne, zważywszy na ich niewielki odsetek wśród łącznej liczby wykonywanych zabiegów. Pomimo coraz doskonalszych systemów zabezpieczających, takie wypadki się zdarzają i to od szpitali

powiatowych po kliniki akademickie. Takie sprawy są zresztą najchętniej nagłaśniane przez media, podobnie jak te związane z wyrokami za przestępstwa łapówkowe czy nielegalne przerwanie ciąży. Przy czym w tych dwóch ostatnich odpowiedzialność dyscyplinarna jest niezależna od odpowiedzialności sądowej. Powtarzam, to są dwa niezależne od siebie tryby.

## Domyślam się jednak, że rzecznik jest w jakiś sposób związany wyrokiem sądu powszechnego?

Dla mnie taki wyrok jest powodem do wniesienia do sądu lekarskiego wniosku o ukaranie lekarza. Natomiast sąd lekarski nie jest związany wyrokiem sądu powszechnego i odwrotnie – sąd powszechny nie musi się kierować rozstrzygnięciem swojego lekarskiego odpowiednika. Pamiętam, że jeszcze jako sędzia sądu lekarskiego skazywałem lekarza, który został uniewinniony przez sąd powszechny. Była też sytuacja, kiedy sąd lekarski uniewinnił lekarza skazanego wyrokiem sądu powszechnego. Ja się wtedy od tego wyroku nie odwoływałem, bo uznałem, że to sąd lekarski miał rację.

## Czy lekarz może sam wystąpić z wnioskiem o obronę swojego dobrego imienia?

Może, a niekiedy wręcz powinien. Kiedyś pewien lekarz pomawiany publicznie przez pacjenta zwrócił się do rzecznika z prośbą o wyjaśnienie prawidłowości swojego postępowania. Było to więc coś na kształt samooskarżenia. Postępowanie dyscyplinarne udowodniło, że to on miał rację.

## Bywa też, że skarga ma swoje źródło w zdaniu, które padło z lekarskich ust: „Kto panu to tak spaprał...”

To jest ta grupa „życzliwych” lekarzy, której ja bardzo nie lubię. Oczywiście, każdy z nas ma konstytucyjne prawo do krytyki. W kodeksie etyki lekarskiej nigdy zresztą nie było zakazu informowania pacjenta o spostrzeżonym błędzie lekarskim. Ale ten artykuł mówi wyraźnie, że o takim błędzie należy poinformować przede wszystkim lekarza, który go popełnił, a także właściwy organ izby lekarskiej, czyli właśnie rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Natomiast czym innym jest szczucie pacjentów na kolegów po fachu, na dodatek uprawiane z ukrycia, anonimowo. Bo taka szeptana propaganda to zwyczajne draństwo.

W tym miejscu warto wspomnieć o orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego na temat art. 52 kodeksu etyki lekarskiej, dotyczącego rzekomego zakazu krytyki. Przecież tak naprawdę takiego zakazu nigdy nie było. Ten artykuł nakazuje jedynie lekarzowi wyjątkową ostrożność w formułowaniu ocen pracy innych lekarzy. Po drugie, w kodeksie etyki lekarskiej mówi się też o zakazie publicznego dyskredytowania. Czyli znów nie chodzi o krytykę jako taką. Dyskredytować to poniżać, mówiąc właśnie: „Panie, co za patałach pana leczył?”

## Czy w takim razie w ogóle można się w jakiś sposób zabezpieczyć, by nie stać się przedmiotem zainteresowania rzecznika odpowiedzialności zawodowej?

Jest triada, o której często mówi karnista prof. Marian Filar. Otóż lekarz ma kłopoty z prawem w trzech wypadkach: kiedy leczy, a nie powinien, nie leczy, a powinien, i wreszcie leczy nie tak, jak powinien. Ja do tego dokładam jeszcze dwie rzeczy: mówi, a nie powinien, oraz nie mówi, a powinien. Myślę,

że szczególnie ten ostatni wypadek jest w naszym zawodzie dosyć częsty. Bo my, lekarze, zdecydowanie za mało pacjentów informujemy i za mało z nimi rozmawiamy.

### Właściwe poinformowanie pacjenta jest jednak nie lada sztuką...

Ale w wypadku procesu leczenia tzw. zgoda pacjenta dobrze poinformowanego jest kwestią kluczową. Nie zapominajmy, że to lekarz ma obowiązek zadbać, aby pacjent zrozumiał, co się do niego mówi. Chociaż rzeczywiście nie jest to proste. Sam wielokrotnie łapię się na tym, że rzeczy dla mnie oczywiste, dla innych takimi wcale nie muszą być. Lekarze zbyt często zapominają, że posługują się swoistym medycznym slangiem. Tymczasem z nadmiernej interpretacji lub przeciwnie z powodu niedoinformowania pacjenta biorą się często zupełnie niepotrzebne skargi. Jest pytanie, na które nigdy nie potrafię skarżącym pacjentom odpowiedzieć: panie doktorze, dlaczego pan mógł mi to wszystko spokojnie wytłumaczyć,

a pan doktor, który mnie leczył, nie... Jestem głęboko przekonany, że liczba spraw zmniejszyłaby się wydatnie, gdyby lekarz czasami zszedł z piedestału i powiedział: przepraszam, starałem się, ale nie udało się, miałem gorszy dzień. Każdy lekarz ma przecież polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej. Czasami walka w zaparte jest zupełnie niepotrzebna. Wiele spraw naprawdę nie musi się kończyć postępowaniem dyscyplinarnym i można je załatwić właśnie na zasadzie „przepraszam”. Z wyjątkiem, rzecz jasna, tych sytuacji, które dotyczą błędów lekarskich, bo wtedy nie ma możliwości, żeby rzecznik umorzył postępowanie bez jego rozpatrzenia.

Dlatego tak ważną rzeczą jest to, w jaki sposób traktujemy pacjenta skarżącego; być może on się myli, być może nie ma racji, być może jest histerykiem czy piniaczem, bo i tacy się przecież zdarzają, ale z każdym można przynajmniej starać się spokojnie porozmawiać i próbować coś wytłumaczyć. Na to właśnie chciałbym szczególnie uczulić wszystkich lekarzy. Dla ich własnego dobra.

## Z medycznej wokandy

# Koszty postępowania przed sądami lekarskimi (2)



JĘDRZEJ  
SKRZYPCZAK



GRZEGORZ WRONA

W poprzednim numerze pisaliśmy o kosztach stawiennictwa na rozprawie świadków i biegłych. Teraz zajmiemy się kolejnym, bardzo istotnym problemem, a mianowicie kosztami stawiennictwa na rozprawie okręgowego rzecznika odpowiedzialności

zawodowej i członków składu sądu lekarskiego.

Przypomnijmy zatem, iż zgodnie z §65 ust. 3 rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, do kosztów tego postępowania należą – oprócz kosztów doręczenia wezwań i innych pism, należności biegłych, a także świadków, rzeczników odpowiedzialności zawodowej i członków sądu lekarskiego związane z postępowaniem (w szczególności zwrot utraconych zarobków i koszty przejazdów). Gdy chodzi o koszty przejazdu, zwrotowi podlega tzw. kilometrówka dla lekarzy dojeżdżających na rozprawę samochodem bądź zwrot kosztów zakupu biletu, jeżeli dojazd odbywa się pociągiem czy autobusem. Zwrot utraconych zarobków powinien być udokumentowany stosownym zaświadczeniem wystawionym przez pracodawcę, u którego rzecznik lub członek sądu jest zatrudniony.

Na podstawie cytowanego powyżej §65 rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 16 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy Okręgowa Rada Lekarska WIL przyjęła uchwałę nr 163/2008 z 5 września 2008 r. w sprawie diet za pracę oraz inne czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych na rzecz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dla

członków jej organów. Na mocy tej uchwały przyznano 150 zł każdemu członkowi składu orzekającego i prowadzącemu postępowanie rzecznikowi. Warunkiem przyznania takiej kwoty jest zgodnie z §5 ww. uchwały sporządzenie przez przewodniczącego składu orzekającego uzasadnienia do orzeczenia w sprawie rozstrzygnięcia wniosku OROZ w terminie 14 dni kalendarzowych od dnia jego wydania. Wykaz osób otrzymujących diety sporządzają za miesiąc kalendarzowy okręgowy rzecznik i przewodniczący sądu. Niespełnienie którejkolwiek z powyższych przesłanek skutkuje tym, iż należność nie jest wypłacana.

Uchwała nie precyzuje, za jakie sprawy rozpatrywane przez OSŁ na podstawie wniosku OROZ należy się dieta. Przypomnieć tu należy, że zgodnie z obowiązującym prawem OSŁ rozpatruje m.in. wnioski o ukaranie i o zawieszenie postępowania. Wyjaśniono, iż projektodawcom chodziło tylko o wnioski o ukaranie, a nie inne sprawy, dlatego diety naliczane są jedynie w związku z zaangażowaniem członków sądu w sprawy „główne”. Zgodnie z §6 ust. 2 uchwały wypłata dokonywana będzie w kasie WIL lub na wskazany rachunek bankowy w terminie 7 dni od dnia przekazania zestawienia do biura WIL, niezależnie od wypłat zwrotu poniesionych kosztów podróży. Z uzasadnienia uchwały wynika, iż przedmiotowa dieta stanowi rekompensatę z tytułu utraconych zarobków w czasie wykonywania czynności związanych z pełnieniem obowiązków społecznych na rzecz samorządu lekarskiego. Dlatego też wydaje się, że nie ma przeszkód, aby kwoty te wliczać do kosztów postępowania. Są to niewątpliwie należności członków sądu. Przyznanie powyższej diety oznacza jednak, że niedopuszczalne jest wliczanie obok tych zryczałtowanych kosztów także utraconych kosztów zarobków. Z uzasadnienia uchwały wynika również, że dieta ma w sposób częściowy, ale zryczałtowany, rekompensować utracone zarobki. W takiej sytuacji, gdyby członek składu orzekającego domagał się wypłaty kosztów utraconych zarobków, dieta nie będzie wypłacana.

## Przemyslenia prof. Romana Drewsa

# Lekarz–pacjent

W setną rocznicę urodzin prof. Romana Drewsa drukujemy obszernie fragmenty jego artykułu sprzed lat. Przemyslenia profesora nic nie straciły ze swej aktualności.

W ostatnim okresie byliśmy świadkami doniosłych postępów nauki. (...) Wielki rozwój nauki powoduje rozdziewię między wzrostem nauki a humanizmem, a więc także błyskawiczny postęp nauk medycznych kryje w sobie niebezpieczeństwo dehumanizacji medycyny i dehumanizacji lekarza. Głęboka naukowa i techniczna przemiana medycyny powoduje, że z pola widzenia lekarza znika osobowość i indywidualność chorego. Przy najlepszej woli lekarza, zespół środków, którymi rozporządza, technika jego pracy, nasuwają mu ową zdehumanizowaną wizję pacjenta. To prowadzi do paradoksu – z jednej strony notujemy fascynujący postęp w medycynie, a z drugiej, nie dostrzegając cierpiącego człowieka i nie wykazując życzliwego zrozumienia dla jego cierpienia, popychamy go do szukania życzliwości gdzie indziej, często u szarlatana. Niepokój wobec tej sytuacji nie jest wymysłem zawiedzionych pacjentów. Refleksje na ten temat przede wszystkim pojawiają się u samych lekarzy. Dla jednych jest to problem prawdziwy, dla innych fikcyjny. (...)

W obecnym stuleciu medycyna straciła charakter czysto kliniczny. Nikt nie może zaprzeczyć, że osiągnięcia są niezwykle, żeby nie powiedzieć wręcz fantastyczne. Naturalnym wynikiem tego imponującego wzrostu wiedzy i technizacji medycyny, (...) było powstanie specjalizacji. Im bardziej posuwamy się naprzód i pogłębiały nasze badania, tym bardziej zwężamy teren badawczy. Jeden człowiek nie jest w stanie iść za jej gwałtownymi przemianami, nie może także opanować wszystkich tak różnych i złożonych metod badania. Mędrzec starożytności czy filozof renesansu posiadał wiedzę – w kategoriach ich epoki – uniwersalną. To jest niemożliwe w naszej zawrotnej epoce (...).

Specjalizacja umożliwia jednemu człowiekowi skoncentrowanie się w jednej dziedzinie i gruntowne jej poznanie. (...) Specjalizacja jednak, choć płodna w cenne osiągnięcia, kryje w sobie niebezpieczeństwa, prowadzić może i faktycznie prowadzi w konsekwencji do izolacji poszczególnych działów w ramach jednej dziedziny wiedzy. Specjalizacja to fragmentaryczność, obraz częściowy, ograniczenie naszego horyzontu. Aby opanować jedną dziedzinę wiedzy, trzeba zaniedbać pozostałe. Lekarz przestaje patrzeć na naukę jako całość, w końcu przynosi to obniżenie wartości moralnych człowieka, ponieważ dzieje się to ze szkodą dla jego ogólnej kultury. Lekarz może być wielkim technikiem w swoim rzemiośle, może być wykształconym człowiekiem w swojej dziedzinie, lecz pozbawiony wiedzy w innych dziedzinach przestaje rozumieć człowieka z jego dążeniami i nędzą, traci ocenę tego co jest dobre, piękne i słuszne w życiu – innymi słowy dehumanizuje się.

Wiedza jest czymś innym, czyni nas silnymi, lecz nie lepszymi. Największą troską człowieka winien być sam czło-



FOT. ARCHIWUM

wiek. Poznanie i zrozumienie drugiego człowieka pomaga rozwinąć w nas cechę życzliwości, z którą lekarz winien zbliżać się do chorego. Lekarz nie jest mechanikiem, który ma zreperować chory organizm jak zepsutą maszynę. (...) Chory szuka pomocy nie w doskonałej maszynie, tylko w drugim człowieku, rozumiejącym go i współczującym, choć korzystającym z maszyn. Takim człowiekiem może być tylko lekarz, który widzi w chorym nie zepsuty mechanizm, nie bardziej lub mniej charakterystyczne objawy choroby, lecz jednostkę ludzką, w swoisty sposób reagującą na wszystko, co się wokół niej dzieje, a przede wszystkim na swoją chorobę i przerażającą go wizję niebytu. Jest człowiekiem, który patrzy na drugiego człowieka z gotowością niesienia pomocy, ofiarując to, co posiada – trochę wiedzy i bardzo dużo zrozumienia i współczucia. Dlaczego mamy dopuścić do zatracenia tych podstawowych aspektów? (...)

Gdzież więc jest prawda?

Z jednej strony żąda się natarczywie specjalizacji, z drugiej się ją oskarża. Wydaje mnie się, że przy specjalizacji łatwo miesza się dwie sprawy. Dla nauki jest specjalizacja przeznaczeniem. Kto rzeczywiście chce „nowe” tworzyć, może to tylko uczynić przez ograniczenie się do jednej dziedziny. Wielką górą „niezbadanego” można tylko rozebrać przez podział pracy. Co innego jest nauka, co innego codzienna praktyka lekarska. Tu naprzeciwko nas stoi zawsze cały człowiek. Nie można go bezkarnie zanadto dzielić na regiony. Innymi słowy praktyczna specjalizacja ma swoje granice. (...)

Nie chciałbym taić, że łatwiej byłoby mi przedstawić konkretny przedmiot badań klinicznych niż mówić na temat stosunku lekarza do pacjenta. Miałem wątpliwości, czy jako chirurg jestem dostatecznie kompetentny w podejmowaniu tego problemu. W odróżnieniu jednak od innych lekarzy, których działanie na chorych jest tylko pośrednie przez zastosowanie lekarstwa, kuracji, różnych zaleceń, chirurg wkracza



bezpośrednio do organizmu. Sytuacja chirurga jest zawsze taka sama, chory składa swoje życie w ręce operatora, darząc go najwyższym stopniem zaufania; zaufaniem, jakiego nie spotyka się w codziennych stosunkach między ludźmi, z kolei chirurg obarcza się nadludzką odpowiedzialnością, jeśli bierze pod uwagę wszystkie niebezpieczeństwa związane z zabiegiem. Im mniejsze jest, w sensie procentowym, ryzyko operacji, tym większym przeżyciem dla chirurga jest w takim przypadku śmierć pacjenta lub ciężkie powikłania pooperacyjne. A przecież jest to w pewnym stopniu nieuniknione. Każde niepowodzenie staje się dla nas samym wyrzutem, czy decyzja była słuszna. Kto przez lata, dziesiątki lat stał pod ciężarem takich rozmyślań i wątpliwości, a w życiu chirurga nie ma prawie dnia, w którym opuszczałby szpital czy klinikę bez trosk – ten zna miarę odpowiedzialności lekarskiej i to może uprawnia także chirurga do zabrania głosu.

Istnieje opinia, że obserwujemy powszechnie spadek autorytetu lekarza i związany z nim m.in. brak zaufania pacjenta do lekarza. Większość lekarzy i nie lekarzy uważa, że praktykujący lekarz jest wówczas szanowany, a więc cieszy się zaufaniem chorych, jeżeli obok wiedzy medycznej zna sztukę lekarską, ma intuicję, i umie szybko powziąć decyzję, która prowadzi do przywrócenia zdrowia lub życia, nie zapominając, jaką potęgą w uzdrawianiu chorych jest dobre słowo, uśmiech i rada. Te kwalifikacje zdobywa się zwykle dopiero wśród pełnej poświęcenia pracy, przy licznych wyrzeczeniach, po długim stażu zawodowym.

Jak to się więc dzieje, że jeden lekarz jest lubiany i pacjenci natarczywie domagają się jego, a omijają innego, mimo że nie zbywa mu na wykształceniu i pilności? Podstawą tu jest – mimo odmiennych nieraz doświadczeń – pełne naukowe wykształcenie. O wielkich lekarzach wszystkich czasów wiemy, że pracowali wytrwale nad swoim wykształceniem i mimo wielu zajęć nie zaniedbywali doksztalcenia się. Przy wielkich postępach medycyny, kto nie śledzi postępu, musi pozostać w tyle.

Pacjent zrazu nie wie, jaką wartość naukową i praktyczną przedstawia lekarz, ale czy jest wrażliwy i zdolny do poświęceń, ludzki, wyczuwa od razu. To pozwala lekarzowi nawiązać kontakt z pacjentem i uzyskać jego zaufanie, tak potrzebne do leczenia. Ta pierwsza iskra zaufania pada zwykle już w czasie pierwszej rozmowy między człowiekiem w potrzebie a tym, który ma pomóc. Obserwujemy to codziennie: chory niepewnie wchodzi do gabinetu, jest pełen przygnębienia i niepokoju, siada naprzeciwko lekarza i zaczyna się rozmowa, wzajemne oddziaływanie na siebie. Już wtedy zaczyna się pierwsza, często decydująca nić tej tajemniczej więzi między lekarzem a pacjentem. Przy całej uprzejmości musi często wykazać stanowczość wobec nieuzasadnionych życzeń pacjenta. Poważanie dla lekarza ma pacjent tylko wtedy, jeżeli w zasadniczych sprawach jest on nieustępliwy. Czy ta ustepliwość wobec pacjenta nie jest obecnie za częsta? Lekarza winna też cechować pewność wystąpienia wobec pacjenta. Wiele tu spraw oczywiście musi współdziałać, spokojna powaga, poczucie odpowiedzialności, zrozumienie dla trosk i niepokoju pacjenta.

Ciekawe jest, jak sobie pacjent wyobraża zmiany chorobowe i przyczyny powstania choroby. (...) Dawniej, podob-

nie jak to czyni uprzejmy i dokładny lekarz, starałem się choremu dać obraz jego choroby, a z biegiem lat stałem się coraz bardziej skąpy w słowach. Doświadczenie bowiem uczy, że laik, nawet ten najbardziej wykształcony (a może ten przede wszystkim), nie wyobraża sobie nic właściwego. To brzmi smutno, jeśli się pomyśli, ile wysiłku się dziś wkłada w przekazanie publiczności wiadomości o objawach i leczeniu chorób. Nawet ten wykształcony laik nie jest w stanie zrozumieć obrazu choroby, brak mu bowiem podstawowych pojęć o anatomii, fizjologii, patologii itd. Po takich spostrzeżeniach doszedłem do wniosku, że objaśnienia naukowe dane nie tylko tym prostym, ale także uczonym laikom nie dają pożytku i ograniczam się do ogólników. W jakim stopniu lekarz ma uświadomić pacjenta, trudno ująć w ogólne reguły. Potrzebne do tego duże doświadczenie i dużo osobistego taktu. (...) To jest długa droga, którą lekarz musi przebyć, nim dochodzi do tego przekonania. (...) Większość chorych przychodzi do lekarza z gotowymi wyobrażeniami o swej chorobie i jej przyczynie. Im więcej przy wszystkich wyjaśnieniach zgadzamy się na nie, tym więcej można wczuwać się w przeżycia i sposób myślenia pacjenta.

Choroba, która wywołuje największy przestrasz u ludzi, to rak. Zagadnienia związane z tą chorobą tak zająbiają się o codzienne życie lekarza, że warto im poświęcić kilka słów. Przez wykłady popularne, artykuły w gazetach oraz liczne operacje, wiadomości o raku w takim stopniu przeniknęły do społeczeństwa, że można mówić o psychozie raka. Ważna jest walka z rakiem, nie mniej ważną wydaje się walka z obawą przed rakiem. My, lekarze, za mało pamiętamy o tym, jaki niepokój wywołuje słowo *rak* u naszych chorych. Ilu chorych zgłasza się do lekarza z niewinnym węzłem chłonny na szyi, z nadkwaśnością żołądka, kolką wątrobową, niewinnym guzkiem hemoroidalnym itp. często nie tyle z powodu dolegliwości, ile z obawy przed rakiem. Ile razy jesteśmy zaskoczeni pod koniec badania, kiedy chory pyta: czy to nie rak, więc nie ma raka? Dawniej mieliśmy zahamowania, aby nie wymawiać słowa *rak* przy błahym schorzeniu, dzisiaj wielu chorym mówi się już jakby profilaktycznie dla jego psychiki, że nie ma mowy o raku. Wtenczas zawsze jesteśmy zdumieni widocznym odprężeniem na twarzy pacjenta, okazuje się bowiem, że od dawna niepokoiła go myśl o raku, nie miał tylko odwagi swej troski ujawnić. (...) Mimo postępów onkologii i zastosowania różnych metod skojarzonego leczenia (...), pozostaje zawsze jeszcze znaczna liczba chorych na raka, u których rozwoju choroby nie można zatrzymać. Lekarz nie ma obowiązku ani prawa podać takiemu choremu rozpoznania raka. Słowo *rak* powoduje u najbardziej odpornego taki wstrząs psychiczny, że od tego momentu mówi o końcu życia, w każdym razie traci radość życia. Choremu znajdującemu się w ostatnim stadium zapalenia otrzewnej żaden lekarz nie odważy się powiedzieć, że – w krótkim czasie żyć nie będzie. (...)

Jest dużo innych sposobów nakłonienia chorego do operacji niż ujawnienie choroby. Wielu chorych zresztą oświadcza z góry: jeśli rak, to nie dam się operować. Również nie trzeba się dać sprowokować przez znane nam wszystkim powie-

## Lekarz–pacjent

dokończenie ze str. 15

dzenie: „Panie doktorze, ja wszystko mogę znieść, proszę mi powiedzieć całą prawdę”. Wiadomo bowiem, że ci załamują się najczęściej.

Leczenie nieuleczalnego raka stanowi najcięższą próbę dla lekarza. To jest może najtrudniejsze ze wszystkich zadań lekarza: często przyjmować chorego, wymyślać wciąż nowe wyjaśnienia z powodu braku poprawy i szukać wciąż nowych środków dla stale wzrastających dolegliwości.

(...) Chorzy skarżą się, że lekarz nie widzi w nich cierpiącego człowieka, a jedynie przypadek mniej lub więcej ciekawy. Wymagania w stosunku do lekarzy raczej wzrosły niż zmniejszyły się. Społeczeństwo obciąża lekarzy odpowiedzialnością za wszystko, co dotyczy zdrowia, nie zawsze stwarzając im odpowiednie warunki.

Te uwagi, że lekarz zatracą dzisiaj kontakt psychiczny z chorym mogą być częściowo słuszne. Te zdolności nie każdy przynosi na świat i te właściwości psychologiczne trzeba zdobyć w większości dopiero w praktyce. Związane to jest z właściwą oceną psychiki danego pacjenta, co jest częścią ogólnej znajomości ludzi. Jeden chce, aby mu współczuć, innemu trzeba dodać otuchy mocnym słowem. Winno to również znaleźć odbicie w programie szkolenia lekarzy. (...) Pacjent pragnie dobrego słowa, rodzi się głód dobrego słowa. Żadne warunki, nawet te najgorsze, nie przeszkadzają jego wypowiedzeniu, jesteśmy do tego zobowiązani w naszej służbie dla człowieka, a pacjent odczuwa za nie głęboką wdzięczność. Prawdziwym złem jest wtedy obojętność. Magiczna siła uzdrawiająca promienieje przede wszystkim z serca, a później dopiero z mózgu, który usiłuje pomóc choremu.

Ważną rolę odgrywa sam sposób podania choremu pomocnej ręki. Kontakt z cierpieniem uszlachetnia lekarza. Lekarz nie może mieć oschłego serca. Powinien być cierpliwy, wyrozumiały, subtelny w odczuwaniu i traktowaniu chorego. Prof. Kacprzak kiedyś w przemówieniu do absolwentów medycyny powiedział: „nie wstyďte się być dobrymi dla chorych”. Nie chcemy od nowoczesnego lekarza kapłaństwa i miłosierdzia, ale wydaje mi się, że stara zasada Hipokratesa – dobry lekarz, dobry człowiek – nadal jest aktualna i nie jest sprzeczna z dzisiejszą rzeczywistością.

## Kardiochirurdzy dziecięcy marzą o nowoczesnym pawilonie

# W pierwszej trójce

To było 35 lat temu. Na 13 kwietnia 1973 r. zaplanowana została w Klinice Chirurgii Dziecięcej ówczesnego Instytutu Pediatrii Akademii Medycznej w Poznaniu pierwsza operacja na otwartym sercu.



ANDRZEJ PIECHOCKI

„Ponieważ żaden z asystentów – czytamy w materiałach konferencji naukowej z maja 2003 r. – nie widział dotychczas tego typu operacji, w przeddzień dr Bogdan Szelałowicz zabrał asystentów dr. Krzysztofa Strzyżewskiego i Marka Orkiszewskiego do kliniki prof. dr. hab. Jana Molla do Łodzi, gdzie mieli okazję zobaczyć dwie operacje na otwartym sercu. Następnego dnia wykonano pierwszą w klinice operację na otwartym sercu, zamykając duży ubytek międzyprzedsionkowy typu *ostium secundum* u 14-letniej dziewczynki. Zarówno operacja, jak i przebieg pooperacyjny były niepowikłane”.

Pierwszy rok działalności kardiochirurgicznej przynosi 18 operacji bez krążenia pozaustrojowego, 13 operacji na otwartym sercu, w tym 4 operacje korekcji całkowitej zespołu czworaczego Fallota. NOT przyznaje nagrodę zespołową za opracowanie konstrukcji i wykonanie aparatu płuco-serce. W 1974 r. wykonuje się operacje częściowe i całkowite kanałów przedsionkowo-komorowych, ubytków międzykomorowych z dostępu przez prawy przedsionek, ale bez nacinania prawej komory. Brakuje aparatury, aby wykonywać więcej operacji. Dość powiedzieć, że Instytut Pediatrii Akademii Medycznej w Poznaniu miał w tym czasie tylko jeden respirator. Sytuacja poprawia się wraz z otwarciem Zakładu Anestezji Pediatricznej i powstaniem banku jednorazowych oksygeneratorów, sztucznych zastawek, stymulatorów, protez i łątek dakronowych.

Umożliwia to wprowadzanie nowych metod leczenia kardiochirurgicznego. Wykonuje się pierwszą operację Mustarda u niemowlęcia z całkowitym przełożeniem wielkich naczyń, następnie zmodyfikowane operacje Senninga z rekonstrukcją wykonywaną za pomocą uszypułowanych płatek własnych tkanek chorego, a także operację Fontana u chorego z zarośnięciem zastawki trójdzielnej.

Takie były początki. Jaka jest dzisiaj pozycja poznańskiego ośrodka kardiochirurgii dziecięcej? Rozmawiam o tym z prof. dr. hab. Michałem Wojtalikiem, kierownikiem Kliniki Kardiochirurgii Dziecięcej Katedry Kardio-torako-chirurgii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Wychowanek profesora Zbigniewa Religi, w którego zespole w Zabrzu pracował w latach 1990–1997. Do powrotu do Poznania zachęcili go i zaprosili ówczesny rektor AM prof. Janusz Gadzinowski oraz szef Kliniki Pediatrii prof. Janusz Maciejewski. Profesor Z. Religa powiedział wówczas, że warunkiem progowym jego zgody jest utworzenie kliniki kardiochirurgii dziecięcej. Warunek ten został spełniony. M. Wojtalik objął tę klinikę, a wkrótce powierzono mu także funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. kardiochirurgii.

Systematycznie wzrastała liczba zabiegów (rocznie oscylowała między 350 a 400, w tym ok. 250 w krążeniu pozaustrojowym). 60 procent z nich wykonywano u noworodków i niemowląt, stosując znane na świecie operacje: Rossa, Norwooda, unifokalizacji naczyń oskrzelowych i płucnych, korekcji anatomicznej postaci prostych i złożonych przełożenia wielkich pni tętniczych. Wykonywane są także operacje kardiochirurgiczne u noworodków ze skrajnie niską (poniżej 1000 g) wagą. Profesor M. Wojtalik, podobnie jak w Zabrzu, również w Poznaniu zastosował tlenek azotu w leczeniu



nadciśnienia płucnego w następstwie wad wrodzonych serca ze wzmożonym przepływem płucnym. Założone przez niego Stowarzyszenie „Nasze Serce” ([www.kkchd.amp.edu.pl](http://www.kkchd.amp.edu.pl)) zakupiło wówczas pierwsze urządzenia do dozowania gazu i pomiaru stężeń w mieszaninie oddechowej, a także lupy operacyjne dla chirurgów, bez których nie byłyby możliwe operacje u najmniejszych dzieci.

W Polsce jest siedem ośrodków kardiologii dziecięcej. W czołówce są Warszawa, Łódź i Poznań. Każdy z nich ma swoją specyfikę. Nasz wykonuje rocznie ok. 350 zabiegów. Poza wczesną korekcją wad wrodzonych u noworodków i niemowląt koncentruje się na wadach (wrodzonych i nabytych) zastawek przedsińkowo-komorowych u dzieci, współpracując z ośrodkiem w Genewie, a także na wadach zastawki aortalnej u noworodków i niemowląt. Intensywnie pracuje też, od trzech lat, nad skrajną postacią zarośnięcia tętnicy płucnej z dużymi naczyniami oskrzelowymi. Wielkim wyzwaniem jest serce jednokomorowe u noworodka, które wymaga leczenia operacyjnego. Poznań pierwszy wprowadził oksymetrię mózgową.

Wszystkie ośrodki wyposażone są podobnie, gdy idzie o sprzęt monitorujący, sprzęt i narzędzia chirurgiczne. Nasz pracuje jednak w najgorszych warunkach lokalowych. Pochodzą one jeszcze z czasów, gdy oddział podzielony został w prosty sposób: od tego miejsca jest klinika kardiologii dziecięcej. Dostawia brak pomieszczeń koniecznych do prowadzenia badań i leczenia. Marzeniem zespołu i jego szefa jest budowa nowoczesnego pawilonu, w którym odpowiednie warunki znalazłyby: kardiologia dziecięca, diagnostyka chorych po złożonych operacjach wad serca i oddział kardiologii, który wykonywałby m.in. reoperacje, wymiany zastawek.



**Prof. Michał Wojtalik (z prawej)  
i jego zastępca dr Jacek Henschke**

**Klinika jest dobrze wyposażona, doskwiera jednak brak pomieszczeń**

## Pożegnanie dr. med. Jerzego Cellarego Nestor poznajskiej reumatologii

23 kwietnia 2008 r. pożegnaliśmy dr. Jerzego Cellarego, który w tym dniu obchodziłby swoje imieniny...



Doktor Jerzy Cellary urodził się w 1921 r. w Kielcach, gdzie później był uczniem gimnazjum. Maturę zdał w Częstochowie podczas okupacji, a następnie uczęszczał na wykłady i ćwiczenia laboratoryjne na Tajnym Uniwersytecie Ziemi Zachodnich w Kielcach. W 1946 r. został przyjęty na II rok studiów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego. Dyplom lekarski otrzymał w 1949 r.

W 1950 r. dr J. Cellary rozpoczął pracę w I Klinice Chorób Wewnętrznych. Podczas pracy w klinice dr Cellary uzyskał specjalizację 2. stopnia z zakresu chorób wewnętrznych, a następnie z reumatologii. W 1962 r. obronił pracę doktorską. W 1965 r. przeniósł się z kliniki do Miejskiej Przychodni Lekarskiej. Zorganizował wówczas 5 poradni reumatologicznych w poszczególnych dzielnicach Poznania.

Doktor Cellary opublikował 25 prac z zakresu reumatologii, interny i radiologii. Był głównym autorem *Atlasu reumatologicznego* (PZWL, 1968).

Przez 8 lat (w latach 1968–1976) pełnił funkcję przewodniczącego Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, prowadził wiele szkoleń dla lekarzy, rehabilitantów i fizyoterapeutów. Ponadto był konsultantem w dziedzinie reumatologii dla województwa poznańskiego. Działał również aktywnie przez wiele lat w Sekcji Społecznej Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

PRZEWODNICZĄCA ODDZIAŁU POZNAŃSKIEGO  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA REUMATOLOGICZNEGO  
PROF. DR HAB. MED.

IRENA ZIMMERMANN-GÓRSKA



## Metoda Shantali – włączmy rodzica w proces rehabilitacji i optymalnej pielęgnacji dziecka!

Na świat przychodzi dziecko. Dla każdego rodzica – spełnienie marzeń, dla lekarza – mały pacjent. Wszyscy chcą zapewnić małej istocie jak najlepszy start. Stworzyć warunki prawidłowego rozwoju. To łatwe, jeśli dziecko jest zdrowe, o wiele bardziej złożone – jeśli urodziło się z „deficytami”. Pediatra, neurolog, ortopeda – cały sztab specjalistów diagnozujących i próbujących usprawnić malucha. Przy nich zatroskany, przejęty rodzic. Czy można włączyć go w proces aktywnej rehabilitacji?

### Powrót do źródeł

Przed kilkoma laty dotarł do Polski nowatorski sposób wspomagania rehabilitacji medycznej przez rodzica, opiekuna lub osobę bliską. Był to słabo wówczas znany, ale głośny dzięki rewelacyjnym efektom tzw. masaż Shantali. Jego twórcą i propagatorem był Friderique Leboyer, francuski położnik, który w czasie jednej ze swoich wypraw do Indii spotkał młodą kobietę, Shantalę, przy pomocy masażu walcząca o zdrowie swojego przedwcześnie narodzonego dziecka. Metoda, którą posługiwała się Shantala, okazała się głęboko osadzona w tradycji. Hinduska nauczyła się jej od matki, a matka od swojej babki. Ku zdumieniu Leboyera wcześniak rozwijał się prawidłowo. Masaż matki dostarczał mu niezbędnych bodźców słuchowych, dotykowych i wzrokowych. Odpowiednia stymulacja zapewniała prawidłowy rozwój.

Do Europy masaż Shantali dotarł w latach 80. Rozwinął się zwłaszcza w USA, Kanadzie i Holandii, gdzie instruktorzy tej metody są dziś do dyspozycji w każdym ośrodku zdrowia. W Polsce ta metoda nadal jednak jest mało znana, a bywa wręcz niedoceniana. Instruktorów przeszkolonych do prowadzenia kursów masażu dziecięcego można dosłownie policzyć na palcach jednej ręki.

### Wszechstronność masażu Shantali

Masaż Shantali ma walory terapeutyczne, tonizujące, stymulujące. Skierowany jest do dzieci:

- znajdujących się w grupie ryzyka – narażonych na niepowodzenia w rozwoju psychoruchowym,

- z nadmiernym napięciem mięśniowym,
- po urazach mózgowo-czaszkowych,
- nadmiernie pobudzonych,
- z zaburzeniami gastrycznymi (kolkami),
- upośledzonych intelektualnie.

Masaż ma wiele walorów terapeutycznych. Stanowi silną formę komunikacji, wzmacniającą więź emocjonalną między rodzicem a dzieckiem. Masowanie sprawia maluchowi radość, uspokaja i relaksuje, pomaga w rozwoju fizycznym. Uważa się, że masaż niemowlęcia ma pozytywny wpływ na wszystkie układy. Jego praktykowanie może:

- pomóc dziecku w oddychaniu,
- usprawnić jego układ odpornościowy,
- przyspieszyć usuwanie produktów przemiany materii i toksyn przez skórę,
- wspomóc trawienie i przynieść ulgę w kolce i zaparciu,
- sprzyjać dobremu napięciu mięśni,
- uzupełnić rehabilitację medyczną,
- uspokoić dziecko i pomóc zasnąć.

Instruktorzy masażu metodą Shantali zwracają także uwagę na korzyści dla osoby wykonującej masaż:

- poprawia pewność siebie rodzica, wierę w jego umiejętności opieki nad dzieckiem,
- uspokaja,
- łagodzi lub zapobiega depresji poporodowej u matek,
- poprawia więź z dzieckiem,
- pomaga w zrozumieniu dziecka, tego, co komunikuje, jakie potrzeby próbuje przekazać.

Jak widzimy, stosując metodę Shantali, rodzic może efektywnie stymulować dziecko do rozwoju w środowisku przyjaznym, bezpiecznym, domowym. Warto stosować masaż także profilaktycznie, aby mieć pewność, że pociecha rozwinię się harmonijnie.

### Lekarzu – informuj rodzica o kursach masażu!

Propagując masaż metodą Shantali, należy zwrócić uwagę na doniosłą rolę lekarza. Może on uświadomić rodziców o istnieniu tej metody i korzyściach z niej wypływających. Warto zwłaszcza podkreślić, że kursy masażu odbywają się zazwyczaj w środowisku znanym rodzicom i przyjaznym dziecku. Instruktor dobiera indywidualnie dopasowane sekwencje masażu. Uczy wykonywania ich spokojnie, zręcznie i z wyczuciem. Dzięki metodzie Shantali rodzic staje się aktywnym ogniwem w procesie rehabilitacji i usprawniania.



FOT. ARCHIWUM

MGR ANNA HARTMAN  
 CERTYFIKOWANY INSTRUKTOR MASAŻU SHANTALI  
 PEDAGOG SPECJALNY, TERAPEUTA  
 0691 514 567  
 WWW.MASAZDZIECIECY.ZAFRIKO.PL  
 MASAZDZIECIECY@ZA.PL

## Punkty od Konfucjusza

Otworzyłem książeczkowy dokument, którym zostałem obdarzony swego czasu – no i go sobie przeglądam. Muszę, gdyż owa książeczka nosi tytuł Indeks Doskonalenia Zawodowego Lekarza. Podobno już niedługo jej użyję, gdy przyjdzie mi się wypowiadać z tzw. punktów zbieranych za to, że czytam, jeżdżę, słucham, surfuję i prenumeruję. I za to, że bez szemrania wydaję własne pieniądze na sensowne wykonywanie powyższych czynności. Poświęconego czasu nie wspominam – już podczas studiów zdawałem sobie sprawę, że stała edukacja będzie nieodzownym elementem mojej pracy. Bo musi być. Bo tak jest lepiej dla mnie (ach, ta konkurencja!), dla mojego sumienia (ach, ci pacjenci, to ich dobro i ten nasz Hipokrates!), dla mojego dowartościowania się (ach, te europejskie standardy gonione w małym, wielkopolskim mieście)...

Na początku wspomnianego Indeksu dumnie i w całości zamieszczono uchwałę Naczelnej Rady Lekarskiej, czyli dekretację autorstwa najwyższej władzy mojej korporacji zawodowej, której mam zaszczyt (piszę to bez cienia złośliwości czy ironii) być członkiem. Konkretnie jest to właśnie ta uchwała, która mówi o obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków.

Czytam jej preambułę i z akceptacją kiwam głową. Oto autorzy powołują się na kodeks etyki lekarskiej – i słusznie. Oto powołują się na istniejące już w tej dziedzinie w Europie oraz na świecie rozwiązania – i słusznie. Oto powołują się na wcześniejsze ustawodawstwo NRL – i słusznie. Oto oficjalnie akceptują nowe przepisy wykonawcze (czyli, jak rozumiem, wiadome rozporządzenie ministra zdrowia) i słusznie, oraz podkreślają (to ważne!), że owe przepisy nie są czymś medykom narzuconym, ale stanowią jedynie (cytuje): potwierdzenie zasad doskonalenia zawodowego przyjętych wcześniej przez środowisko lekarzy i lekarzy dentyków...

Mówiąc krótko: czytam preambułę wspomnianej uchwały i nie mam do nikogo pretensji. Skoro napisali ją nasi przedstawiciele (czytaj więc: nie powstała wbrew nam, lekarzom), skoro intencje autorów były szlachetne i światłe – no to pozostaje mi być dumnym, że wypełniam wymogi, które owa uchwała mi narzuca.

I nie byłoby problemu, nie byłoby niniejszego tekstu – ale wieczorem włączyłem komputer. Jak zwykle zalogowałem się na jednym z dużych polskich portali medycznych. Otworzyłem serwis naszych branżowych wiadomości. Zacząłem sobie czytać różne wypowiedzi moich kolegów po fachu. Rozpocząłem od komentarza szefa OZZL, Krzysztofa Bukieła, w którym totalnie skrytykował punkty edukacyjne, ich rozliczanie i w ogóle sam pomysł. Potem zajrzałem na forum internautów, poświęcone temu samemu tematowi. Znalazłem wszystko: od biadolenia, ile to czasu zmarnować trzeba na uczenie się; poprzez czysto finansowe wyliczenia kosztów tej nauki; poprzez załamywanie rąk nad tym, że firmy farmaceutyczne współorganizują kursy i sympozja; dalej przez narzekanie, ileż to czasu traci się na pracę w poważnej klinice w dużym mieście (czyli: jak można potem jeszcze zbierać jakieś prozaiczne punkty?); z kolei – jako przeciwwagę – ileż to czasu jedzie się z prowincji do ośrodka akademickiego, gdzie ponoć o punkty łatwiej... Były jeszcze wezwania do bojkotu oraz buńczuczne przechwalanie się swą ponadprze-

ciętą wiedzą, która tak dalece nie ulega wątpliwości (jej właściciela), że nie musi być udowodniana. Świat jest jednak pełen niedowartościowanych frustratów...

Na koniec któryś z internautów oświadczył, że on się buntuje i nikt go nie zmusi do rozliczania się z punktów. Ta właśnie ostatnia wypowiedź była jedyną sensowną: faktycznie, nikt cię nie zmusi! Jesteś wolnym człowiekiem i zrobisz, co zechcesz. Dlaczego więc dyskutujesz? Dlaczego się unosisz? Szkoda nerwów. Rób, co chcesz. Twoja sprawa, twój wybór. Przecież nikt cię nie pyta, co akurat chcesz zrobić. Znowu megaloman...

Czytałem sobie to wszystko najpierw ze zdziwieniem. O co im chodzi? Przecież o punktach wiedzą od kilku lat. Dlaczego protestują dopiero teraz? Potem zdziwienie ustąpiło miejsca rozbawieniu, a może nawet dumie: oto ja, szary, zabiegany, przeciętny lekarz rodzinny z prowincji, bez problemu spokojnie uzbierałem prawie trzysta punktów; a tu czytam, jak podobno trudno doktorantowi z akademickiego ośrodka uciułać wymagane minimum... Potem przyszło niedowierzanie, jeszcze później – niesmak... Na koniec pozostała już tylko dezorientacja.

Ponieważ teraz już zupełnie nie wiem, kto reprezentuje nasze środowisko! Dotychczas myślałem, że Izba Lekarska. Teraz widzę, że niekoniecznie. Oto związkowcy z OZZL, choć są członkami tejże Izby, jednocześnie próbują sabotować wykonywanie przepisów uchwały, którą napisali ich przedstawiciele. Tak, sabotować – gdyż o ile każdy wolny człowiek ma prawo do własnego zdania, o tyle już próby organizowania bojkotu postanowień własnej organizacji to jest sabotaż. Nie można należeć jednocześnie do na przykład Platformy Obywatelskiej i do PiS. W każdym razie – nie wypada najpierw napisać projektu konstytucji, który następnie odrzuca się w sejmowym głosowaniu...

Jak możemy wymagać, by nasze środowisko było postrzegane jako poważne, demokratyczne, godne szacunku, wiarygodne, dbające o swój poziom intelektualny i fachowy, awangardowe, no i wreszcie – jako zgrane, skoro publicznie podważamy sens tego, co kilka lat wcześniej zarządzili nasi przedstawiciele? W dodatku – nie samozwańczy, tylko przez nas samych wytypowani w demokratycznych wyborach?...

Nie żałuję mojego systematycznego doksztalcenia zawodowego – choć też mam żal, że tzw. system nie pomaga mi w tym finansowo. Ale ponieważ nie pierwszy to, nie najważniejszy i pewnie nie ostatni mój żal skierowany do owego systemu, więc nie będę się nad nim rozwodził. A tym bardziej nie będę pluł na własną korporację zawodową! Nie żałuję swego doksztalcenia. Bo przecież uczyłbym się tak czy inaczej, z punktami lub bez nich. Robię to od dwudziestu lat – to jest od czasu, gdy skończyłem naukę na wydziale lekarskim. Może z rozpędu? Może z powodu kompleksu prowincji? A może przez Konfucjusza?

Bo to Konfucjusz powiedział: *Ten, który się uczy, a nie myśli, jest stracony. Ten, który myśli i nie uczy się, znajduje się w wielkim niebezpieczeństwie.*

Może sobie schlebiam – ale zdarza mi się myśleć. A że nie lubię niebezpieczeństw, więc na wszelki wypadek wolę się też uczyć. Gdyż wierzę starożytnym mędrcom. Bardziej niż nowożytnym mądralom.



## Na sportowo

# VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie

Tegoroczny maraton w Poznaniu przeszedł do historii z kilku powodów. Ukończyła go rekordowa liczba zawodników – 2640. Na trasie można było spotkać aż 67 przedstawicieli świata medycznego. Był to również ostatni, jak zapowiedzieli organizatorzy, maraton rozgrywany na dotychczasowej trasie. Od przyszłego roku ma być tylko jedna pętla.

Maraton wyróżniał się jeszcze z jednego powodu. Uważny obserwator mógł dostrzec na strojach biegaczków różową wstążeczkę – symbol walki z rakiem piersi.

Większość biegaczy po porannym chłdzie ubrała się dość ciepło i w czasie, gdy słońce osiągnęło zenit, musieli pozbywać się nadmiaru odzienia (nie mylić ze striptizem). Ja, mimo że ubrałem tylko T-shirt i koszulkę klubową, po połowie dystansu pozostałem jedynie w tej drugiej. Moją taktykę w tegorocznym maratonie musiałem dostosować do zaburzonego cyklu przygotowań, który pokrzyżowało mi przeziębienie. Na trzy tygodnie wyłączyło mnie z treningu. Dopiero tydzień przed maratonem zacząłem ponownie się ruszać. Moim celem było więc ukończenie biegu, bez planowania jakiegos szczególnego wyniku. Pierwsze 21 km pokonałem w założonym tempie i czułem się dobrze, więc z optymizmem ruszyłem na drugą pętlę. Lżejszy o wspomniany wyżej T-shirt zacząłem wyprzedzać kolejnych biegaczy, mimo że nie zwiększyłem tempa. Wszystko wskazywało na to, że to oni słabli i jak się okazało na mecie, minąłem po drodze aż 520, co pozwoliło mi plasować się w połowie stawki biegaczy. Na mecie maratonu zameldowało się 66 przedstawicieli świata medycznego. Stawce przewodził, podobnie jak w zeszłym roku, Jarosław Grzelec, który wyprzedził Jacka Baćmagę i niestrudzonego Pawła Paligę, nieopuszczającego żadnej okazji, aby się zmierzyć z kolegami po fachu. Wśród kobiet Mistrzynią Polski 2008 r. została Joasia Bestrzyńska reprezentująca Wielkopolskę, wyprzedzając dwie przedstawicielki Warszawy: Małgosię Kołodziejczak i Agatę Miko-



**Autor po minięciu mety**



**Nasze dzielne panie**

FOT. ARCHIWUM AUTORA

łajczak. Na zwycięzców czekały puchary i nagrody ufundowane przez Wielkopolską oraz Naczelną Izbę Lekarską. Ceremonię dekoracji zakończyło wspólne zdjęcie wszystkich, którzy swoją postawą, osobistym przykładem pokazali, że walka o zdrowie to również promocja zdrowia, a nic nie działa lepiej niż osobisty przykład.

Na szczególne uznanie zasługują nasi seniorzy, którym od lat przewodzi wśród panów 78-letni Antoni Wisterowicz z Sopotu, a wśród pań zawsze młoda Maria Pańczak z Poznania. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie przyciągają coraz więcej lekarzy i bardzo obiecujący jest fakt, że od trzech lat prawie jedna trzecia startujących to nowi zawodnicy. W kategorii rolkarzy również zgłosiło się sporo lekarzy, więc planuję od przyszłego roku wprowadzić ich klasyfikację do Mistrzostw Polski.

WOJCIECH ŁĄCKI



FOT. ARCHIWUM AUTORA



## XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie

Bieganie albo zdrowie... Spokojnie, to nie pomysł nowej akcji anti... w wykonaniu naszej aktualnie panującej minister zdrowia na napisy na pudełkach z butami biegowymi. Chociaż po ostatnim „wynalazku” w postaci rejestracji ciężarnych nikt nie może się czuć bezpiecznie. Od razu przypominały mi się czasy, gdy Słońce Karpat nakazało kobietom wykonywanie co miesiąc testów ciężarowych, a najpopularniejszym środkiem antykoncepcyjnym w Rumunii był bisepol, masowo przemycany do ojczyzny Drakuli.

Trudny wybór stanął przede mną w przeddzień Biegu Lechitów, w ramach którego lekarze walczą o mistrzowskie tytuły na 21-kilometrowej trasie. Drapanie w gardle, katar i uczucie, że moje zatoki zawierają nie tylko powietrze, utwierdziły mnie w prostym rozpoznaniu przeziębienia. Bieganie w takim stanie może się skończyć poważnymi powikłaniami, czego w gronie czytelników, a przynajmniej adresatów tego „Biuletynu”, tłumaczyć nie muszę. Tygodnie przygotowań diabli wzięli i musiałem się przesiąść na fotel kibica, chociaż nie do końca, bo jako że stanowiłem jednoosobowy komitet organizacyjny lekarskich mistrzostw, musiałem dopilnować tej działki Biegu Lechitów.

Wynik kobiecej rywalizacji był do przewidzenia, skoro wystartowała Marta Lewandowska z Torunia. Jej pojawienie się zwykle odbiera nadzieję na zwycięstwo pozostałym rywalkom. Wicemistrzynią Polski została Joasia Bestrzyńska, reprezentująca podpoznańskie Gądky, a na trzecim stopniu podium stanęła Hania Muerau-Nowicka z Bytowa. Wśród panów też nie było niespodzianki. Niemordowany Paweł Paliga z Głogowa wyprzedził, podobnie jak Marta Lewandowska, o 6 minut Pawła Bartczaka reprezentującego Kalisz i niezastąpionego w kategorii pięćdziesięciolatek Leszka



FOT. ARCHIWUM AUTORA

Walczaka z Leszna, któremu dzielnie na trasie, aczkolwiek nieco w tyle, towarzyszyła żona Lidka.

Najstarszym zawodnikiem wśród lekarzy był już tradycyjnie, niemający konkurencji w swojej kategorii wiekowej dr Antoni Wisterowicz z Sopotu.

Na koniec pragnę podziękować wszystkim tym, dzięki którym nasze mistrzostwa mogły się odbyć. Za wsparcie finansowe władz Wielkopolskiej i Naczelnej Izby Lekarskiej, za pomoc w organizacji szefowi Gnieźnieńskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji Jackowi Mańkowskiemu. Dziękuję za przychylność władz Gniezna z prezydentem Jackiem Kowalskim na czele. A przede wszystkim dziękuję koleżankom i kolegom lekarzom za udział i wspaniały przykład.

WOJCIECH ŁĄCKI

## I Poznańska Konferencja i Bieg Wyprzedzić Raka

Wielkopolska od lat jest na czele pod względem zachorowalności na nowotwory. Rak piersi stawia nas w czołowiec 16 województw. Wiedzy na temat nowotworów nigdy za wiele. Można propagować ją na różne sposoby.

11 października 2008 r. na terenie Malty odbyła się I Poznańska Konferencja i Bieg Wyprzedzić Raka w formule rzadko u nas spotykanej. Pomysłodawcą połączenia imprezy biegowej i spotkania naukowo-szkoleniowego był dr Dawid Murawa, nasz biegający kolega z Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Mózgiem konferencji była Agnieszka Dyzmann-Sroka, kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Muszę podkreślić, że dawno nie spotkałem tak merytorycznej i kreatywnej osoby, w dodatku potrafiącej zaszczyć podobne cechy swojemu zespołowi. Informacja o konferencji i biegu została rozpropagowana na wszelkie możliwe sposoby. Ja również rozkolportowałem ulotki

na kilku biegach w Polsce, a ponieważ bieg miał charakter otwarty, skusiło się na niego, oprócz lekarzy, kilkudziesięciu innych biegaczy. Po biegu, którego pierwsza trójka otrzymała nagrody, rozpoczęła się konferencja. Na jej zapleczu studenci medycyny dokonywali pomiarów ciśnienia, poziomu glukozy, ilości tkanki tłuszczowej i BMI. Niektórych lekarzy trzeba było solidnie namawiać na te badania – w tym wypadku niewiele różniły się od naszych pacjentów.

Program konferencji adresowanej do lekarzy rodzinnych oraz ginekologów był bardzo bogaty i obejmował problematykę raka piersi, ze zwróceniem szczególnej uwagi na współpracę z onkologami. Jednym z ważnych wniosków konferencji był ten, że aktywność ruchowa może zmniejszyć ryzyko raka piersi niemal o 20 proc. Miałem również skromny wkład w merytoryczną część konferencji. W mojej prezentacji próbowałem odpowiedzieć na prowokacyjne pytanie: „Dlaczego lekarze powinni dawać dobry przykład?”

Formuła spotkania sprawdziła się i już myślimy nad przyszłoroczną, może z inną dyscypliną sportu.

WOJCIECH ŁĄCKI

Gdy będziecie Państwo czytali ten ścinek, w Poznaniu będzie się odbywała, w dniach od 1 do 12 grudnia, Konferencja Narodów Zjednoczonych w Sprawie Zmian Klimatu Poznań 2008.

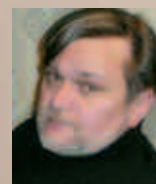
W związku z tą konferencją przybędzie do Poznania kilkanaście tysięcy delegatów i gości. Duża część z nich na pewno skorzysta z samolotów, pociągów i samochodów, by przyjechać do Poznania. Po mieście zapewne także będą poruszali się przy pomocy różnych środków lokomocji, napędzanych przez różnymi silnikami, w tym w dużej części spalinowymi. Wszystko to, niewątpliwie, przyczyni się do „poprawy” klimatu w Poznaniu w tych dniach. Wszystkich tych delegatów trzeba będzie nakarmić, co także jeszcze bardziej „poprawi” nasz poznański klimat i bilans CO<sub>2</sub>, o który tak „troszczą się” uczestnicy konferencji. O tym, że rdzenni mieszkańcy będą tkwić w jeszcze większych niż zazwyczaj korkach, nie muszę chyba wspominać. A to sprawi, że klimat Poznania będzie wprost niebiański. Jako lekarz i w związku z tym, z definicji, humanista (choć niektórzy mówią, że coraz bardziej zamieniam się w urzędnika przybijającego pieczętki, wypełniającego różne „niezbędne” formularze i statystyki, na potrzeby tej czy innej, „niezwykle ważnej”, instytucji, mając coraz mniej czasu na rzeczywiste poznanie problemów pacjenta zgłaszającego się po poradę), nie jestem z tego faktu szczególnie zadowolony.



Jeśli poprzedni ścinek wydawał się Państwu co najmniej pozbawiony entuzjazmu wobec działań różnych osób i organizacji na rzecz poprawy ziemskiego klimatu, to ten będzie potraktowany jako wytwór wszelkiej maści wszetecznych sił i pisany zapewne w jakimś ciemnogrodzie, „na zamówienie i pod wpływem”, wiadomo kogo i czego. Dawno, dawno temu „zieloni” wszelkich odcieni oraz obrońcy klimatu byli traktowani jako niegroźni dziwacy, którzy idee mają zapewne słuszne, ale zbyt utopijne, by je stosować w praktyce. Czas sobie płynął i pewnego dnia okazało się, że „zieloni” już nie są niegroźnymi dziwakami, tylko całkiem realną siłą, z którą muszą się liczyć już nie tylko politycy, ale praktycznie każdy z nas. Ich metody działania także się zmieniły. To już nie są zamieszczane

# SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL KRZYSZTOF OŻEGOWSKI



w elitarnych periodykach artykuły o potrzebie chronienia tego czy owego. Obecnie jest to olbrzymia gałąź biznesu, który bazując na szczytnych hasłach z przeszłości, obecnie wciska naiwnym, i nie tylko, wszelkiej maści „ekoprodukty”. Szczytem hipokryzji jest nazywanie sztucznych futer „ekologicznymi”, w sytuacji, gdy większość z nich jest efektem przeróbki ropy naftowej. Oprócz działalności ekobiznesowej, pojawiła się ekopolityka, z całą paletą „zielonych” partii, w tym czy innym kraju. Tam, gdzie nie ma partii, albo zielone partie zostały uznane za zbyt ugodowe, pojawił się ekoterrorizm. Od działań względnie niegroźnych, jak wszelkiego rodzaju pikiety i blokady, poprzez blokowanie statków, portów, torów itp., aż po wymuszanie okupów za zgody na rozpoczęcie czy też kontynuowanie tej czy innej inwestycji pod pozorem dobrowolnych darowizn na tę czy inną organizację zajmującą się ochroną tego czy owego. Ale wszystko to to mały pikuś w porównaniu z działaniami obrońców klimatu. Ktoś wspominał o szkodliwym wpływie freonu i dezodorantów na tzw. warstwę ozonową. W efekcie zabroniono używania tego pierwszego, a liczbę zastosowań „tradycyjnych dezodorantów” ograniczono, zastępując je „przyjaźniejszymi” dla środowiska i warstwy ozonowej. Jednak pomimo tak szeroko zakrojonej akcji, kosztów i niewygód z tym związanych, ta „paskudna dziura” w warstwie ozonowej w ubiegłym roku powiększyła się do największych zaobserwowanych rozmiarów. W tym ostatnim zdaniu najważniejszym stwierdzeniem jest stwierdzenie „zaobserwowanych rozmiarów”. Bowiem w tym stwierdzeniu jest „pies pogrzebany”. Otóż „dziurę ozonową” obserwujemy sobie od niedawna, a w skali ziemskiej to można stwierdzić, że jeszcze w ogóle nie zaobserwowaliśmy niczego, z czego można by wysnuć rzetelne wnioski, obarczone minimalnym możliwym błędem. W chwili obec-

nej wszystkie tzw. opinie naukowe są właściwie przejawem przekonań ich autorów, niepopartych właściwie żadnymi „twardymi” dowodami naukowymi, gdyż czas obserwacji, w skali ziemskiej, kosmicznej, jest zbyt krótki, by można było stwierdzić, co jest efektem działań człowieka, na które ma wpływ, a co działań sił (natury, Kosmosu etc.), na które nie ma wpływu. Ale problem dezodorantów to było dopiero prelude do obecnego „problemu nr 1”, czyli „produkcji CO<sub>2</sub>”. Na początku także wydawało się, że to wszystko z troski o środowisko. Niestety, szybko szydło wyszło z worka, gdy zaczęto mówić o „kwotach emisji CO<sub>2</sub>”. Jak zwykle, gdy nie wiadomo, o co chodzi, to zawsze chodzi o pieniądze... I tak się stało z dwutlenkiem węgla, ściśle mówiąc, z tzw. kwotami emisji, bowiem samo „harcerskie” ograniczanie emisji dla wielu wpływowych osób okazało się zbyt proste i prostolinijne. Ktoś postanowił na tym zarobić i to wcale niemałe sumy pieniędzy. Niby wszystko jest proste. Każdemu państwu przydzielono pulę emisji CO<sub>2</sub> i związane z tym opłaty. Szkopuł w tym, że z norm zrobiono bożka, któremu podporządkowuje się gospodarkę, często sztucznie ograniczając ich rozwój – oczywiście, wszystko to w trosce o człowieka, a że ten człowiek nie będzie miał pracy, to już inna bajka, która twórców tych ograniczeń nie interesuje. Jak zwykle było w tym jakieś ale. Tym ale jest handel kwotami emisji. Ktoś, kto nie wykorzystuje swojej kwoty, może ją sprzedać temu, któremu brakuje, ale ma nadmiar wolnych pieniędzy. I całe te szczytne zasady biorą w łeb. Pozostaje jeszcze problem największych emitentów, którzy ignorują zasady podziału kwot emisji... Czy to wszystko ma sens? Trudno powiedzieć, gdyż podobnie jak dziura ozonowa, tzw. efekt cieplarniany jest bardziej opisem czyichś przekonań, niż twardych dowodów. I to z tego samego powodu co poprzednio – czas obserwacji jest za



krótki i nawet odwiarty w skorupie lodowej nie dają odpowiedzi. Ale pieniądze krążące w „obłokach CO<sub>2</sub>” są jak najbardziej realne.



Na koniec powróćmy do naszej rzeczywistości. Narodowy Fundusz Zdrowia przy okazji nowego tzw. konkursu ofert postanowił po raz kolejny oszukać świadczeniodawców. Pretekstem do tego jest zapis tzw. „ustawy wedlowskiej”, który nakazuje włączyć od przyszłego roku, osobno do tej pory wypłacane pieniądze „na podwyżki” do stawki płaczonej przez NFZ za punkt, osobę etc. NFZ nie byłby sobą, gdyby nie postanowił, po raz kolejny, zaoszczędzić, czyli ponownie za tę samą ilość pieniędzy kupić więcej. Teoretycznie każdy świadczeniodawca powinien otrzymać co najmniej tyle pieniędzy, ile w ubiegłym roku. I każdy z nich myślał, że NFZ zrealizuje to wliczając przeliczone pieniądze „podwyżkowe” do wartości punktu itp. I NFZ to zrobił, tyle że nie w całości. Z różnych informacji wynika, że skala oszustwa NFZ wynosi od kilku do kilkudziesięciu procent w zależności od rodzaju świadczenia i oddziału funduszu. Skąd to wiadomo? Ano, po raz pierwszy Fundusz opublikował tzw. ceny oczekiwane w konkursie. Ich poziom jest właśnie powodem takich wniosków wysnuwanych przez świadczeniodawców. Oczywiście, można było Funduszowi zaproponować cenę kompensującą w całości „dodatek wedlowski”, ale w efekcie oferent za kryterium ceny nie otrzymałby praktycznie wcale punktów. Tu dygresja – „wstrzeliwując się” w cenę oferent otrzyma tylko połowę możliwych punktów. Maksimum dostanie wtedy, gdy określą swoją cenę poniżej 0,9 ceny oczekiwanej, czyli poniżej tegorocznej ceny (oczywiście gołej, bez dodatku „wedlowskiego”). Na protesty świadczeniodawców NFZ odpowiada, że przecież „globalnie” dostaną tyle samo pieniędzy, a czasami nawet więcej, tyle że będą musieli więcej pracować. Problem byłby może mniejszy, gdyby nie zapisana w ustawie konieczność rozliczenia się z pieniędzmi na podwyżki. Ale jak to zrobić po włączeniu ich do stawki i to w niepełnej wysokości? Świadczeniodawcy, szczególnie ci z dużych szpitali klinicznych i instytutów postanowili nie czekać i zakomunikowali Funduszowi, że na jego monopol przeciwstawią wspólną reprezentację, która będzie negocjować nowe stawki, gdyż te zaproponowane przez NFZ są nie do przyjęcia. Fundusz początkowo ignorował to oświadczenie. Potem stwierdził, że nie ma takiej możliwości, by wspólna reprezentacja negocjowała warunki dla wszystkich, gdyż w konkursie każdy oferent musi sam się z Funduszem dogadywać. Na takie *dictum* przypominano Funduszowi, że żaden przepis tego nie zabrania, a poza tym był już precedens w przeszłości, gdy w imieniu lekarzy poz negocjowało warunki Porozumienie Zielonogórskie. Jak będzie obecnie, przekonamy się niebawem. Państwo w momencie czytania zapewne już będziecie znać rozwój wypadków i jego efekty. I ciekawe, czy Fundusz pójdzie po rozum do głowy, czy znowu będziemy świadkami niepotrzebnych napięć, gróźb niepodpisywania umów, a ze strony NFZ gróźb zamykania oddziałów, czy może nawet szpitali – no bo tak można traktować „popisówki” z przeszłości, które miały pokazać „maluczki”, gdzie ich miejsce. Miejmy nadzieję, że tym razem Fundusz wykaże się większym rozsądkiem.

## KARYKATUROTEKA TYTUSA

**Uczestnicy zjazdu lekarzy na wesoło! Na zjeździe byli poważni, czasem zaciętrzewieni, roz dyskutowani. Tu pokazują inną twarz, odrobinę przerysowaną, pozbawioną codziennej i zawodowej powagi. A twarz jest odbiciem duszy i charakteru człowieka. Jacy naprawdę jesteśmy? Dziś drukujemy kolejne dwie karykatury. Autorem jest Tytus Byczkowski.**



**Stanisław  
Dzieciuchowicz**



**Krzysztof  
Kordel**



## Dawka mediów

## Andrzej Piechocki

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne i bardzo ważne. Fascynujące, nadzwyczajne, sensacyjne. Głównym składnikiem *Dawki mediów* są fragmenty informacji rzeczowych.

### To są duże podwyżki

– *Ponad 7 tys. zł zarabia miesięcznie lekarz z drugim stopniem specjalizacji; średnie zarobki starszej pielęgniarki to około 3 tys. zł* – mówiła w Sejmie minister zdrowia Ewa Kopacz. Jej zdaniem, pokazuje to, że nie można mówić o patologii w przypadku zarobków w służbie zdrowia. Kopacz odpowiadała na pytania posłów w związku z debatą po informacji premiera Donalda Tuska o dokonaniach jego rządu po roku pracy. Jak mówiła, jeszcze rok temu lekarze rezydenci (po stażu) zarabiali brutto 1747 zł; w roku 2008 natomiast ich płace wzrosły do wysokości 2473 zł. Jak dodała, według założeń budżetu na przyszły rok, lekarze rezydenci będą zarabiali, w pierwszej części swej rezydentury 3600 zł, w drugiej zaś 1890 zł.

– *Czy to są małe podwyżki dla młodych lekarzy, którzy kończą studia i rozpoczynają swą karierę zawodową? Ja śmiem – patrząc państwu w oczy – powiedzieć – że to są duże podwyżki* – podkreśliła minister zdrowia. Jej zdaniem, przez ostatni rok wzrosła także liczba miejsc na specjalizacjach lekarskich – z 1540 do 4500. Jeśli chodzi o płace dla innych pracowników ochrony zdrowia, to wynagrodzenie brutto lekarza zatrudnionego na umowę o pracę wynosi obecnie (bez dyżurów): w przypadku ordynatora 9642 zł, lekarza z drugim stopniem specjalizacji – 7211 zł, z pierwszym stopniem – 6621 zł, a bez specjalizacji – 5160 zł. Zdaniem Kopacz, po doliczeniu wynagrodzeń za dyżury kwoty te są jeszcze wyższe. – *Są zarobki, z dyżurami, na kontraktach, gdzie lekarz zarabia: ordynator – 26 715 zł, z drugim stopniem specjalizacji – 21 290 zł, z pierwszym stopniem – 15 840 zł, a bez specjalizacji – 12 600 zł* – cytowała minister zdrowia. Kopacz przytoczyła również dane dotyczące zarobków pielęgniarek. Według danych z 2008 r., średnia płaca pielęgniarki ze specjalizacją wyniosła

3407 zł; starszej pielęgniarki – 3119 zł; pozostałych pielęgniarek i położnych – 2735 zł.

WWW.WP.PL

### Unikniemy luki?

Ministerstwo Zdrowia przygotowało przepisy mające na celu zróżnicowanie wynagrodzeń młodych lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury. W Polsce jest ok. 7,5 tys. rezydentów, czyli lekarzy, którzy po ukończeniu studiów odbywają specjalizację finansowaną z budżetu państwa. Przepisy dotyczące tej kwestii umieszczono w projekcie nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, którą przekazano Komitetowi Rady Ministrów. Zgodnie z nowelą, wynagrodzenia lekarzy rezydentów mają być uzależnione od wybranej przez nich dziedziny medycyny oraz od okresu odbytej specjalizacji (np. lekarz będący na trzecim roku specjalizacji będzie otrzymywał wynagrodzenie większe od tego, który ją rozpoczyna).

W ocenie resortu zdrowia, takie rozwiązanie zachęci młodych lekarzy do podejmowania specjalizacji w dziedzinach priorytetowych, w których występuje ograniczenie dostępności świadczeń. Chodzi m.in. o epidemiologię, geriatrię, medycynę rodzinną, onkologię kliniczną, patomorfologię, rehabilitację medyczną, anestezjologię i intensywną terapię, neonatologię, ortopedię i traumatologię narządu ruchu oraz chirurgię. Według resortu, podejmowanie przez lekarzy tych specjalizacji ma zapewnić poprawę dostępności świadczeń, jak również zapobiec „lucie pokoleniowej” w wielu specjalnościach i ograniczyć migrację młodych medyków.

POLSKA AGENCJA PRASOWA

### Tata szefem córki

Choć jest to zabronione, na poznańskim Uniwersytecie Medycznym profesorowie są szefami swoich dzieci. Nowy rektor, prof. Jacek Wysocki, deklaruje, że

będzie walczył z tą plagą. Chce nawet rozszerzyć dotychczas obowiązujący zakaz: – *Na razie osoby blisko spokrewnione nie powinny pracować w tych samych zakładach i klinikach, a ja uważam, że zakaz powinien dotyczyć całych katedr, bo kierownik katedry jest szefem wszystkich pracowników*. Jak mówią pracownicy Uniwersytetu Medycznego, problemem jest nie tylko zatrudnianie dzieci w swoich zakładach – synowie i córki wielu profesorów często robią „rodzinne” specjalizacje i nawet jeśli potem nie pracują w tych samych klinikach, to i tak wiadomo, że są przez rodziców wspierani. Łatwiej im zrobić karierę, bo działają układy towarzyskie oraz wzajemna wymiana uprzejmości i usług.

MARIA BIELICKA  
WWW.GAZETA.PL

### Nareszcie zielone światło

Nowy blok operacyjny powstanie przy ul. Lutyckiej. Szpital zyska też dodatkowe łóżka dla chorych wymagających intensywnego nadzoru medycznego. Ta część inwestycji zakończy się w 2010 r. Szpital czeka też termomodernizacja i montaż kolektorów słonecznych, a także przebudowa lądowiska dla helikopterów sanitarnych. Szpital ma już projekt i pozwolenie na budowę bloku operacyjnego.

– *Będzie tam osiem sal i osiem dodatkowych łóżek intensywnej opieki medycznej. W tej chwili operujemy w pięciu salach, bez klimatyzacji i specjalnych filtrów. A rocznie na starym bloku robimy 8,5 tysiąca operacji* – wyjaśniał Jacek Łukomski, dyrektor szpitala. Nowy blok operacyjny z centralną sterylizatornią kosztować będzie 25 mln zł.

Inwestycja zostanie dofinansowana z budżetu województwa kwotą 6 mln zł (4 mln zarezerwowane są już w tegorocznym budżecie). Szpital chce zaś na inwestycję przeznaczyć pieniądze ze sprzedaży nieruchomości przy ul. Orzeszkowej. Lecznica dostała za nie 12 mln zł. W planie jest też sprzedaż budynków szpitala ortopedycznego przy ul. Gąsiorowskich, który funkcjonuje już w strukturach szpitala wojewódzkiego i docelowo ma zostać przeniesiony na Lutycką.

MARIA BIELICKA  
„GAZETA WYBORCZA”



## Wspomnienie

# Profesor dr hab. med. Janusz Prokop

19 października 2008 r. odszedł od nas prof. dr hab. med. Janusz Prokop, wybitny naukowiec, lekarz, kochający syn, mąż, ojciec i wypróbowany przyjaciel.

Profesor Janusz Andrzej Prokop urodził się 24 października 1957 r. w Gorzowie Wielkopolskim, gdzie ukończył z wyróżnieniem w 1976 r. Liceum Ogólnokształcące nr 2. W latach 1976–1982 studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Był bardzo dobrym studentem, kilkakrotnie zdobył nagrody rektorskie za osiągnięcia w nauce. W czasie studiów działał aktywnie w Studenckim Kole Naukowym przy Katedrze i Klinice Dermatologii Akademii Medycznej w Poznaniu.

Profesor dr hab. med. Jerzy Bowszyc – ówczesny kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii AM w Poznaniu – doceniając zdolności naukowe i organizatorskie dr. Janusza Prokopa, zaproponował mu asystenturę i rozpoczęcie specjalizacji z dermatologii i wenerologii. Odbył liczne staże naukowe i zawodowe w najlepszych ośrodkach w kraju i za granicą, m.in. w Zakładzie Genetyki Człowieka Polskiej Akademii Nauk w Poznaniu (pracownik etatowy w latach 1987–1991), Instytucie Biochemii Uniwersytetu Warszawskiego (1983 r.), Instytucie Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu (1984 r.), Klinice Dermatologii w Warszawie (1985 r.), Hautklinik und Poliklinik (Charité) Uniwersytetu Berlińskiego (1986 r. i 1987 r.), Hautklinik und Poliklinik Uniwersytetu Marcina Lutra Halle-Wittenberga (1987 r.), Instytucie Immunologii i Reumatologii Klinicznej Uniwersytetu Friedrich-Alexander w Erlangen-Norymberga (1989–1990), Dermatologische Universitätsklinik Uniwersytetu Friedrich-Alexander Erlangen – Norymberga (1990–1991).

W 1987 r. uzyskał pierwszy, a w 1991 r. drugi stopień specjalizacji z dermatologii i wenerologii. Stopień doktora otrzymał w 1990 r. na podstawie rozprawy „Występowanie autoantyprzeciwciał przeciw składnikom jądra komórkowego w różnych postaciach twardziny”, a w 1998 r. doktora habilitowanego po przedstawieniu rozprawy „Występowanie, oznaczanie i pochodzenie autoantyprzeciwciał w surowicach chorych na choroby tkanki łącznej. Współzależność między autoantyprzeciwciałami przeciw strukturom jądra komórkowego a sekwencjami homologicznymi do retrowirusowych w DNA z surowic chorych”. W październiku 2008 r. powierzono mu stanowisko profesora nadzwyczajnego w Katedrze i Klinice Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Wykorzystując najnowsze osiągnięcia genetyki i biologii molekularnej, badał rolę retrowirusów w chorobach tkanki łącznej, występowanie i rolę sekwencji

retrowirusowych w genomie osób z chorobami tkanki łącznej oraz łuszczycą, współzależność między autoantyprzeciwciałami przeciw strukturom jądra komórkowego a sekwencjami homologicznymi do retrowirusowych w DNA z surowicy chorych na choroby tkanki łącznej, znaczenie diagnostyczne oznaczania autoantyprzeciwciał w różnych postaciach tocznia rumieniowatego. Autor oraz współautor niemal 200 prac oryginalnych, poglądowych, opisów przypadków i rozdziałów w podręcznikach. Promotor trzech ukończonych przewodów doktorskich, a pod opieką miał kolejnych dwóch doktorantów. Kierownik specjalizacji z dermatologii i wenerologii oraz organizował kursy doszkalające z dermatochirurgii i diagnostyki chorób tkanki łącznej. Utworzył w Klinice Dermatologii gabinet dermatochirurgii oraz był zastępcą kierownika Pracowni Chorób Przenoszonych Drogą Płciową. Członek wielu polskich i zagranicznych towarzystw naukowych. W 1991 r. zdobył nagrodę Europejskiej Akademii Dermatologii i Wenerologii za plakat, a na XXIX Zjeździe Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Poznaniu (3–6.09.2008 r.) została wyróżniona praca, której był współautorem.



Był poliglotą i wszechstronnie uzdolnionym człowiekiem: pisał wiersze, zdobył wiele nagród muzycznych, grał na gitarze (ukończył Szkołę Muzyczną w Gorzowie Wielkopolskim w klasie gitary), znakomicie grał w szachy oraz uprawiał różne dziedziny sportu. W ostatnich latach ciężko chorował, pomimo leczenia stan jego zdrowia się pogarszał. Do końca pracował, prowadząc badania naukowe, nauczając studentów i służąc chorym.

Człowiek o niezwyklej wrażliwości, nie umiał nikomu odmówić pomocy, działał społecznie, wspomagał ubogich i organizacje charytatywne. Nie chciał swoją osobą nikogo absorbować i był wdzięczny za wszelką pomoc, jaką otrzymał. Odnosił się z szacunkiem do wszystkich ludzi i starał się zrozumieć innych.

Kochający syn, mąż i ojciec – córka Edyta studiuje na III roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Miał wiele planów rodzinnych i zawodowych, o których rozmawiał z najbliższymi w ostatnich dniach przed śmiercią. Martwił się zdrowiem swojej matki, podziwiał i kochał żonę Lilianę – magistra farmacji, ale największą dumą i radością jego życia była córka. Edyta wychowana w szacunku do wiedzy działa w Studenckim Towarzystwie Naukowym, a ojciec był dla niej autorytetem. Lekarz z powołania, szanowanym przez chorych i ich rodziny. Pozostanie na zawsze w pamięci jako człowiek niezwyklej, pracowity i skromny, prawdziwy przyjaciel.

RYSZARD ŻABA

# Kalendarz Szpitala Przemienienia Pańskiego

*W końcu nie można ukryć tej miłości  
mały czworonóg na dębowych nogach  
o skórze szorstkiej i chłodnej nad podziw  
przedmiot codzienny bez oczu lecz z twarzą  
na której zmarszczki słojów sąd dojrzały znaczą*

*(...) jak ci wyrazić moją wdzięczność podziw  
przychodzisz zawsze na wołanie oczu  
nieruchomością wielką tłumacząc na migi  
biednemu rozumowi: jesteśmy prawdziwi –  
na koniec wierność rzeczy otwiera nam oczy*

(Z. Herbert, *Stolek*) – w Roku Herbertowskim

Przedmioty codziennego szpitalnego użytku z dni minionych są „bohaterami” trzeciego już z kolei kalendarza Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Większość z nich pochodzi ze zbiorów Muzeum Uniwersytetu Medycznego, wybrane także ze szpitala w Ludwikowie. Fotografiami towarzyszy jak zwykle słowo – tym razem poświęcone przełomom medycyny XX wieku i swoistym ich echem w szpitalu przy ulicy Długiej. Lektura kalendarza pozwala docenić to, jak wielokrotnie światowe nowości szybko docierały do Wielkopolski i niejednokrotnie znajdowały tutaj swój niepowtarzalny wymiar. Kalendarz otwiera wizerunek Karola Marcinkowskiego, który – o czym nie wszyscy wiedzą – pracował w szpitalu przy Rynku Bernardyńskim, wykonując wiele nowatorskich zabiegów chirurgicznych i urologicznych. Miał być naczelnym lekarzem szpitala, lecz został przez kolegów „zrotowany”.



Historia jest mistrzynią i może dlatego autorzy kalendarza odwołują się w swoistym prologu – stronie tytułowej do słów przysięgi Hipokratesa:

„Mistrza mego w tej sztuce będę szanował na równi z rodzicami, (...) synów jego będę uważał za swoich braci i będę uczył ich swej sztuki bez żadnego zobowiązania z ich strony”.

Na szczególną uwagę zasługuje warstwa wizualna kalendarza. Artystyczne fotografie znanego fotografika związanego z Poznaniem, Romualda Królaka, nie tylko przenoszą nas w przeszłość, ale również wydobywają w niepowtarzalny sposób „twarze” przedmiotów. Całości dopełnia ciekawy projekt graficzny Tomasza Mago-

wskiego – pastelowe tła poszczególnych kart podkreślają piękno obrazu i łączą go harmonijnie z tekstem.

Niestety, czytelnicy – nawet zachęcenii niniejszą rekomendacją – nie będą mogli łatwo nabyć kalendarza. Koneserzy mogą go otrzymać wyłącznie w prezencie od Stowarzyszenia *Bono Serviamus* związanego ze Szpitalem Przemienienia Pańskiego...

To przez takie wyrazy łączności medycyny ze sztuką nie ulega nasza profesja do końca „uprzemysłowieniu” i alienacji.

HALINA BOGUSZ, SZCZEPAN COFTA

**Praktyka  
stomatologiczna  
zatrudni  
lekarza ortodontę**  
aparaty ruchome i stałe  
tel. 501 842 328

Tanio sprzedam  
**WYPOSAŻENIE  
GABINETÓW  
LEKARSKICH**  
0-602 745 805

Poszukuję do współpracy  
**lekarza  
stomatologa**  
W prywatnym gabinecie  
na Ratajach w Poznaniu  
Kontakt: 505-143-649 [malesz@wp.pl](mailto:malesz@wp.pl)

NZOZ zatrudni  
**lekarza  
stomatologa**  
(po stażu)  
kontrakt z NFZ + prywatna praktyka  
w Kaźmierzu za Tarnowem Podgórnym (20 km)  
tel. 603 960 656



**Blue Orange Cash**

## Preferencyjne kredyty dla lekarzy na uproszczonych zasadach

- Konsolidacyjne, gotówkowe oraz hipoteczne
- Bez konieczności dokumentowania dochodów
- Bez poręczycieli i zabezpieczeń
- Oferty ze wszystkich banków
- Wybór zawsze najtańszej oferty
- Specjalna oferta dla lekarzy emerytów i rencistów
- Profesjonalne i bezpłatne doradztwo

**Do każdego przyznanego kredytu świąteczny upominek!!!!**

Złóż wniosek przez internet: [www.boc24.pl](http://www.boc24.pl) lub zadzwoń 061 847 10 29, 0792 566 278  
ul. Strzałkowskiego 11/1, Poznań

Zakład Ubezpieczeń Społecznych  
Oddział w Pile

ogłasza nabór na stanowisko

## LEKARZA ORZECZNIKA

w pełnym wymiarze czasu pracy

dla lekarzy specjalistów II stopnia z zakresu medycyny klinicznej

(w szczególności choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, ortopedia, psychiatria, medycyna pracy, medycyna społeczna)

Oferty zawierające podanie, życiorys z przebiegiem pracy zawodowej, kserokopie dokumentów potwierdzających wykształcenie, prawo wykonywania zawodu oraz zaświadczenie o niekaralności z Okręgowej Izby Lekarskiej prosimy nadsyłać na adres: Oddział ZUS w Pile, Wydział Spraw Pracowniczych; ul. Drygasa 28, 64-920 Piła z dopiskiem „Rekrutacja na stanowisko lekarza orzecznika”





## OFERTA WSPÓŁPRACY W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ OC DLA LEKARZY

Szanowni Państwo,

Energo-Inwest-Broker SA ma przyjemność przedstawić Państwu propozycję nawiązania współpracy, której celem będzie zawarcie i obsługa ubezpieczenia Państwa odpowiedzialności cywilnej zawodowej.

Wszelkie materiały związane z zawarciem ubezpieczeń dostępne są na stronie internetowej <http://medyk.eib.com.pl>. W przypadku dodatkowych pytań lub jakichkolwiek niejasności dotyczących proponowanych ubezpieczeń lub sposobu wypełnienia wniosku prosimy o kontakt telefoniczny z panem Markiem Ostrowskim pod numerem 697 030 425 lub e-mailowy pod adresem [medyk@eib.com.pl](mailto:medyk@eib.com.pl).

Serdecznie zapraszam do współpracy  
Prezes Zarządu  
*Rafał Kaszubowski*

Przykładowe składki  
za okres 12 miesięcy:

1. Ginekolog OC obowiązkowe przyjmującego zamówienie (niezależnie od liczby kontraktów) plus ubezpieczenie nadwyżkowe na 250 000 euro 998,00 zł.
2. Anestezjolog zakres i sumy gwarancyjne jw. 998,00 zł.
3. Pediatria zakres i sumy gwarancyjne jw. 344,00 zł.

Istnieje możliwość zawarcia ubezpieczenia z sumą gwarancyjną 500 000 i 1 mln euro przy ubezpieczeniu dobrowolnym stanowiącym nadwyżkę nad ubezpieczenia obowiązkowe.

Wszystkie ubezpieczenia zawierane będą w PZU SA, za pośrednictwem Energo-Inwest-Broker SA, działającym w imieniu i na rzecz ubezpieczającego

Delegatura Leszczyńska WIL oraz OT OZZL przy WSzZ  
w Lesznie mają zaszczyt zaprosić na

## BAL LEKARZA

który odbędzie się 17 stycznia 2009 roku  
w pałacu w Pawłowicach.

Bilety do nabycia w siedzibie Delegatury Leszczyńskiej WIL  
tel. 0-65 52 66 744

lub u koleżanki Moniki Podfigurnej-Musielak  
tel. 607 78 24 37

# GIEŁDA OGŁOSZEŃ

[www.wil.org.pl](http://www.wil.org.pl)

NZOZ w Poznaniu zatrudni

**lekarza  
do pracy w POZ**

ze specjalnością medycyny  
rodzinnej lub chorób wewnętrznych  
kontakt tel. 0606 81 21 41

## Spotkajmy się w Filharmonii



1 grudnia 2008 (poniedziałek)  
godz. 9.30, 11, Aula Uniwersytecka

### MUZYCZNE NIESPODZIANKI Z ADWENTOWYM KALENDARZEM

#### KOLOROWE NUTKI

Jadwiga Maćkowiak – scenariusz  
i reżyseria  
Barbara Pilarczyk – scenariusz  
Katarzyna Łukaszewicz – choreografia  
Adrianna Wtorkowska – chór i soliści  
Agnieszka Ogrodnik – koordynacja  
Antoni Hoffmann – lektor

5 grudnia 2008 (piątek)  
godz. 20, Aula Uniwersytecka

### GWIAZDY ŚWIATOWYCH SCEN OPEROWYCH

#### KONCERT Z OKAZJI ŚWIATOWEJ KONFERENCJI ONZ W SPRAWIE ZMIAN KLIMATU

Orkiestra Filharmonii Poznańskiej  
Łukasz Borowicz – dyrygent  
Samuel Ramey – bas  
Krzysztof Zanussi – prowadzenie  
koncertu

10 grudnia 2008 (środa)  
godz. 20, Aula Uniwersytecka

#### POLSCY ROMANTYCY: OD CHOPINA DO WIENIAWSKIEGO

#### KONCERT Z OKAZJI ŚWIATOWEJ KONFERENCJI ONZ W SPRAWIE ZMIAN KLIMATU

Orkiestra Filharmonii Poznańskiej  
Marek Pijarowski – dyrygent  
Agata Szymczewska – skrzypce  
Jacek Kortus – fortepian  
Marlena Gnatowicz – prowadzenie  
koncertu

13 grudnia 2008 (sobota)  
godz. 13, Aula Uniwersytecka

#### PRO SINFONIKA – STOPIEŃ TĘCZOWY

#### ADWENTOWY KALENDARZ

Jadwiga Maćkowiak – scenariusz  
i reżyseria  
Barbara Pilarczyk – scenariusz  
Katarzyna Łukaszewicz  
– choreografia

Adrianna Wtorkowska – chór i soliści  
Agnieszka Ogrodnik – koordynacja  
Antoni Hoffmann – lektor

13 grudnia (sobota) 2008  
godz. 15, Aula Uniwersytecka

#### PRO SINFONIKA – STOPIEŃ BŁĘKITNY

#### ADWENTOWY KALENDARZ

Jadwiga Maćkowiak – scenariusz  
i reżyseria  
Barbara Pilarczyk – scenariusz  
Katarzyna Łukaszewicz – choreografia  
Adrianna Wtorkowska – chór i soliści  
Agnieszka Ogrodnik – koordynacja  
Antoni Hoffmann – lektor

13 grudnia 2008 (sobota)  
godz. 18, Aula Uniwersytecka

#### URODZINOWO I WIGILIJNE 390. KONCERT POZNAŃSKI

Orkiestra Filharmonii Poznańskiej  
Marek Pijarowski – dyrygent  
Agata Szymczewska – skrzypce  
Krzysztof Szaniecki – prowadzenie  
koncertu

15 grudnia (poniedziałek) 2008  
godz. 19, Aula Uniwersytecka

#### NAJWIĘKSZA NA ŚWIECIE ORKIESTRA PERKUSISTÓW I NAJMŁODSZY PERKUSISTA ŚWIATA

#### 40-LECIE PRACY ARTYSTYCZNEJ MARIANA RAPCZEWSKIEGO

Igor Falecki, Krzesimir Dębski, Anna  
Jurkiewicz, Krzysztof Przybyłowicz,  
Cezary Konrad, Piotr Szulc, Łukasz  
Dąbrowski, Michał Pawłowski, Piotr  
Sołkiewicz, Małgorzata Szymecka,  
Dominik Kozicki  
Sławomir Wróblewski – dyrygent

19 grudnia (piątek) 2008  
godz. 19, Aula Uniwersytecka

#### GWIAZDY ŚWIATOWYCH ESTRAD

Orkiestra Filharmonii Poznańskiej  
Antoni Wit – dyrygent  
Olga Kern – fortepian

27 grudnia 2008 (sobota)  
godz. 18, Aula Uniwersytecka

#### WOLNOŚCI DLA NAS IDZIE CZAS

#### W 90. ROCZNICĘ POWSTANIA WIELKOPOLSKIEGO

Orkiestra Filharmonii Poznańskiej  
Chór Akademicki UAM (Jacek Sykulski – przygotowanie)  
Poznański Chór Kameralny (Bartosz  
Michałowski – przygotowanie)  
Poznański Chór Chłopięcy (Jacek  
Sykulski – przygotowanie)  
Marcin Sompoliński – dyrygent  
Jacek Sykulski – dyrygent  
Andrzej Tatarski – fortepian  
Jan Nowowiejski – fortepian  
Marzena Michałowska – sopran  
Barbara Kubiak – sopran

28 grudnia 2008 (niedziela)  
godz. 18, Aula Uniwersytecka

#### SŁOWICZE KOŁĘDOWANIE

Chór Chłopięcy i Męski Filharmonii  
Poznańskiej Poznańskie Słowiki  
Stefan Stuligrosz – dyrygent  
Tomasz Dziecioł – dyrygent

29 grudnia 2008 (poniedziałek)  
godz. 19, Aula Uniwersytecka

#### SŁOWICZE KOŁĘDOWANIE

Chór Chłopięcy i Męski Filharmonii  
Poznańskiej Poznańskie Słowiki  
Stefan Stuligrosz – dyrygent  
Tomasz Dziecioł – dyrygent

31 grudnia 2008 (środa)  
godz. 19.30, Aula Uniwersytecka

#### WIECZÓR SYLWESTROWY

#### Z MUZYKĄ, TAŃCEM I NIESPODZIANKAMI

Orkiestra Filharmonii Poznańskiej  
Łukasz Borowicz – dyrygent  
Bernadetta Grabias – mezzosopran  
Krzysztof Szaniecki – prowadzenie  
koncertu

1 stycznia 2009 (czwartek)  
godz. 17, Aula Uniwersytecka

#### Z SALONÓW EUROPY, CZYLI OD STRAUSSA DO STRAUSSA

#### KONCERT NOWOROCZNY

Orkiestra Salonowa Opery Berlińskiej  
Tomasz Tomaszewski – skrzypce

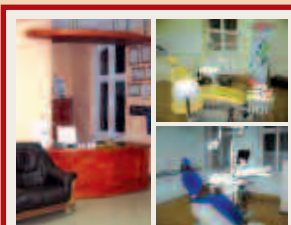
DENTAL LICENCE CLINIC

**DADENT**

w Środzie Wielkopolskiej

Zatrudni  
lekarzy  
stomatologów

0-61 28 58 140  
0-507 04 65 00



Centrum Stomatologii Nowoczesnej

**DENT**

w Gnieźnie

podejmie współpracę z lekarzem

**STOMATOLOGIEM**

Samodzielność na stanowisku.  
Wynagrodzenie do uzgodnienia.

Tel. 061 424 32 09

NZOZ  
Przychodnia  
Lekarza Rodzinnego  
w Poznaniu  
zatrudni

**LEKARZA  
PEDIATRĘ**

Kontakt:  
tel. 603 941 917

Centrum  
Stomatologii  
i Implantologii  
**HERCULES**

w Poznaniu  
(Smochowice)  
podejmie współpracę

**z lekarzem  
dentystą**

Oferty zawierające CV, list motywacyjny  
prosimy przysyłać na adres:  
hercules@vp.pl, tel. 0-61 849 98 54

## Komisja Kultury zaprasza



Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego w Poznaniu oraz Naczelny Lekarz Szpitala Klinicznego Przemienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu przy ul. Długiej 1/2, uprzejmie zachęca wszystkich lekarzy

### chcących specjalizować się w dziedzinie chorób wewnętrznych w ramach etatu rezydenckiego

do wybierania Oddziału Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego z Pododdziałem Transplantacji, na miejsce odbywania specjalizacji.

Ofujemy możliwość poznania najnowocześniejszych technologii medycznych, w tym cytaforezy, transplantacji komórek krwiotwórczych, a także diagnostycznych, m.in. cytometrii przepływowej, cytogenetyki oraz biologii molekularnej.

## SALDO

Biurowo Rachunkowe  
ul. Prądnicka 4  
tel./faks 061 843 26 16

FACHOWE  
DORADZTWO  
i  
ROZLICZENIA  
PODATKÓW  
LEKARZY I NZOZ

### POMOC DORAŻNA „GRUNWALD” S.C.

ul. Kasprzaka 16, 60-237 Poznań

zatrudni  
na umowę o pracę  
lub umowę zlecenie

LEKARZY  
INTERNISTÓW  
I PEDIATRÓW  
(albo w trakcie specjalizacji)

dobry warunki płacowe  
tel. kont. 509 800 202, 0-61 866 00 19

## K O M U N I K A T

Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Poznaniu

Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Poznaniu, ul. Dąbrowskiego 12  
ogłasza nabór do pracy w charakterze

## LEKARZY ORZECZNIKÓW

Spełniających następujące wymagania:

1) posiadanie specjalizacji II° w zakresie następujących dziedzin:

- neurologii
- ortopedii
- chorób wewnętrznych
- chirurgii ogólnej
- medycyny pracy
- medycyny rodzinnej

2) niekaralność

3) minimum 5-letni staż pracy w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

#### Wymagane dokumenty:

1. Wniosek o zatrudnienie na stanowisku lekarza orzecznika.
2. Odpis dyplomu ukończenia Akademii Medycznej.
3. Odpis zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza.
4. Odpis dokumentu potwierdzającego stopień i rodzaj specjalizacji.
5. Kserokopia świadectw pracy, jeżeli kandydat pracował w ramach umowy o pracę.
6. Zaświadczenie o niekaralności zawodowej z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Zgłoszenia kandydatów na lekarzy konsultantów prosimy składać w Wydziale Spraw Pracowniczych I Oddziału ZUS w Poznaniu, ul. Dąbrowskiego 12, pok. 205.  
Informacja telefoniczna pod numerem tel. (0-61) 841-60-06, 841-68-32.

DYREKTOR  
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych  
I Oddziału w Poznaniu

Rodzinne Centrum Medyczne  
**ESKULAP** PODEJMIE WSPÓŁPRACĘ Z



- STOMATOLOGIEM
- ORTODONTĄ
- OKULISTĄ

**WWW.ESKULAP-MOSINA.PL**

Podnajmę  
gabinet  
stomatologiczny  
na Ratajach  
Tel. 0-501466686

Gabinet stomatologiczny  
w Poznaniu  
oraz nowo otwarty  
w Skórzewie  
podejmie współpracę  
z lekarzem stomatologiem  
tel. 503 053 645, 61 656 979 97

SPZOZ Środa Wlkp.  
zatrudni lekarzy  
w oddziale:  
położniczo-ginekologicznym  
chorób wewnętrznych i dziecięcym  
Tel. 0-61 285 40 31

NZOZ w Koninie  
zatrudni  
**stomatologów**  
0-63 244 90 90  
0-502 125 280

Przychodnia  
przy pl. Kolegiackim  
i na ul. Opolskiej  
posiada  
wolne godziny  
w gabinetach  
lekarzkich.

Zapraszamy  
chętnych lekarzy  
do współpracy,  
szczególnie z zakresu:

**ALERGOLOGII**  
**GASTROLOGII**  
**DIABETOLOGII**  
**ENDOKRYNOLOGII**  
**PULMONOLOGII**

**KORZYSTNE WARUNKI.**

Możliwość prowadzenia  
indywidualnej praktyki  
lekarzkiej, a także wystąpienia  
o kontrakt z NFZ.

Telefon 0 502 622 144

Szpital Kliniczny  
Przemienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu przy ul. Długiej 1/2  
zatrudni

lekarza ze specjalizacją w dziedzinie chorób wewnętrznych  
lub kardiologii  
oraz lekarza ze specjalizacją w dziedzinie chirurgii  
na Oddziale Kardiologii.

Listy motywacyjne wraz z CV prosimy kierować na ręce  
Naczelnego Lekarza Szpitala

W składanych dokumentach prosimy o zawarcie adnotacji: „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie pracy, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 28.08.1997 r. O ochronie danych osobowych)”

## Wiersze



AŁOŻY ADAMSKI

## Aniele ratuj!

„Aniele Boży – Stróžu mój –

Ty zawsze przy mnie stój!”

A zwłaszcza wtedy, gdy idąc do szkoły,

Dźwigam ciężkie toboły.

I chociaż wiedza duszę uskrzydła,

Nic tu nie zdziała. Anielskie skrzydła

Mogą jedynie pomóc w niedoli

(co upokarza i boli).

Ze szkoły bardzo dużo wyniosłem –

Byłem wielbłądem, niekiedy osłem.

Mimo że garb mi wyrósł na barkach,

Cieszę się życiem (choć cicho sarkam).

Tu zapytuję, jak długo będzie

Trwać opłakane „garbate szczęście”?

Może „Oświata” nam się oświeci

I w siódmym niebie poczują się dzieci.

## Miraże

„Bóg się rodzi, moc truchleje” –

Niech ożywczy wiatr powieje.

Niech zniweczy wszelkie swary

I posieje miłość, wiarę.

Niech przepadną wszelkie anse –

Żyjmy zgodnie, póki szanse.



# WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

## BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 12 000 egz.

**siedziba WIL: 61-734 POZNAŃ, ul. Nowowiejskiego 51**

centrala tel. (061) 852 58 60; prezes (061) 851 87 66; praktyki indywidualne (061) 851 87 62  
rejestr lekarzy (061) 851 87 58; księgowość (061) 851 87 59, faks/tel. (061) 851 87 62

e-mail: [izba@wil.org.pl](mailto:izba@wil.org.pl) [www.wil.org.pl](http://www.wil.org.pl)

**Konto WIL: PKO BP SA  
4. Oddział w Poznaniu  
45 1020 4027 0000 1102 0404 3501**

### ADRESY DELEGATUR WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

#### DELEGATURA W KALISZU

62-800 Kalisz, ul. Nowy Świat 1-5  
przewodniczący – dr Krzysztof Hajdo  
tel./faks (062) 766 41 43, tel. (062) 502 66 16  
sekretarki – Maria Linkowska, Ilona Błaszczuk  
[kalisz@wil.org.pl](mailto:kalisz@wil.org.pl)

#### DELEGATURA W KONINIE

62-502 Konin, ul. Makowa 2  
przewodniczący – dr Krzysztof Połec  
tel./faks (063) 245 66 10, 0 783 993 909  
sekretarka – Izabela Tomaszewska  
[konin@wil.org.pl](mailto:konin@wil.org.pl), [www.wil.konin.pl](http://www.wil.konin.pl)

#### DELEGATURA W LESZNIE

64-100 Leszno, ul. Sygietyńskiego 47  
przewodniczący – Przemysław Kozanecki  
tel. (065) 526 67 44, tel./faks (065) 526 65 59  
sekretarka – Hanna Krukowiecka  
[leszno@wil.org.pl](mailto:leszno@wil.org.pl), [www.wil.leszno.pl](http://www.wil.leszno.pl)

#### DELEGATURA W PILE

64-920 Piła, ul. Kryniczna 2  
przewodnicząca – Teresa Kwiecińska-Koźmińska  
sekretarki – Bogumiła Janitz, Małgorzata Szyliniec  
tel./faks (067) 212 04 87  
[pila@wil.org.pl](mailto:pila@wil.org.pl), [www.delegaturapilska.poznet.pl](http://www.delegaturapilska.poznet.pl)

#### DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Kolejowa 24A  
przewodniczący – Wiesław Wawrzyniak  
tel. (062) 735 44 80, 0 600 027 035

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: Janusz Skowronek, Piotr Śliwiński, Krzysztof Ożegowski,  
Andrzej Cisło, Krzysztof Hajdo, Krzysztof Połec, Przemysław Kozanecki,  
Wiesław Wawrzyniak

zdjęcie na okładce: DiGiTouch

#### Na zlecenie WIL wydany przez

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań  
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: [termedia@termedia.pl](mailto:termedia@termedia.pl), <http://www.termedia.pl>  
druk: drukarnia interak



Polskie Towarzystwo Kardiologiczne  
redakcja miesięcznika *Kardiologia Polska*  
wraz z jej wydawcą *Termedia sp. z o.o.*

zapraszają na



## Konferencja Kardiologii Polskiej

Poznań 6–7 lutego 2009 r.

# Konferencję Kardiologii Polskiej

Program

6 lutego 2009 r.

Nadciśnienie tętnicze – wybrane aspekty prewencji i leczenie  
Zatorowość płucna – najnowsze wytyczne ESC/PTK  
Migotanie przedsionków – prewencja, leczenie farmakologiczne i inwazyjne  
Nagły zgon sercowy – prewencja pierwotna i wtórna  
Zaburzenia lipidowe a choroby serca. Rola statyn  
Ostre zespoły wieńcowe. Część I – zawał serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI)  
Ostre zespoły wieńcowe. Część II – zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI)  
Leczenie kardiocytoprotekcyjne

Priorytetowe problemy kardiologiczne  
omawiać będą wybitni wykładowcy  
uznani za autorytety w swoich  
dziedzinach.

7 lutego 2009 r.

Zespół metaboliczny i otyłość  
Co nowego w kardiodiabetologii?  
Choroby nerek a serce  
Stabilna choroba wieńcowa  
Przewlekła niewydolność serca – nowe wytyczne ESC/PTK  
Stany nagłe w praktyce kardiologicznej

Biuro organizacyjne:  
Termedia sp. z o.o.  
ul. Wenedów 9/1  
61-614 Poznań  
tel./faks: +48 61 656 22 00  
szkolenia@termedia.pl  
www.termedia.pl

[www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

terMedia  
wydawnictwa  
medyczne

Organizatorzy:

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej,  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej  
Akademii Medycznej we Wrocławiu



oraz

wydawnictwo Termedia

terMedia  
wydawnictwa  
medyczne

## Liderzy opinii partnerami lekarza praktyka

Priorytetowe dla każdego lekarza problemy  
omawiać będą wybitni wykładowcy uznani  
za autorytety w swoich specjalnościach.

### Wykłady inauguracyjne wygłoszą:

Hilary Koprowski i Zenon Stęplewski  
profesorowie Biotechnology Foundation Laboratories  
Uniwersytetu Thomasa Jeffersona w Filadelfii, USA  
prof. dr hab. Andrzej Steciwko  
Akademia Medyczna, Wrocław  
prof. dr hab. Andrzej Zoll  
Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Biuro organizacyjne:  
Termedia sp. z o.o.  
ul. Wenedów 9/1  
61-614 Poznań  
tel./faks: +48 61 656 22 00  
szkolenia@termedia.pl  
www.termedia.pl

## Zapraszamy!

lekarzy POZ, lekarzy medycyny rodzinnej,  
internistów wszystkich specjalności, pediatrów,  
lekarzy specjalistów z różnych dziedzin medycznych,  
menedżerów, pielęgniarki środowiskowo-rodzinne  
oraz studentów wydziałów medycznych

Uczestnicy otrzymują  
25 punktów edukacyjnych

[www.topmedicaltrends.pl](http://www.topmedicaltrends.pl)

III Kongres  
TOP  
MEDICAL  
TRENDS  
2009



Poznań, 13–15 marca

Centrum Kongresowe  
Międzynarodowych Targów Poznańskich  
pawilon 15C

# WITRYNA INTERNETOWA WIL

[www.wil.org.pl](http://www.wil.org.pl)

Aktualne informacje o pracach izby  
Bieżące sprawy pogrupowane tematycznie  
Zmiany w przepisach  
Przegląd prasy  
Newsletter  
Serwis stomatologiczny  
Giełda ogłoszeń (praca, sprzęt)

The screenshot displays the homepage of the Wielkopolska Izba Lekarska (Wielkopolska Medical Chamber) website. The header features the organization's logo and name, along with a search bar and navigation links. The main content area is divided into several sections:

- Wielkopolska Izba Lekarska serwis internetowy**: The main header with a search bar and navigation links (Strona główna, Nasza Izba, Serwis, Stomatologia).
- Wielkopolska Izba Lekarska**: A section with a map of the region and text about the President's election results.
- W serwisach:** A section listing various services and news items, including a link to the newsletter.
- Najbliższe ...**: A section listing upcoming events, such as the meeting of the Board of Directors.
- Wiadomości Lekarskie**: A section with a list of news items, including articles about the President's election, the resignation of the President, and the results of the election.

At the bottom of the page, there is a copyright notice: © 2007 Wielkopolska Izba Lekarska - Serwis Internetowy - HTML and CSS.