

3 2005

Gazeta
Lekarska
ISSN 0967-2146
Pismo Izd Lekarskich



**Koniem trojańskim
w stomatologii**



Galeria magicznych złudzeń

Ustawa o pomocy publicznej ma już swoją historię i dramaturgię. Zanim przepadła w Sejmie za sprawą samej lewicy, m.in. Hausnera, Kurczuka i Piechoty, min. Marek Balicki powiedział w wywiadzie dla Polskiej Agencji Prasowej, że „najważniejsze to stworzenie teraz warunków do rozwiązania problemu zadłużenia publicznych szpitali; że to problem większości z nich: że szpitale potrzebują pomocy, i to ustawowej; że wreszcie ustawa zabezpieczy je przed ponownym zadłużaniem”.

Niby nic takiego – ładnie i okrągło powiedziane. Ciekawe tylko od kiedy samo tworzenie warunków cokolwiek rozwiązało. Pracownicy ochrony zdrowia dostrzegli to błyskawicznie i właśnie zdecydowali się na rozpoczęcie protestów.

Trzeba wreszcie obalić mit, że układ z wierzycielami to prosta recepta na zmniejszenie zobowiązań. Przecież następuje odnowienie długu i odsetki stają się od tego momentu składnikiem pretensji głównej. A na jaką redukcję długu skłonni będą zgodzić się wierzyciele? Jak powstrzymać ich wyścig po tytuły egzekucyjne w toku restrukturyzacji?

Co więcej, połowa polskiego długu szpitali skumulowana jest tylko w 5 % jednostek! Nawet wśród dużych szpitali 130 zakładów nie miało w ogóle zobowiązań wymagalnych. Ochrona zdrowia wymaga finansowego zastrzyku i częściowej odpłatności za usługi. Praktyka zarządzania szpitalami pokazuje, że wiele da się osiągnąć bez ustaw, a nawet pomimo ustaw. Takim przykładem jest choćby funkcjonalna integracja świadczeniodawców – szpital plus ambulatorium, a jeszcze lepiej plus POZ i diagnostyka.

Pomoc publiczna w proponowanych formach to iluzja. Przecież jej udzielanie przebiegać będzie wg wydłużonej procedury i obwarowane ma być koniecznością restrukturyzacji oraz przekształcenia się w spółkę. Czy bez zamiany długu na środki pieniężne uzyskane wskutek emisji papierów wartościowych szpitale kupią sobie czas na poprawę działania, zmianę strategii kosztowej, faktyczne oddłużenie, restrukturyzację kredytu, częściowe umorzenie? Dopóki nie będzie odpowiedzi co z długami, nie ma odpowiedzi co z ratowaniem służby zdrowia.

Tymczasem nowy projekt ustawy, namaszczony przez prezydenta Kwaśniewskiego, uzupełniono o kilkanaście poprawek, w tym najważniejszą, że wszystkie szpitale będą mogły mieć umorzoną połowę pożyczki z budżetu państwa, niezależnie od tego czy przekształcą się w spółki użyteczności publicznej, czy nie. Platforma Obywatelska chce, by Skarb Państwa udzielał publicznym ZOZ-om pożyczek, które miałyby być umarzane po spłaceniu zobowiązań wobec pracowników. PiS chce, by pożyczka z budżetu państwa dla ZOZ-ów była udzielana w pierwszej kolejności – na zaspokojenie zobowiązań wobec pracowników, a w drugiej kolejności – na spłatę pozostałych długów. Andrzej Lepper chętniej argumentuje swoją obronę przed „cichą prywatyzacją szpitali” przy wjeździe na most przez Wisłę w Płocku niż w parlamentarnym zaciszu. Gołym okiem widać, że idą wybory.

Państwo jest po to, by nas chronić, leczyć i bronić. My, obywatele, mamy się do tego dokładać finansowo poprzez płacenie podatków. My to robimy. Teraz czas na państwo.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Koniem trojańskim w stomatologii 4-6

Okiem Prezesa 5

Obradowała Komisja Stomatologiczna 8

Zmartwychwstanie Pana Jezusa 12

Nowe propozycje Komisji Europejskiej 14-15

Doskonalenie zawodowe. Czyj to problem? 16-17

Pacjent to nie ciężarówka 22

Szansa skoku w prawdziwą nowoczesność 23

Pomysł z innej epoki 24

Śladem naszych publikacji 25,26-27

Przychodzi lekarz do prawnika 28-29

Złowieszczy referat dyrektora Grynberga 30

Debata. Trudne pytania 31

Lekarski sport 32

Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy 35

Książki nadesłane 36

Konkursy, ogłoszenia różne 37-55

Biuletyn NRL

Radosnych Świąt
Wielkiej Nocy

życzy redakcja



„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl

Kontrakt dzisiaj jest, a jutro może go nie być. Sami jesteśmy bez szans, by przeciwstawić się jawnemu oszustwu i grabieży. Tym bardziej uważnie trzeba przyglądać się tym, którzy chcą działać w naszym imieniu.

Koniem trojańskim w stomatologię

Wojciech Grabe



Dopłaty do świadczeń wprowadzono pokątnie i wbrew istniejącym ustawowym regulacjom systemu ubezpieczeniowego. Nawet jeśli spojrzeć na nie przez pryzmat pomocy najbiedniejszym.

Od początku bezprawne, bo w ustawie zapisano dwa rodzaje świadczeń: bezpłatne i inne, które były odpłatne w całości. Argumenty nieetycznego sprzedawania materiałów są tylko śmiesznym uzasadnieniem przeciwko ich istnieniu. Istota sprawy leży zupełnie gdzie indziej.

Przymykanie oczu i uprawomocnienie tego procederu przez chore kasy, a potem równie chory Fundusz miało pozwolić na stworzenie pacjentom iluzji poprawy jakości, warunków i dostępności leczenia. A co istotniejsze, pozwolić politykom na populistyczne manipulacje społeczeństwem i nami samymi.

Najwyższy czas, abyśmy o tym chcieli mówić wprost i zdawać sobie sprawę z głębszych konsekwencji takiego stanu rzeczy. Wykorzystywano przy tym antagonizmy i tak już wewnętrznie od dawna podzielonego, m.in. niedostat-

kiem, środowiska lekarskiego. Tego ważniejszego i mniej ważnego, akademickiego i wojewódzkiego, miejskiego i wiejskiego, kontraktowego i prywatnego. Robiono to (i robi się nadal, napuszczając czasami nas na siebie) z pełną premedytacją, osłabiając – słusznie dla swojego interesu – jego potencjalną siłę i znaczenie.

Jeden strzał – dwie ofiary

Najnowszym przykładem takiego działania jest próba dyskredytacji znanego i cenionego w środowisku stomatologicznym kraju Zbigniewa Klimka, prezesa Stowarzyszenia Polskich Lekarzy Stomatologów i lekarza aktywnie pracującego pod własnym szyldem, w swojej prywatnej, utworzonej od podstaw praktyce. Wytoczono przeciw niemu w prasie najcięższe działa, jakich

można użyć w stosunku do lekarza, zarzucając nieetyczność. Powodem było to, że jako przedstawiciel 120-osobowego grona stomatologów ze Stowarzyszenia, przy udziale NRL, przyczynił się do zablokowania w tym roku możliwości pobierania dopłat. Wyrządził tym ogromną szkodę pacjentom i całemu środowisku stomatologicznemu w kraju. Uczynił tak w interesie wąskiej grupy prywatyzatorów, dbających wyłącznie o swoje interesy.

Manipulacja czystej wody, tak jakby prywatnie praktykujący stomatolodzy ze Stowarzyszenia nie byli reprezentacją interesów kilku tysięcy swoich kolegów z terenu kraju, borykających się z identycznymi problemami. To jednak nie pasowało do zamierzonego uderzenia w opiniotwórcze gremium obnażającego hipokryzję elit rządzących. Uderzenia i skonfrontowania z szerokim środowiskiem lekarzy dentystów w kraju. Szczególnie, że NRL daje znać o swojej obecności na każdym kroku i psuje szyki utrudniając politykom ich manipulacje i mactwa. Gratka nie lada, kiedy za jednym strzałem można trafić dwie ofiary. Prawda, że scenariusz nie jest wcale aż tak skomplikowany?

Odłożone do dnia dzisiejszego możliwości zaistnienia innych niż monopolistyczna instytucji ubezpieczeniowych uniemożliwiają w ten sposób naturalny mechanizm znacznego wzrostu liczby „wypłacalnych” pacjentów, co miałoby ogromne znaczenie dla ożywienia rynku usług stomatologicznych. Zapewniłoby przy tym wielu pacjentom dostępność do znacznie wyższego i szerszego poziomu świadczeń. To kolejna krzywda, jaką rządzący zafundowali swoim obywatelom, i o czym należy pamiętać.

Tym sposobem zmuszono sporą część lekarzy do katorżniczej pracy za grosze i udzielania bezpłatnych świadczeń w zakresie, na finansowanie którego, systemowi nie było stać. Kłamiąc i mając wszystkich wysoką jakością i dostępnością. Część pacjentów uwierzyła i nadal wierzy, mimo że widzą zgoła inne realia. Dopłaty przedłużały więc jedynie trwanie kolosa na glinianych nogach i

fol. Marek Stankiewicz



były przez to zjawiskiem wyjątkowo szkodliwym.

Uderzały i uderzają nadal (nawet aktualnie nie istniejąc formalnie) w ekonomiczne podstawy wszystkich naszych praktyk, wszystkich, bez względu na fakt posiadania lub nie kontraktu i to czy są małe czy duże, wiejskie czy stołeczne.

Warto zapytać: Jak można opłacać usługę poniżej kosztów jej wytworzenia? Mając monopol w państwie i społeczliwy wymiar sprawiedliwości, dopuszczający takie wyzyskiwanie swoich obywateli. Jak można się na to godzić? Oto pytanie do nas wszystkich! Do lekarzy, i do pacjentów!

Znam argumenty tych z koleżeństwa, którzy wykonując bardzo ciężką pracę w ubogich rejonach kraju mają swoje, uzasadnione – tylko po części – racje.

Ale trzeba również przyznać, że zgoda na dopłacanie do każdego wykonywanego świadczenia kontraktowego ze środków pochodzących z dotychczasowych dopłat do tzw. ponadstandardów będących (prawdę mówiąc jedynym interesującym celem w kontraktach) głównym źródłem prawie iluzorycznego „dochodu” lekarzy – jest chyba czymś nienormalnym? Chyba, że nie mam kompletnego pojęcia o zasadach rozliczeń finansowych.

Czy przyzwalanie w ten sposób na powstanie często mikroskopijnego do nakładu pracy dochodu, z konieczności w całości na bieżąco konsumowanego, nie jest działaniem samobójczym? Skutkuje to przecież utratą szans na zgromadzenie chociażby minimalnych środków amortyzacyjnych, na odnowę wyposażenia w wielu praktykach. W ilu praktykach stan taki ma miejsce, proszę sobie samemu odpowiedzieć! Unit i inny sprzęt „siadzie”, końcówki się zużywają i co dalej?

Czy pojawienie się zenująco niskich cen, nie równoważących nawet poniesionych nakładów, nie powoduje utraty zaufania do lekarzy z pozostałych praktyk, którzy za ekonomicznie przeprowadzaną kalkulację kosztów swoich normalnych usług pomawiani są o lichwiarskie honoraria? Czy nie niesie to niepowetowanej szkody utraty zaufania do wszystkich z nas? Czy nie jest to powód do poważnego zaniepokojenia się i intensywnego przeciwdziałania takim praktykom naszych przedstawicieli, którzy zobowiązali się reprezentować interes wszystkich lekarzy dentyków i prze-

dokończenie na str. 6

Okiem Prezesa



Konstytucja Rzeczypospolitej w art. 68 stwierdza, że „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne mają zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a warunki i zakres udzielania tych świadczeń określi ustawa”. Ten zapis, często przytaczany w niedokładnej formie, zawiera, moim zdaniem, kilka ważnych implikacji:

- władze publiczne, mając obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń, muszą te świadczenia wykupić u tych, którzy ich mogą udzielać – w żadnym wypadku nie mogą na świadczeniodawców przerzucić tego obowiązku,
- wobec oczywistej ograniczonej ilości środków publicznych warunki i zakres nabywanych świadczeń należy dostosować do dostępnych zasobów.

Jak władze publiczne wywiązują się z tych obowiązków? Na temat nierówności dostępu obywateli (uzależnionej sytuacją materialną, miejscem zamieszkania, czy po prostu czasem zgłoszenia się po pomoc) napisano już tyle, że szkoda farby drukarskiej na dalsze opisy tej sytuacji. Na pewno jednak zapis Konstytucji nie jest realizowany prawidłowo. Warto jednak zapytać, jak ustawodawca wykonuje obowiązek klarownego poinformowania obywateli, co i jak ze środków publicznych im się należy. Moim zdaniem rzeczywistość jest taka, że w obowiązującym prawie nie ma takiej całościowej regulacji. W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych próżno szukać „koszyka świadczeń gwarantowanych”. Nie jest nią na pewno załącznik zawierający 23 pozycje wybranych „świadczeń” (od zooterapii do alloplastyki tętnic skroniowych), których nie finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie da się także znaleźć nic na temat warunków udzielania świadczeń należnych (od warunków hotelowych do gwarantowanych terminów udzielenia świadczeń). Cała ta rzeczywistość świadczy o tym, że władze publiczne, jak dotychczas, nie zmierzyły się, tak naprawdę, z zadaniem nałożonym im przez Konstytucję. Myślę, że nie tylko obiektywna złożoność i trudność problemu są tego przyczyną. Po prostu łatwiej jest nie definiując precyzyjnie zakresu i warunków udzielania świadczeń przerzucić odpowiedzialność za danie „wszystkim wszystkiego” na obciążone powinnościami etyki zawodowej osoby w białych fartuchach. W ten sposób kolejne ekipy rządzące umywając ręce od swojej odpowiedzialności wskazują winnego: niegospodarne zakłady opieki zdrowotnej i nieetycznych lekarzy jako sprawców kłopotów obywateli.

Sprawa jest jednak również w naszych rękach. Politycy powinni bowiem zdecydować, ile środków publicznych przeznaczą na ochronę zdrowia, a w konsekwencji uczciwie jaki będzie zakres gwarancji dla obywateli. Jest to kwestia priorytetów: jeśli nie stać nas na wszystko (to oczywiste), to kupujemy to, co najważniejsze. Myślę, że właśnie tu jest miejsce dla środowiska lekarskiego. Nie możemy bowiem zgodzić się, aby np. „diagnostyka i terapia z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, ludowej, orientalnej” i „chirurgia refrakcyjna w korekcie wad wzroku” znajdowały się na jednej liście (to także z załącznika do wspomnianej ustawy).

Jako środowisko lekarskie musimy pracować nad stworzeniem sytuacji, w której nabywcy świadczeń zdrowotnych (także niepubliczni, a nawet indywidualni) przychodząc do lekarza lub lekarza dentystry otrzymają w zamian za odpowiednią zapłatę uczciwą, opartą na dowodach naukowych pomoc medyczną. Zbyt wielu z nas, ale także czasem całe grupy zorganizowanych kolegów uprawiając irydologię, homeopatię, bioenergoterapię i jeszcze parę podobnych dziedzin nie mających wiele wspólnego z naukową medycyną (łamiąc Kodeks Etyki Lekarskiej) nadużywają po prostu zaufania pacjentów do osoby z prawem wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry. Niestety, przy asyście mediów przekłada się to także na coraz większy nacisk społeczny (a z czasem i polityczny) na włączenie tych praktyk do finansowanej ze środków publicznych opieki medycznej.

Sądzę, że z powyższych względów istnieje coraz wyraźniejsza potrzeba opisanie w postaci skondensowanej tego, co jest, a co nie jest prawdziwą medycyną. Między innymi dlatego Naczelna Izba Lekarska realizuje we współpracy z Amerykańskim Towarzystwem Lekarskim projekt stworzenia polskiej listy procedur medycznych (wraz z krótkimi definicjami), która będzie służyć w przyszłości jako wspólny język do porozumiewania się środowiska lekarskiego z otoczeniem – w celu tworzenia statystyki, kontraktowania świadczeń, ale także przyzwoitości relacji z naszymi pacjentami.

Konstanty Radziwiłł

Koniem trojańskim w stomatologię

dokończenie ze str. 5

ciwdziałać pojawiającym się zagrożeniom? Czy zrobiono wszystko, co tylko było możliwe?

Gabinety za bezcen?

W 1993 r. NRL przyjęła jako oficjalny dokument *Katalog Wartościowania Pracy Lekarza Stomatologa*, czyli wykaz krótko opisanych, poszczególnych procedur stomatologicznych wycenionych w punktach proporcjonalnie w stosunku do nakładu pracy i pozostałych kosztów wytworzenia oraz w korelacji z wartością zabiegów o podobnym nakładzie pracy i kosztów z różnych dyscyplin stomatologii. Swoisty cennik, pozwalający na określenie konkretnej do wykonania ilości pracy oraz umożliwiający jej wycenę, a więc pozwalający na zawieranie kontraktów. Od początku istnienia ubezpieczeń był celem ciągłych irracjonalnych zakusów, zmierzających do „wyczarowywania” wyższej ceny, które pojawiają się do dzisiaj.

Wtedy po raz pierwszy określono wartość jednego punktu na 15 gr. Określono go na podstawie anonimowej ankiety dotyczącej cen ok. dwudziestu najczęściej wykonywanych zabiegów. Ankietę przeprowadzono w całym kraju, uwzględniając różną wielkość ośrodków, od wielkomiejskich aglomeracji do małych miejscowości i wsi. Dała więc uśredniony obraz cen, które płacili pacjenci w prywatnych praktykach w Polsce. Przypomnę, że był to rok 1993.

Dobrze się stało, że na zlecenie Komisji Stomatologicznej NRL profesjonalny ośrodek analiz ekonomicznych przeprowadził wycenę rzeczywistych kosztów wykonania poszczególnych procedur. Wyliczono wartość jednego punktu na 0,15 zł.

Warto wyjaśnić, że do obliczeń przyjęto kilka danych, które znacznie odbiegały od warunków, w jakich funkcjonowała zdecydowana większość praktyk stomatologicznych. Były to zarobki lekarzy i personelu na poziomie płac placówek publicznej służby zdrowia oraz niskie ceny dzierżawy pomieszczeń, stanowiących najczęściej własność administracji terenowej i odbiegające z tego

powodu co najmniej kilkakrotnie od cen rynkowych. Widocznie nie dysponowano innymi wiarygodnymi danymi.

Jeżeli dodam jeszcze, że fundusz płac w zadłużających się permanentnie z niedofinansowania placówek publicznych wynosi ok. 75% ich całego budżetu, to niedoszacowanie wyliczenia będzie dosyć znaczne. Można więc w przybliżeniu przyjąć, że cena punktu powinna się kształtować na poziomie ok. 20-23 gr.

Nie przeprowadzano nowych badań ankietowych poziomu cen w niezależnych prywatnych gabinetach, ale z bieżącego rozreznania należy się spodziewać ceny jednego punktu na poziomie ok. 0,25-0,30 zł za świadczenia – określane gołosłownie w umowach kontraktowych – przeprowadzane z zachowaniem poziomu osiągnięć najnowszej wiedzy medycznej i aktualnego postępu naukowo-technicznego.

Tak więc poziom niedofinansowania usług stomatologicznych opłacanych przez NFZ na poziomie 5-7 gr (tylko dla orłów) po prostu poraża. W biedniejącym społeczeństwie taka droga wiedzie do powolnego wyniszczania wykonawców. Ich zgoda zaś na takie warunki to samounicestwienie. Najpierw niekoniecznie merytorycznie, ale ekonomicznie słabszych, potem kolejnych, którym nie starczy sił i środków na przetrwanie aktualnie widocznego załamywania się rynku w znacznej części kraju. Trzeba to jednak chcieć i umieć zauważyć.

Może chodzi też o to, aby sukcesywnie doprowadzić część naszych kolegów i koleżanek do poziomu bankructwa, zrujnowane gabinety oddać za bezcen innym właścicielom – „dobroczyńcom”, którzy za kolejne grosze dadzą zatrudnienie wygenerowanej w ten sposób stomatologicznej biedocie? W klinikach, centrach czy innych Mc Dentlandach?

Bezwzględna gra interesów

To jest bezwzględna gra interesów, tocząca się od dawna. Interesów głównie pracodawców, ale nie tylko. Nieświadomość tego stanu rzeczy u części lekarzy, harujących z poczuciem wykonywania szczytnej misji, nie zapobiegnie krachowi, do którego dalsze trwanie w tym stanie prowadzi.

Przecież to, co robimy, ani też ubożające społeczeństwo nie obchodzi rządzących. Oni chcą dalej uprawiać swoje gry. Można i tak próbować „się ustawić”, ale czyż my, indywidualnie praktykujący nie mamy prawa bronić się, bronić swoich miejsc pracy i poczucia bezpieczeństwa pacjentów, którzy nam

zaufali?! Sami jesteśmy bez szans, tylko w mądrym, zbiorowym działaniu jest siła przeciwstawienia się jawnemu oszustwu i grabieży. Trzeba jednak bacznie przyglądać się tym, którzy chcą w naszym imieniu działać.

Przykładu nie trzeba daleko szukać. Porozumienie Zielonogórskie (PZ), które w ub. roku pokazało skuteczność zespołowego boju w interesie lekarzy, głównie podstawowej opieki zdrowotnej. PZ wystąpiło z apelem, zapowiadając przygotowania do ponownych „negocjacji” przyszłorocznych kontraktów. Negocjacji jakoby w interesie lekarzy stomatologów. Jest tam więc m.in. propozycja możliwości powrotu do dopłat oraz niedorzeczna wizja możliwości uzyskania korzyści poprzez próbę zamieszkania w punktacji procedur czy różnorodności systemu punktowego na terenie kraju.

Ankieta zawiera pytania, które ją dyskwalifikują i nie pozostawiają wątpliwości, czyj interes ma być reprezentowany. Z pewnością nie jest to interes lekarzy stomatologów, aby podpisywać kontrakty może za sześć, może siedem czy może za osiem groszy? Interes pracodawców zatrudniających dentystów w swoich placówkach POZ oczywiście tak. Nie oni przecież będą harowali za grosze. Radosna twórczość, którą można skomentować w rodzaju – jak nie ma kasy na świadczenia, to trzeba uderzyć w cennik i może coś się uda jeszcze raz wyszarpnąć. Propozycja szkodliwa przez to, że chce jątrzyć i mieszać w środowisku.

Kontrakt dzisiaj jest, a jutro może go nie być. Spotkało to już wielu lekarzy. I co stanie się z taką praktyką, w której wykonywane były świadczenia za kilka czy kilkanaście złotych? Kto ją dalej utrzyma licząc 10 czy nawet 25 zł za wypełnienie, lub też kto przyjdzie do niej, kiedy zaproponujemy 70 czy 90 zł?

Popieranie dopłat do świadczeń, przez „krótkowzroczność” i doraźność ich skutków, jest więc wyjątkowo szkodliwe. Z pełnym przekonaniem mogę powiedzieć, że dopłaty były ubezpieczeniowym „koniem trojańskim” wprowadzonym do praktyk lekarzy stomatologów. Jedni to dawno dostrzegli, inni jeszcze nadal nie widzą, ale szkody odczuwamy już wszyscy i będziemy je jeszcze długo odrabiać.

Czas najwyższy spojrzeć wreszcie na nasze praktyki i ich przyszłość z odrobiną szerszej perspektywy.

Wojciech Grabe
hawogra@dentonet.pl

Autor jest lekarzem dentystą w Gdańsku.

Obradowała Komisja Stomatologiczna

foto: Marek Stankiewicz

24 lutego br. Komisja Stomatologiczna NRL uznała, aby kontrakty zawierane przez NFZ z lekarzami dentystami na wykonywanie świadczeń stomatologicznych w ramach ubezpieczeń zdrowotnych w roku 2006 i latach następnych odpowiadały następującym warunkom:

1. Podstawą ustalenia wartości świadczeń stomatologicznych ma być ich rzeczywista wartość ustalona w oparciu o kalkulację kosztów jednostkowych opracowanych przez niezależnych ekspertów.

2. Priorytetem w opiece stomatologicznej należy uczynić leczenie i profilaktykę dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

3. Kontrakt stomatologiczny może być zawarty tylko z lekarzem stomatologiem, dotyczy to także ZOZ-ów (kontrakt na konkretnego lekarza).

4. Umowy kontraktowe we wszystkich oddziałach NFZ

muszą być jednakowe w treści i formie.

5. Wszyscy lekarze dentyści, którzy spełnią określone kryteria i wymogi mogą wejść do systemu ubezpieczenia zdrowotnego i podpisać umowy wieloletnie.

6. Sprawozdawczość wymagana przez NFZ musi być ograniczona do niezbędnego minimum i taka sama we wszystkich oddziałach.

7. Wartość kontraktów wieloletnich będzie waloryzowana corocznie.

8. Wielkość kontraktu powinna być zwiększona w przypadku, gdy lekarz dentysta przyjmie innego lekarza na staż podyplomowy.

9. Zawierane będą kontrakty podstawowe dla dorosłych, podstawowe dla dzieci i młodzieży, a także kontrakty specjalistyczne.

10. Kontrakty specjalistyczne zawierane będą w zakresie ortodoncji, chirurgii stomato-



24 lutego br. gościem Naczelnej Izby Lekarskiej była Rosie Winterton, minister zdrowia w brytyjskim rządzie Tony'ego Blaira. Potrzebujemy co najmniej tysiąc lekarzy dentystów do obsługi naszego systemu opieki zdrowotnej. Jestem pewna, że kilkuset polskich lekarzy dentystów może liczyć na dobrze płatną pracę w atrakcyjnych miejscach na Wyspach – powiedziała nam pani minister. Rosie Winterton pochodzi z Doncaster, jest z wykształcenia historykiem i zawodowym parlamentarzystą Partii Pracy. Na kampusie „Paragony” w Konstancinie odwiedziła 41-osobową grupę stomatologów, która w końcu lutego wyjechała na kontrakty do Wielkiej Brytanii. N/z od lewej: Andrzej Fortuna, Zbigniew Żak i Konstanty Radziwiłł wręczają Rosie Winterton pamiątkowy medal izb lekarskich. (ms)

logicznej, stomatologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodoncją, periodontologii, protetyki.

11. Kontrakt specjalistyczny zawierany będzie z lekarzem dentystą ze specjalizacją w danej dziedzinie.

12. Przedmiotem umowy kontraktowej są świadczenia stomatologiczne określone w rozporządzeniu ministra zdrowia o bezpłatnych świadczeniach stomatologicznych. Inne świadczenia, a także wymagania pacjenta wynikające z jego prawa do decydowania o sposobie leczenia, dotyczące wyższego standardu, są realizowane na zasadzie dwustronnej umowy cywilnej między pacjentem a lekarzem, i podlegają regulacji zawartej w kodeksie cywilnym (art. 750 k.c. i art. 31a, ust. 1, pkt. 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym) i nie są przedmiotem umowy z NFZ.

Komisja Stomatologiczna NRL po przeanalizowaniu informacji nadesłanych przez KS ORL z całej Polski dotyczących kontraktów stomatologicznych na rok 2005 stwierdza:

1. W powszechnej ocenie kontrakty na rok 2005 są najgorsze z dotychczasowych.

2. Mimo wieloletnich protestów lekarzy dentystów,

budżet NFZ na świadczenia stomatologiczne jest nadal rażąco zaniżony. W roku bieżącym w stosunku do roku 2004 procentowy udział środków na kontrakty stomatologiczne w budżecie NFZ uległ dalszemu pomniejszeniu.

3. NFZ nie przeprowadził analizy kosztów świadczeń stomatologicznych, do czego zobowiązywał go art. 79 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych z środków publicznych.

4. Wartość punktów rozliczeniowych, a tym samym stawki płacone przez NFZ za świadczenia stomatologiczne odbiegają o kilkaset procent od cen rzeczywistych.

5. Finansowanie na niskim poziomie i ustalenie wartości kwotowej świadczeń na poziomie nie odpowiadającym rzeczywistym kosztom, przy wzrastających wymogach dotyczących wyposażenia i przepisów sanitarno-epidemiologicznych, musi prowadzić do pogorszenia jakości świadczeń.

6. Warunki kontraktów na 2005 r. narzuciła Centrala NFZ, a opinie samorządu lekarskiego zostały całkowicie pominięte.

Zbigniew Żak,
Jolanta Szczurko

REKLAMA

REKLAMA

Lekarzu, rzuć palenie razem z nami!

Rozstrzygnięto konkurs dla lekarzy, którzy definitywnie rozstali się właśnie z nałogiem palenia. Nadesłano 15 kuponów. Główna Nagroda: wycieczka do Rzymu, przypadła Renacie Piechnik, lekarzowi dentyście z Kra-



kowska. Na zdjęciu losowanie zwycięskiego kuponu, od lewej: Konstanty Radziwiłł (NRL), prof. Stanisław Leszczyński – radiolog, Klaudiusz Komor (NRL) i Marek Jaworski (Fundacja PZ). Żaden oczywiście nie pali!

Meritus Pro Medicis dla prof. St. Leszczyńskiego

11 lutego w Warszawie wręczono kolejne odznaczenie radiologowi prof. dr. hab. Stanisławowi Leszczyńskiemu, pierwszemu po reaktywacji izb lekarskich w 1989 r. naczelnemu rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej.

„Dziękuję Opatrzności i moim znakomitym zastępcom oraz prawnikowi prof. Arnoldowi Gubińskiemu, dzięki którym nasza działalność toczyła się po coraz to prostszych koleinach prawa i etyki. To niezwykle odcinek mojego życia, naznaczony wiernością dla obowiązków wobec samorządu, po którym kroczę od 15 lat” – powiedział Profesor.

Przypomnijmy, że MERITUS PRO MEDICIS to zaszczyt, który przyznaje się co roku nie więcej niż dziesięciu lekarzom zasłużonym dla samorządu lekarskiego.



ms

PORTRETY – KONKRETY



Do trzech razy sztuka

fot. Marek Stankiewicz

REKLAMA

REKLAMA

Widziane z gminy

Przebierańcy

Firmy farmaceutyczne są bardzo bogate, mają środki przeznaczone na reklamę i promocję leków. Telewizja Polska potrzebuje pieniędzy z reklam. Widzowie generalnie reklam w telewizji nie znoszą, ale nie mają wyjścia i na reklamy (jeśli oglądają telewizję) są po prostu skazani.

Aby przekonać kogoś do zakupu określonego leku, trzeba dysponować albo silnymi argumentami, albo doskonałym autorytetem. Agencje reklamowe postawiły na autorytet i to nie ten autentyczny, ale pozorowany.

Skuteczna reklama skierowana jest nie do intelektu odbiorcy, a do jego emocji. Polacy darzą (jak wykazały badania) ogromnym szacunkiem lekarzy. I w tym miejscu pojawia się problem.

Widz nie sprawdza, czy osoba zachwalająca dany lek ma niezbędne kwalifikacje, aby mogła ocenić przydatność bądź szkodliwość określonego specyfiku. Widz obserwuje tylko, że jest np. gabinet lekarski, jest lekarz lub lekarka w mundurku jaki nosi się w szpitalu, ma na szyi stetoskop i od razu *a priori* zakłada, że oto lekarz lub lekarka przekazuje informacje medyczne. A skoro pseudodoktor twierdzi, że oto najlepszy środek na..., to potencjalny nabywca specyfiku najczęściej nie ma wątpliwości, że poznał działanie kolejnego cudownego leku.

Dobrze, jeśli rzeczywiście wcześniej skonsultuje się z lekarzem lub farmaceutą, ale jeśli nie, a lek okaże się nie tylko nieskuteczny, ale wręcz szkodliwy, to kto poniesie odpowiedzialność za takie oszustwo? Oczywiście największą cenę za uleganie sugestiom zapłaci sam pacjent.

W Szczecinie jeden z policjantów udostępnił policyjny mundur do reklamy agencji towarzyskiej i ten policjant już w komendzie nie pracuje. Szkoda, że nikt nie chroni (tak jak munduru policjanta) wszelkich atrybutów zewnętrznych dotyczących zawodu lekarza.

Tam, gdzie w grę wchodzi duże pieniądze, tam podobno nie może być mowy o etyce, ale tam, gdzie w grę wchodzi ludzkie zdrowie lub życie, zasady etyczne (nie oszukuj) winny być respektowane.

Emilia Bojanowska, Niechorze

Zgubny rynek

REKLAMA

Krzysztof Bukiel



Rynek w służbie zdrowia jest zły – twierdzą socjaliści – bo konkurencja podnosi koszty, szpitale nie chcą leczyć „przypadków nieopłacalnych”, biedni umierają pod płotem, a lekarze „nakręcają” popyt na niepotrzebne usługi medyczne, przez co brakuje pieniędzy na ważniejsze potrzeby.

Mechanizmy rynkowe, oparte na prymitywnych instynktach, trzeba zastąpić innymi, bardziej ludzkimi, które wymyślili uczeni eksperci, zaświadczili szlachetni politycy, a wprowadzają w życie i nadzorują uczciwi i mądrzy urzędnicy.

Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, która akurat kończy swoją „ścieżkę legislacyjną” w Sejmie, jest znakomitą i syntetyczną ilustracją takiego właśnie myślenia. Jest zwieńczeniem całego ciągu działań, które miały zastąpić prymitywne zasady rynkowe w służbie zdrowia i rozwiązać palące problemy lecznictwa w Polsce.

A kolejność tych działań była następująca:

Najpierw stwierdzono, że leczenie musi być bezpłatne, czyli finansowane wyłącznie ze środków publicznych (udowodniono w ten sposób wyższość stworzonego systemu nad systemem rynkowym, gdzie ludzie „muszą mieć pieniądze, żeby się leczyć”).

Później zdecydowano, że płatnik będzie jeden (dzięki temu, że nie będzie konkurencji – będą niższe koszty płatnika).

Następnie ustalono, że ceny za świadczenia będą niskie, jeszcze niższe i coraz niższe (w ten sposób wykazano, że w systemie „regulowanym” – w przeciwieństwie do rynkowego – można leczyć tanio i bez ograniczeń).

Później nakazano szpitalom publicznym podpisywać kontrakty na świadczenie tych usług, których ceny były niższe niż koszty (przez co udowodniono, że placówki publiczne są bardziej „humanitarne” niż prywatne, bo nie odmawiają leczenia „przypadków nieopłacalnych”).

Jeszcze później zatroszczono się o płace pracowników służby zdrowia, uchwalając ustawę 203 (znowu się okazało, że system państwowy jest lepszy niż rynkowy, bo w rynkowym zadłużone szpitale z pewnością nie podniosłyby płac swoim pracownikom).

Na końcu, gdy pętla zadłużenia zagroziła istnieniu niemal wszystkich publicznych szpitali, przedstawiono ustawę o pomocy publicznej i restrukturyzacji... Poprzez działania z zakresu „inżynierii finansowej” oraz pewne przekształcenia formalno-prawne zadłużone ponad miarę publiczne szpitale znowu uzyskają pewien czas na pieredyszkę. Akurat tyle, ile brakuje do wyborów. Socjaliści znowu ogłaszają wyższość swojej koncepcji nad rozwiązaniami rynkowymi, w warunkach których tak zadłużone szpitale z pewnością już by upadły.

A gdy przyjdzie nowy rząd – skrytykuje rynkowe rozwiązania, które doprowadziły do kryzysu w służbie zdrowia, uchwali ustawę o oddłużeniu publicznych szpitali i wprowadzi jeszcze lepsze i bardziej humanitarne regulacje, które zastąpią prymitywne, oparte na najniższych instynktach mechanizmy rynkowe.

REKLAMA

Zmartwychwstanie Pana Jezusa

jest fundamentem naszej wiary. Dzień Wielkiej Niedzieli to dzień zwycięstwa Chrystusa nad śmiercią. Zmartwychwstał. Żyje! Tak głoszą uroczyste rezurekcyjne dzwony.

Piero della Francesca – Zmartwychwstanie (fragment)

Można uciekać daleko, aby nie słyszeć wielkanocnego Alleluja, ale wszędzie dogoni nas prawda, że Chrystusa nie można zabić, nie można przywalić w grobie, nie można się Go pozbyć.

Można nająć kłamliwych ludzi, aby głosili, że Jezusa wykradli uczniowie, że Go nie ma – można Jezusa wymazać z podręcznika, wizerunki zniekształcić, sprowadzić do mitu. Zawsze sporo jest takich, co zarabiają na kłamstwie i oszustwie. Tak jest od ponad dwóch tysięcy lat... przekupić świadków. Mieć na swojej drodze wielu suflerów, którzy podpowiadają wzywając z plakatów: Joga, Hare Krishna... Medytacja transcendentna... Tak wiele propozycji, tak wiele podszeptów. Można również na śmierci zrobić zysk, ale te działania okazują się bezskuteczne jak straż i kamień przy grobie.

Ale Boga nie można wykreślić z dziejów człowieka, bo On jest naszym Stwórcą i Zbawicielem. Niedzielny poranek głosi całemu światu, że Jezus żyje i w tym jeszcze niezbyt wiosennym krajobrazie pojawia się Chrystus Pan z dłonią wzniesioną zwycięsko nad wszystkim, co jest naprawdę naszym wrogiem, co jest przeciwko nam: nad szatanem, grzechem, złym światem, śmiercią, terroryzmem, korupcją – nad wszystkim, co nas znieważa i poniża. Idzie żywy przez kraj jako pierwszy spośród umarłych.

Chrystus żyje i wychodzi na spotkanie z człowiekiem, zwłaszcza z człowiekiem biednym, chorym, załamany, zasmuszonym i wątpiającym. I wystarczy

jedno słowo Jego – Pokój Wam! – aby wstąpiła w serce odwaga i radość.

Zmartwychwstanie jest dniem radości Kościoła, dla tych, którzy uwierzyli. Ta radość jest podobna do czystego potoku górskiego, wypływa z tamtego dnia, pierwszego po szabacie, kiedy pierwsi uczniowie Jezusa Chrystusa odkryli, że grób, w którym złożono Jego martwe ciało zdjęte z krzyża, jest otwarty, a wewnątrz puste. Tę radość uczniów ze zmartwychwstania Chrystusa niesie Kościół apostołski od tamtego dnia przez wieki, przez dzień dzisiejszy, aż do dnia, w którym – jak czytamy w księdze Apokalipsy – „ujrzy Go wszelkie oko i wszyscy, którzy Go przebudli” (1, 7). Kościół pragnie dzielić się swą radością z całym światem, któremu ukrzyżowany i zmartwychwstały Chrystus przyniósł życie wieczne.

Zmartwychwstały Chrystus staje przed nami i mówi: „Nie bójcie się tych, którzy zabijają ciało”. To znaczy nie bójcie się nowotworów, zawałów, wylewów, kalectwa, starości i wszelkiego rodzaju chorób, które niszczą doczesne życie. Nie bójcie się tego wszystkiego, co niszczy ciało. To prawda, że ból i cierpienie stanowią ciężki krzyż i człowiek się przed nim wzdryga, ale utraenie tego życia nie da się porównać do chwały, która nas czeka w przyszłym życiu. Jakże wymowne są słowa, które często słyszymy na pogrzebach ludzi bliskich: „Każdy, kto żyje i wierzy we Mnie, choćby i umarł, żył będzie”. Nie bójcie się!

Równocześnie Chrystus zwracając się do nas słowami „Nie bójcie się tych, któ-

rzy zabijają ciało” mówi: nie bójcie się ludzi, którzy was dręczą, którzy was maltretują. Nie bójcie się tych, którzy odbierają wam wolność, którzy przesładują wszelkie wartości, którzy niszczą prawdę, sprawiedliwość, którzy w miejsce miłości próbują rozsiewać nienawiść. Nie bójcie się, bo te wielkie wartości, chociażby były niewiadomo jak głęboko przez nich zagrzebane w ziemi, chociażby były przywalone bardzo ciężkim kamieniem i opieczętowane urzędowymi pieczęciami, chociażby ich pilnowano z bronią w ręku, to i tak zmartwychwstaną. Prawda, wolność, sprawiedliwość i miłość są wieczne.

Ale istnieje jedna trudność. Tej prawdy nie da się poznać przy pomocy rozumu, bo rozum nam ciągle powiada, że zło jest mocniejsze od dobra, że nienawiść jest mocniejsza od miłości, że śmierć niszczy życie. Tę prawdę można poznać tylko i wyłącznie przy pomocy wiary. Pogłębienie wiary to nic innego, jak tylko ciągle szukanie Zmartwychwstałego Chrystusa, to pragnienie spotkania z Nim.

Z taką wiarą przybiegły do apostołów niewiasty od grobu i przyniosły im dobrą nowinę o zmartwychwstaniu. Ale oni nie dali im wiary. Ich słowa wydały się apostołom częścią gadaniną. Przepelnieni smutkiem mówili: „Myśmy się spodziewali, że właśnie On miał wyzwolić Izraela”.

Snując tę myśl można ulec niedowiarsztwu tysięcy lekarzy, którzy od wielu lat podlegają smutkowi i zawiedzeniu w służbie zdrowia. Wszystkie bowiem nadzieje na poprawę losu lekarzy, pielęgniarek i położnych, pacjentów leży w grobie. Kto nam odwali kamień, który spada na służbę zdrowia w Polsce? Współczesny człowiek jest poraniony, jego życie rodzinne nie ułożyło się tak jakby chciał. Sam nie potrafi się wyzwolić. Czasem szuka, męczy się w okowach schematów, które sam sobie stworzył, narzucił. Dobrze, że słyszymy w Wielkanoc słowa: „Prawica Pańska wzniesiona wysoko, prawica Pańska moc okazała” (Ps 118, 16). Zaufaj Mu. Nie zamykaj się na Jego słowo. Szukaj Go na drodze.

ks. Józef Jachimczak CM
krajowy duszpasterz służby zdrowia

Warszawa, dnia 25 lutego 2005 r.



Droży Lekarze. Ojciec Święty nazywa Was sługami życia. Jest to najpiękniejsze określenie waszego powołania w służbie zdrowia. Dziś sam cierpiący znajduje się w klinice Gemelli. Pragniemy życzyć Ojcu Świętemu powrotu do zdrowia. Tak wiele ciepłych i mądrych słów przy wielu okazjach kieruje do lekarzy. Pamiętajmy o nim w te radosne Święta Wielkanocne.

Pragnę życzyć wszystkim drogim lekarzom, aby w te radosne Święta Wielkanocne spróbowali oderwać się od lęków, zgryzot dnia codziennego. Jesteście tą częścią wspólnoty polskiej, która dzisiaj doznaje największych rozterek, wahań, lęków. Ale może to właśnie Wy – polska inteligencja – macie pozwolić, aby blask Zmartwychwstania wyprostował Wasze pochYLENIE.

Nowe propozycje Komisji Europejskiej



Wojciech Marquardt

Prawne regulacje dotyczące czasu pracy dyżurów lekarskich określone są w dyrektywie 2003/88/WE z 2 sierpnia 2004 r., która zastąpiła dyrektywę 93/104/EC o pewnych aspektach organizacji czasu pracy.

foto: Marek Stankiewicz

24 września 2004 r. Komisja Europejska ogłosiła projekt dyrektywy zmieniającej dotychczasowe regulacje. Prace nad zmianą dyrektywy podjęto w związku z orzeczeniami Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości dotyczącymi dyżuru pełnionego przez pracownika na terenie zakładu pracy. W orzeczeniach w sprawach SIMAP i Jaeger Europejski Trybunał Sprawiedliwości orzekł, że czas dyżuru medycznego powinien być w całości wliczany do czasu pracy, o ile lekarz zobowiązany jest przebywać na terenie szpitala, nawet jeżeli w czasie dyżuru może odpoczywać.

Komisja Europejska zaproponowała nowe brzmienie dyrektywy. Propozycje te zostały zmienione po pierwszej fazie konsultacji społecznych z partnerami społecznymi na szczeblu wspólnotowym. Po drugiej fazie konsultacji z partnerami społecznymi komisja zaproponowała, aby okres rozliczeniowy czasu pracy mógł być wydłużony do 12 miesięcy w drodze ustawowej, pod warunkiem konsultacji z odpowiednimi partnerami społecznymi. Obecne przepisy zezwalają na przedłużenie okresu rozliczeniowego z 4 miesięcy tylko w drodze układów zbiorowych pracy.

Rząd polski popiera propozycję komisji wydłużenia okresu rozliczeniowego do 12 miesięcy na podstawie ustawy, po przeprowadzeniu konsultacji z zainteresowanymi partnerami społecznymi. Komisja proponuje, aby korzystanie z możliwości indywidualnej zgody pracownika na pracę powyżej 48 godz. przeciętnie na tydzień było dopuszczalne na podstawie układów zbiorowych pracy lub porozumień społecznych. Komisja dopuszcza możliwość stosowania tej klauzuli w sytuacji, gdy nie ma układu ani porozumienia, ale pod warunkiem, że u danego pracodawcy nie ma przed-

stawilieli pracowników uprawnionych do zawarcia takiego układu lub porozumienia.

Jednym z warunków wprowadzenia tej klauzuli jest też nieprzekraczalny czas 65 godz. pracy w każdym tygodniu. Dyrektywa przewiduje, że maksymalny tygodniowy czas pracy nie może przekroczyć w tygodniu przeciętnie 48 godz. łącznie z godzinami nadliczbowymi.

Obecnie dyrektywa upoważnia państwa członkowskie do stosowania klauzuli *opt-out* bez konieczności zawarcia odpowiedniego układu zbiorowego pracy.

Komisja zaproponowała również, aby równoważny okres odpoczynku udzielany był w terminie nie przekraczającym 72 godz. Rząd nie popiera propozycji komisji, proponuje wydłużenie okresu udzielania równoważnego odpoczynku w terminie do 7 dni.

Polskie przepisy nie przewidują obecnie klauzuli *opt-out*, ale z uwagi na przewidywaną zmianę regulacji dotyczącej dyżuru, zwłaszcza medycznego, rząd uważa za niezbędne wykorzystanie takiego rozwiązania. Możliwość wyrażenia przez pracownika zgody na pracę powyżej 48 godz. przeciętnie w okresie rozliczeniowym (tzw. *opt-out*) nie powinna zależeć wyłącznie od wcześniejszego zawarcia odpowiedniego układu zbiorowego pracy lub porozumienia społecznego. Nie wystarczy również możliwość stosowania klauzuli *opt-out* na podstawie ustawy ograniczonej tylko do sytuacji, gdy u danego pracodawcy nie ma reprezentacji pracowników zdolnej do zawarcia układu zbiorowego lub porozumienia.

Rząd polski nie popiera wprowadzenia dopuszczalności stosowania klauzuli *opt-out* głównie na podstawie wcześniejszego zawarcia układu zbiorowe-

go pracy lub porozumienia społecznego, a także wprowadzenia zakazu pracy powyżej 65 godz. w każdym tygodniu. Polska proponuje, aby w ustawodawstwie krajowym określić przesłanki, po spełnieniu których będzie można stosować klauzulę *opt-out*, a także proponuje ograniczyć tygodniowy czas pracy w wypadku korzystania z ww. klauzuli do 65 godz. przeciętnie w tygodniu w danym okresie rozliczeniowym.

Komisja proponuje, by czas, w którym pracownik wykonuje czynności podczas dyżuru był traktowany jako czas pracy. Natomiast czas, w którym nie wykonuje żadnej pracy – „nieaktywny okres dyżuru” – nie byłby wliczany do czasu pracy.

Rząd polski popiera propozycję, żeby nieaktywny czas dyżuru nie był wliczany do czasu pracy. Polska wnioskuje, aby dyrektywa upoważniała kraje członkowskie do określenia w przepisach krajowych minimalnej części dyżuru, która obligatoryjnie byłaby wliczana do czasu pracy.

Rząd planuje wprowadzić ustawą możliwość korzystania z klauzuli *opt-out* przewidując ochronę zdrowia i bezpieczeństwa pracownika poprzez wyraźne określenie w ustawie przesłanek, których spełnienie będzie warunkować korzystanie z klauzuli. Zdaniem rządu nie ma potrzeby dodatkowego ograniczania korzystania z klauzuli *opt-out* poprzez ograniczanie maksymalnego tygodniowego czasu pracy do 65 godz. Skorzystanie z tej klauzuli nie uchyla obowiązku zachowania przewidzianych w dyrektywie norm odpoczynku dobowego i tygodniowego. Przyjęcie sztywnego rozwiązania, że czas pracy nie może przekraczać 65 godz. na tydzień uniemożliwi organizowanie dyżurów, zwłaszcza w małych szpitalach, bez zwiększenia zatrudnienia.

Rząd jest zainteresowany określeniem w ustawie tylko tej części dyżuru medycznego, która byłaby w każdym przypadku traktowana jako czas pracy. Uważa, że powinna to być możliwie jak najmniejsza część dyżuru. Każde inne rozwiązanie wiąże się bowiem z dodatkowymi kosztami.

Rozwiązanie proponowane przez komisję zakłada konieczność nałożenia na pracodawców nowych obowiązków w postaci prowadzenia rejestru czynności rzeczywiście wykonywanych przez pracownika w czasie dyżuru oraz wprowadzenia systemów kontroli w tym zakresie, co w konsekwencji pociągnie za sobą dodatkowe koszty dla pracodawców.

Jeżeli propozycja komisji zostanie przyjęta w obecnym brzmieniu spowoduje to konieczność nowelizacji art. 32 j ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. nr 91 poz. 408 ze zm.) i przepisów wykonawczych.

Przepisy nie przewidują obecnie klauzuli *opt-out*, ale z uwagi na planowaną zmianę regulacji dotyczącej dyżuru, zwłaszcza medycznego, zdaniem rządu niezbędne będzie wprowadzenie ww. klauzuli do polskiego ustawodawstwa. Wymagać to będzie odpowiednich zmian w kodeksie pracy oraz w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie w polskich przepisach możliwości korzystania z *opt-out* będzie się wiązało z koniecznością ustanowienia 65-godzinnego limitu tygodniowego czasu pracy przy korzystaniu z ww. klauzuli. Odnośnie 72-godzinnego okresu, w którym należy udzielić równoważnego okresu odpoczynku, będzie musiał zostać zmieniony art. 132 § 3 kp.

W razie konieczności wliczenia do czasu pracy niemalże całego dyżuru medycznego w Polsce wystąpi potrzeba zatrudnienia dodatkowo ok. 15 tys. lekarzy. Zwiększy się zapotrzebowanie na lekarzy we wszystkich krajach UE, co może doprowadzić do dalszego zwiększenia emigracji polskich lekarzy. Wprowadzenie klauzuli *opt-out* umożliwiłoby większą elastyczność w organizacji czasu pracy. *Opt-out* poprzez zmniejszenie liczby lekarzy potrzebnych do pełnienia dyżurów mogłoby posłużyć do obniżenia funduszu wynagrodzeń lekarzy i zmniejszenia skutków finansowych dla zatrudniających ich zakładów opieki zdrowotnej.

Proponowana przez komisję definicja dyżuru oznaczałaby zmianę charakteru dyżuru medycznego, który obecnie nie jest wliczany do czasu pracy. Wliczanie do czasu pracy jakiegokolwiek części dyżuru będzie związane z dodatkowymi kosztami.

Wliczanie całego czasu pełnienia dyżuru do czasu pracy wiązałoby się z koniecznością zatrudnienia dodatkowo ok. 15 000 lekarzy i kosztami ok. 750 mln zł rocznie. Zgodnie z przeprowadzonymi analizami, jeżeli do czasu pracy wliczałoby się 30% czasu pełnienia dyżuru medycznego konsekwencje finansowe wyniosłyby 390 mln zł rocznie. Przy wliczaniu 50% – 450 mln zł, zaś przy wliczaniu 60% kwota ta wyniosłaby ok. 490 mln zł.

Przyjęcie propozycji komisji, iż czasem pracy byłby czas rzeczywistego wykonywania obowiązków w trakcie dyżuru, oznaczałoby konieczność nałożenia na pracodawców obowiązków prowadzenia rejestru czynności rzeczywiście wykonywanych przez pracownika w czasie dyżuru oraz wprowadzenia systemów kontroli w tym zakresie, co w konsekwencji pociągnie za sobą dodatkowe koszty dla pracodawców.

Jak wynika z przedstawionych planów Komisji Europejskiej i planów rządu polskiego nowe regulacje mają służyć ochronie finansów zakładów opieki zdrowotnej, a nie zwiększeniu bezpieczeństwa pacjentów i zapewnieniu lekarzom takich praw pracowniczych, jakie posiadają pozostali pracownicy na mocy Kodeksu pracy.

Dlaczego lekarzowi przebywającemu na dyżurze w szpitalu przez 24, czasami 48 godz. (w zakładzie pracy), wykonującemu zadania powierzone przez kierownictwo zakładu w trakcie dyżuru rząd nie chce uznać czasu całego dyżuru za czas pracy?

Czy tylko lekarzy i pracowników medycznych wykonujących zawód w formie dyżuru medycznego nie będzie dotyczył art. 128 kp: „Czasem pracy jest czas, w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy”?

Czy nowe propozycje Komisji Europejskiej ograniczą dyżurową emigrację lekarzy?

Zachęcam wszystkich lekarzy do wypowiedzenia opinii w sprawie dyżurów medycznych.

Celem projektowanych przez komisję zmian jest m.in. „zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia i życia pracowników” i „umożliwienie pracownikom godzenia obowiązków zawodowych z rodzinnymi”. Kto uwierzy, że przedstawione propozycje podwyższą poziom życia polskiego lekarza i jego rodziny?

Autor jest lekarzem, wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Czyj to problem?



Andrzej Włodarczyk, Krzysztof Dziubiński



Stała aktualizacja i poszerzanie zakresu wiedzy zawodowej jest od zarania dziejów podstawowym warunkiem prawidłowego wykonywania zawodu lekarza.

foto. Marek Stankiewicz

Podkreślali to już w pierwszych latach po odzyskaniu niepodległości ojcowie polskiej medycyny. Imperatyw doskonalenia zawodowego zyskał na znaczeniu w ostatnim ćwierćwieczu w związku z lawinowym postępem wiedzy i technik medycznych. Jednak w odczuciu większości lekarzy, jak i z wypowiedzi wielu przedstawicieli administracji różnych szczebli, pracodawców, a zwłaszcza z tonu licznych publikacji prasowych wynika, że doskonalenie zawodowe jest problemem samych lekarzy.

Parafrazując powiedzenie „Lekarzu, lecz się sam!” można dodać: ucz się sam, wyżyw się sam i radź sobie sam. Naszym zdaniem jest to rozwiązanie do przyjęcia pod warunkiem, że ta forma czystego liberalizmu nie będzie zniekształcona licznymi przepisami, które podporządkowu-

ją lekarza normom służebności zarówno administracyjnej, jak i „misyjnej”.

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat kolejne władze, przy akompaniamencie mediów, wykreowały obraz lekarza Judy, sługi, przedsiębiorczego kombinatora, a ostatnio lidera szarej strefy.

Nie ma bardziej wdzięcznego doniesienia prasowego niż kolejny „błąd w sztuce lekarskiej”. Takich „błędów” popełniamy wszyscy na polskich drogach do 200 dziennie, w wyniku których ginie ok. 15, a rannych jest blisko 200 osób. Społeczeństwo cierpiące z powodu niesprawności systemu opieki zdrowotnej chętnie podtrzymuje ten obraz dostarczając kolejnych przykładów mających świadczyć o bezduszości i „niedouczeniu” lekarzy. Konsekwencją tej sytuacji jest to, że coraz więcej lekarzy rzeczywiście bierze sprawy w swoje ręce. Młodzi, prężni, znający języki masowo wyjeżdżają z kraju. Nieliczni odchodzą od zawodu i podejmują pracę w innych sektorach. Inni wreszcie próbują podejmować zarejestrowaną działalność indywidualną, a czynią to w sposób nieformalny.

Nie możemy mówić o jakiegokolwiek reformie ochrony zdrowia, jeżeli nie zadbamy o bezpieczeństwo pacjenta, nie upodmiotowimy lekarza, nie zrównamy go z przedstawicielami innych wolnych zawodów, a jego pracy nie przywrócimy wartości publicznej, ponadkomercyjnej.

Jednym z podstawowych elementów jakości ochrony zdrowia jest stałe aktualizowanie wiedzy lekarskiej i doskonalenie zawodowe lekarzy. Prawda ta, wydawałoby się, oczywista nie znajduje odzwierciedlenia w stosownych zapisach ustawowych, które poza tym, że ją potwierdzają, nie wskazują ani sposobu wywiązania się lekarza z narzuconego na niego obowiązku, ani źródła refundacji poniesionych kosztów z tym związanych. Tymczasem poza samym lekarzem jest kilku innych beneficjentów tego procesu. Są nimi:

- pracodawca, który oferuje płatnikowi wyższy poziom świadczeń, za które może uzyskać lepsze warunki kontraktu,
 - płatnik, bo jakość kupowanych przez niego świadczeń znacznie wzrośnie oraz zwiększy się racjonalność stosowania procedur,
 - ale głównym beneficjentem będzie pacjent, który uzyska poradę i leczenie zgodne z aktualnym stanem wiedzy nie tylko w klinice uniwersyteckiej, lecz także na szczeblu powiatowym.
- Świadomy tych zależności nie od dziś samorząd lekarski, którego obowiązkiem jest sprawowanie pieczy nad doskonaleniem zawodowym swoich członków, już ponad cztery lata temu podjął kroki zmierzające do uzupełnienia luki legislacyjnej dotyczącej tego zagadnienia, podejmując stosowną uchwałę. Jednak jako akt samorządowy uchwała ta ani następna nie skutkowałą niezbędnymi ułatwieniami dla lekarzy. Co więcej, wywołała wśród niektórych niezadowolenie. Odebrali ją jako akt wymuszający kolejną daninę.

Jednak samorząd konsekwentnie realizował zamierzony cel przyczyniając się do wydania 6 października ubiegłego roku stosownego rozporządzenia ministra zdrowia. Ten akt prawny ujrzał światło dzienne dzięki znacznemu wkładowi merytorycznemu samorządu oraz dużej przychylności min. Marka Balickiego. Jednak i ten dokument z racji swej zbyt niskiej rangi nie może spełnić oczekiwanych nadziei.

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie, świadoma wagi problemu oraz perspektywy pogłębiającego się deficytu lekarzy w wielu niewrażliwych specjalnościach, a także pogarszającego się ich statusu ekonomicznego, podjęła intensywne działania w kierunku przeciwdziałania niekorzystnym tendencjom. Przed niespełną rokiem powołała do życia Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów, którego

Nominacje profesorskie

25.01.br. prezydent RP Aleksander Kwaśniewski nadał tytuł profesora 17 przedstawicielom środowiska lekarskiego. Nominacje otrzymali: **Wojciech Biernat** – Uniwersytet Medyczny w Łodzi, **Milena Izabela Dąbrowska** – AM w Białymstoku, **Krystyna Fabianowska-Majewska** – Uniwersytet Medyczny w Łodzi, **Michał Teodor Jeleń** – AM we Wrocławiu, **Maria Mieczysława Kopff** – Uniwersytet Medyczny w Łodzi, **Tomasz Stanisław Kręcicki** – AM we Wrocławiu, **Jolanta Anna Kupryjańczyk** – Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, **Krzysztof Kwiatkowski** – Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie, **Władysław Ludwik Lasek** – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, **Anna Barbara Macura** – Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, **Jacek Nikliński** – AM w Białymstoku, **Wojciech Piotr Polkowski** – AM w Lublinie, **Piotr Pruszczyk** – AM w Warszawie, **Jerzy Samochowiec** – AM w Szczecinie, **Robert Slotwiński** – AM w Warszawie, **Leszek Szadujkis-Szadurski** – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, **Kazimierz Wardyn** – AM w Warszawie.



głównym zadaniem jest ułatwianie lekarzom wywiązywania się z nałożonego na nich obowiązku oraz nadzorowanie jakości organizowanych szkoleń.

Jedną z metod pracy Ośrodka jest ocena poziomu wiedzy różnych grup decydentów dotyczącej praktycznej roli doskonalenia zawodowego w procesach utrzymywania i przywracania zdrowia pojedynczego pacjenta oraz danej populacji. W wyniku prowadzonych rozmów można stwierdzić, że obok dużej troski o zdrowie ludności większość rozmówców posiada znikomy poziom wiedzy dotyczącej omawianego tematu oraz brak świadomości posiadanych możliwości oddziaływania na poprawę istniejącej sytuacji. Pragnąc uzupełnić tę lukę ORL podjęła uchwałę o zorganizowaniu Krajowej Konferencji „Miejsce i rola doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów jako element bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli”. Do udziału zapraszamy przedstawicieli samorządu lekarskiego, towarzystw i organizacji lekarskich, uczelni medycznych, świadczeniodawców, polityków, przedstawicieli organów samorządowych, urzędów i instytucji państwowych realizujących zadania związane z ochroną zdrowia, przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz podmiotów gospodarczych związanych z sektorem ochrony zdrowia, przedstawicieli mediów. Realizacja zamierzonego celu w dużej mierze zależy od udziału decydentów wysokich szczebli.

W programie konferencji przewidujemy udział licznych dyskutantów. Prosimy o przysyłanie już dziś uwag i stanowisk na piśmie lub pocztą elektroniczną na adres **Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, ul. Nowogrodzka 62a, 02-002 Warszawa**, e-mail: edulek@warszawa.oil.org.pl. Umożliwi to zaprezentowanie w czasie konferencji stanowiska środowiska oraz usprawni wymianę poglądów.

Zwracamy się z prośbą o zainteresowanie konferencją swoich przełożonych oraz znanych osób, których obecność może mieć wpływ na jej rangę oraz praktyczne przełożenie na decyzje podejmowane w sprawie doskonalenia zawodowego. Biorąc nasze sprawy w nasze ręce musimy szukać sojuszników wśród tych, którzy nas potrzebują.

Andrzej Włodarczyk jest przewodniczącym Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. **Krzysztof Dziubiński** jest dyrektorem Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie.



foto: Marek Stankiewicz

Notatki rzecznika prasowego NRL

Niezasadnione wykorzystanie nazwy samorządu lekarskiego

19.01.br. na pierwszej stronie ogólnopolskiego wydania „Gazety Wyborczej” ukazał się artykuł „Zdrowo się bawia” autorstwa Marka Sterlingowa i Marka Wąsa. W materiale znalazła się nieprawdziwa informacja o firmowaniu przez Naczelną Izbę Lekarską konferencji „Refundacja leków”, organizowanej przez „Informedia Polska”. W związku z nieprawidłowym umieszczeniem nazwy Naczelnej Izby Lekarskiej na liście uczestników konferencji „Refundacja leków” organizowanej przez Informedia Polska oraz opublikowaniem tego faktu przez „Gazetę” prezes Konstanty Radziwiłł wystosował pismo do powyższej firmy i redaktora naczelnego dziennika, w którym wnosi o sprostowanie zaistniałej sytuacji, jaka niesprawdliwie może negatywnie wpłynąć na wizerunek samorządu lekarskiego.

Konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii

Ministerstwo Zdrowia zwróciło się z prośbą do NRL o wytypowanie kandydata do pełnienia obowiązków konsultanta krajowego w dziedzinie dermatologii i wenerologii. Prezydium NRL, na posiedzeniu 28.01.br., spośród trzech kandydatów, z którymi przeprowadzono rozmowy kwalifikacyjne, wybrało kandydaturę **prof. Andrzeja Kaszuby**.

Prezydium NRL

na posiedzeniach w dn. 28.01. i 11.02.br.

• przyjęło następujące stanowiska:

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie regulaminu negocjacji dotyczących projektu ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wysokości opłaty za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów, w którym zostały zgłoszone następujące propozycje: „(...) opłata za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów powinna wynosić 300 zł. Jednocześnie proponuje się umożliwienie okręgowej radzie lekarskiej zmniejszenie opłaty bądź zwalnianie z niej: w razie gdy kształcenie będzie prowadzone nieodpłatnie. W załączniku do stanowiska określa się szczegółową kalkulację proponowanej opłaty.”,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, w którym zostały zgłoszone m.in. następujące uwagi: „(...) § 2 winien otrzymać brzmienie: 1. Doskonalenie zawodowe lekarza i lekarza dentysty posiadających prawo wykonywania zawodu ma na celu wykonywanie zawodu zgodnie z wymogami określonymi w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z późn. zm.) poprzez stałe pogłębianie wiedzy oraz doskonalenie i nabywanie umiejęt-

ności zawodowych, zgodnie z postępowaniem naukowym. 2. Doskonalenie zawodowe lekarza, o którym mowa w ust. 1 obejmuje samokształcenie lub uczestniczenie w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego poprzez odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, zwanego dalej „specjalizacją”, nabywanie umiejętności zawodowych z zakresu wyższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, zwane dalej „umiejętnościami”, oraz doskonalenie w innych formach kształcenia. 3. Lekarz potwierdza dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego poprzez uzyskiwanie odpowiedniej liczby punktów edukacyjnych, obliczonych w ustalonych okresach rozliczeniowych.

(...) w § 6 pkt. 1 winien otrzymać brzmienie: 1) za realizowanie programu specjalizacji lub programu uzyskania umiejętności z zakresu wyższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych – punkty otrzymuje się wyłącznie za minimalny okres realizacji programu danej specjalizacji, danej umiejętności lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, określony w ich programach,

(...) § 10.1. Posiadane przez lekarza dokumenty ewidencji doskonalenia zawodowego, wydane w okresie 48 miesięcy, przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zachowują moc. 2. Punkty edukacyjne, uzyskane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, ustalone na podstawie załącznika nr 3, zalicza się do pierwszego okresu rozliczeniowego.

(...) w uzasadnieniu do ww. rozporządzenia należy uwzględnić Polskie Towarzystwo Stomatologiczne.”

– dot. projektu rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania i uiszczania opłat związanych z dopuszczeniem do obrotu produktu leczniczego,

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szczegółowych warunków i trybu ponoszenia i regulowania opłat za świadczenia zdrowotne udzielane żołnierzom wojsk obcych i ich personelowi cywilnemu,

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień zawodowych felczera, w którym zawarł m.in. następujące uwagi: „(...) Przepisy projektu nie odpowiadają przepisom zawartym w ustawie z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 531, z późn. zm.), w szczególności niedostatecznie zróżnicowane zostały uprawnienia felczera i starszego felczera oraz niewłaściwie określono ich zakres (...) przepisy ustawowe (ustawy o zawodzie felczera) nadają felczerowi uprawnienia, m. in. do rozpoznawania chorób oraz leczenia, odpowiednio pod nadzorem lekarza, lub samodzielnie. Przepisy projektu rozporządzenia zaś przyznają felczerowi uprawnienia do oceny stanu pacjenta, co nie jest równoznaczne z rozpoznaniem choroby, wydawaniem orzeczeń o stanie zdrowia oraz orzekaniem o czasowej niezdolności do pracy i wystawianiu recept bez wzmianki jednakowoż o uprawnieniu felczera do rozpoznawania chorób i leczenia. Wymienienie zatem w rozporządzeniu także tych uprawnień uważamy za konieczne. Trudno bowiem zrozumieć jak felczer może wypisać recepty na leki i wydać orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy bez uprzedniego rozpoznania choroby, bo nie jest mu przypisane takie uprawnienie.”,

• wydelegowało:

– **Konstantego Radziwiłła** – prezesa NRL oraz **Jana Adamusa** – przewodniczącego Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej na konferencję „Przyszłość Europejskich Organizacji

Medycznych” (7.04. br.) oraz na spotkanie Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (8-9.04.br.) w Brukseli,

– **Wojciecha Marquardta** – wiceprezesa NRL oraz **Jana Adamusa** – przewodniczącego Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej na Europejskie Forum Stowarzyszeń Medycznych i Światowej Organizacji Zdrowia (11-12.03. br.) w Oslo,

– **prof. Janusza Kłockę** jako przedstawiciela NRL do Rady Społecznej w Ośrodku Diagnostyczno-Badawczym Chorób Przenoszonych Drogą Płciową w Białymstoku,

– **Wojciecha Homendę** jako przedstawiciela NRL do Rady Społecznej Powiatowego Obwodu Lecznictwa Ogólnego – Samodzielnego Publicznego ZOZ w Słupsku,

• **powołało Zespół ds. Oceny Zasady Zakupu Akcji Spółki Medbroker** w składzie: **Andrzej Sawoni** – przewodniczący i **Wojciech Marquardt**,

• **upoważniło Konstantego Radziwiłła** – prezesa NRL oraz **Włodzimierza Cerańskiego** – skarbnika NRL do podpisania umowy dot. wyceny wartości spółki Medbroker.

Życzenia powrotu do zdrowia dla Ojca Świętego

W związku z obchodami, 11.02.br., Światowego Dnia Chorego prezes Konstanty Radziwiłł – w imieniu członków NRL – wysłał do Ojca Świętego list z zapewnieniem o nieustannej opiece polskich lekarzy i lekarzy dentystów nad chorymi oraz ze szczerymi życzeniami szybkiego powrotu Jana Pawła II do zdrowia. „(...) pragnę zapewnić Waszą Świątobliwość, że polscy lekarze i lekarze dentyści w swoim codziennym trudzie starają się sprostać coraz wyższym wymaganiom w zakresie umiejętności zawodowych nie zapominając także o powinnościach etycznych wobec osób powierzających im swoje zdrowie i życie. Służąc chorym opieką medyczną starają się także towerzyć im w cierpieniu i łęku, próbując odpowiadać razem na najważniejsze pytania nurtujące i chorych, i lekarzy – o sens życia, choroby i cierpienia. Korzystając z okazji Naczelna Rada Lekarska życzy Waszej Świątobliwości szybkiego powrotu do zdrowia, tak aby Wasza Świątobliwość mógł dalej swoją osobą wspierać nasze wysiłki na rzecz osób potrzebujących opieki i pomocy” – czytamy w liście.

Pismo do Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ

Prezes NRL, odpowiadając na pismo dyr. R. Danielewicz z 14.02.br. dot. projektu tekstu notyfikacji dat zgodności kształcenia polskich lekarzy oraz NRL, jako organu kompetentnego do wydawania zaświadczeń, poinformował, że w pełni zaakceptował ww. pismo:

„1. daty zgodności kształcenia dla lekarzy, tj. rozpoczęcie studiów w roku akademickim 1956/57 i później oraz rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w r. 1964 i później, jako dat, od których kształcenie polskich lekarzy jest zgodne ze standardami określonymi w Dyrektywie 93/16/EWG,

2. instytucje właściwe w Polsce do wystawiania zaświadczeń dla lekarzy i lekarzy dentystów, tj. Naczelna Rada Lekarską i okręgowe rady lekarskie (w tym Wojskową Radę Lekarską).”

Iwona A. Raszke-Rostkowska
tel.kom.0-606-440-100
tel./fax (0-22) 851-71-148
e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org



foto: Marek Stankiewicz

Zmierzch dyżurów?

Marek Wójtowicz

Bez dwóch zdań obecny system dyżurów lekarskich w polskich oddziałach szpitalnych jest optymalnym rozwiązaniem.

Przemawia za nim wieloletnia tradycja, maksymalne poczucie bezpieczeństwa u pacjentów i gotowość do wykonania każdej profesjonalnej procedury leczniczej o dowolnej porze dnia i nocy. Jego wadą są jednak wysokie koszty.

Nawet przy skandalicznie niskich zarobkach roczny koszt utrzymania jednego dyżuru lekarskiego wynosi od 120 do 150 000 zł, co przy dziesięciu dyżurach daje już 1,44 mln – 1,8 mln zł rocznie w budżecie szpitalnym.

Obowiązek całodobowej opieki lekarskiej w szpitalu oznacza, że oprócz mniej płatnych dyżurów w trakcie 254 dni roboczych w roku należy także zapewnić lepiej płatną opiekę lekarską, a więc bardziej kosztowną w dni wolne od pracy i święta, a takich dni np. w 2005 r. jest 112.

W dni świąteczne i wolne od pracy też świadczy się usługi, ale z mniejszą intensywnością niż w dni „zwykłe”. Przychody dla oddziału ze sprzedaży dla NFZ

usług są w dniach wolnych i świątecznych dużo mniejsze. Natomiast koszty funkcjonowania, a zwłaszcza wynagradzania personelu w ciągu 112 dni świąteczno-wolnych są prawie takie same jak w ciągu 254 dni roboczych.

Gdyby budżet NFZ na sfinansowanie usług medycznych był wyższy i ceny zakupu także, to w ogóle nie byłoby problemu, ale że tak nie jest, to w gorącej poszukiwaniu oszczędności przez organy założycielskie i dyrektorów szpitali co chwila wraca temat ograniczenia liczby dyżurów szpitalnych.

Kilku moich kolegów dyrektorów próbowało zastosować zamiast dyżurów system „pielęgniarski”, tj. 12/24, ale taki powstał chaos i bałagan, że po 2-3 miesiącach z ulgą wycofali się z tego pomysłu.

W zarządzanym przeze mnie szpitalu od kilku lat sprawdzają się całodobowe kontrakty lekarskie w pionie anestezjologii, karetkach R i u techników RTG. Niestety, zusowskie zakusy podwyższenia składki od „pracujących inaczej” z obecnych prawie 700 zł do 1000, a może nawet 1400 zł mogą zniechęcić najoszczędniej żyjących kontraktowiczów i być może już niedługo wrócą oni na etaty.

Kontrakty są tylko chwilowym, nie lubianym przez PIP rozwiązaniem, a na dłuższą metę konieczny będzie inny, stabilny model zapewnienia nadzoru lekarskiego w nocy i święta.

Sądzę, że pójdziemy tą samą drogą co inne kraje Unii Europejskiej i w pewnym momencie zamiast obligatoryjnego dyżuru na każdym oddziale szpitalnym dojdziemy do modelu kilku dyżurnych na cały szpital.

Każdy pacjent szpitalny będzie miał z chwilą przyjęcia przypisanego pracującego w dzień specjalistę prowadzącego, który poza godzinami pracy będzie 24 h pod telefonem komórkowym i przez „komórkę” będzie na odległość nadzorować pacjenta wykorzystując oczy, uszy i inne zmysły młodego, pełnego sił, mniej doświadczonego ogólnoszpitalnego dyżurnego.

Pojawi się tak jak w Wlk. Brytanii kasta konsultantów, czyli po naszymu samodzielnych specjalistów, dobrze zarabiających, rozrywanych, często mających pacjentów w różnych szpitalach

oraz kadra młodych adeptów sztuki lekarskiej, „czeladników” sprawujących nadzór nad pacjentami specjalisty i szlifujących nocami swoje umiejętności w oczekiwaniu na awans na konsultanta.

W tym modelu zmieni się rola ordynatora. To nie będzie już ten jeden jedyny władca absolutny, decydujący o dniu pracy i karierze pozostałych członków zespołu. Ordynator w modelu konsultanckim stanie się pierwszym wśród równych mu, samodzielnie prowadzących leczenie specjalistów.

Zanim pojawi się zachodni model „konsultantów i czeladników”, będą podejmowane różne inne próby zapewnienia całodobowego nadzoru po mniejszych niż obecnie kosztach. Zainicjowana ostatnio na stronach internetowych OZZL akcja dystrybucji wzorów pozwów o zapłatę za pełnione po 1 maja 2004 r. dyżury, jak za nadliczbowy czas pracy, może przynieść efekt w postaci wygranej przed Europejskim Trybunałem Sprawiedliwości. Na dłuższą metę zmusi to jednak właścicieli i dyrektorów szpitali do redukcji liczby pełnionych dyżurów, żeby zmieścić się w planie finansowym zakładu.

Czy należy się tym martwić? Niespecjalnie, o ile oczywiście przy zredukowaniu o połowę liczby dyżurów płaca za pozostałe wzrośnie co najmniej dwukrotnie!

Powstanie przy tym problem podwojenia, a nawet potrojenia obowiązków dyżurnego latającego po całym szpitalu z interwencjami. Anglicy są teraz na etapie dokładnego sprawdzania: co musi osobiście wykonać na dyżurze lekarz, a co może za niego zrobić inny pracownik. Wyspiarzom tak bardzo brakuje lekarzy, że gdzie tylko mogą, zastępują ich nielekarzami zwanymi dla zmyłki i oszukania pacjentów paramedykami.

Miałem okazję porozmawiać z kilkoma paramedykami dyżurującymi w pogotowiu ratunkowym w Wakefield, Leeds i Edynburgu. Są to bardzo sympatyczni, oddani swojej pracy, gruntownie wykształceni pracownicy medyczni przypominający zanikającą już kastę naszych felczerów. My też za niedługo „pójdziemy” w paramedyków... mniej więcej w rok po tym, jak co najmniej 30 % naszych lekarzy wyjedzie na Zachód.

**Zarząd Główny
Towarzystwa Internistów Polskich
z głębokim smutkiem
zawiadamia o śmierci**

**prof. dr. med.
ZBIGNIEWA KALINY**

**członka honorowego
Towarzystwa Internistów Polskich
Odszedł wybitny lekarz,
nauczyciel akademicki i naukowiec,
który był współtwórcą
polskiej medycyny wewnętrznej
XX wieku.**

Eugeniusz Józef Kucharz prezes

**Koledze Wiceprzewodniczącemu
Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Lekarzy
Dr Ryszardowi Kijakowi
oraz jego Żonie Alicji,
Wyrazy serdecznego współczucia
z powodu śmierci TEŚCIA i OJCA
składają
Członkowie Zarządu Krajowego OZZL**

Pacjent to nie ciężarówka

Karina Ewa Frelek

Nie wcześniej niż w 2007 r. wszyscy ubezpieczeni w Niemczech zostaną wyposażeni w czipową kartę ubezpieczeniową. Pierwsze testy rozpoczną się już w tym roku.

Doktor Andreas Köhler, przewodniczący Federalnego Stowarzyszenia Lekarzy Kas Chorych na początku stycznia podczas tworzenia nowej spółki administrującej „Gematik” stwierdził, że minie jeszcze dobrych kilka lat, „aż najdalej wysuniętą wysepkę na Morzu Północnym wyposażymy w takie karty”. W bieżącym roku otrzyma je zaledwie 100 tys. osób.

Początkowo planowano udostępnienie kart czipowych wszystkim 80 mln ubezpieczonych w państwowych i prywatnych kasach równocześnie. To jednak nie będzie start jak za naciśnięciem guzika – wyznała federalna minister zdrowia Ulla Schmidt. Nie można też porównywać tego projektu z wprowadzaniem opłat za ciężarówki, już choćby z tego powodu, by nie doprowadzić do tak katastrofalnego falstartu jak w przypadku Toll Collect.

Zdaniem Doris Pfeiffer, przewodniczącej zarządu związku kas chorych pracowników umysłowych, nie tylko koszty przerosłyby możliwości finansowe, ale mogłoby to w ogóle skompromitować projekt. Zły odbiór społeczny projektu byłby gorszy w skutkach niż opóźnienie jego wdrożenia.

Utworzono więc Gematik (spółkę tematycznego wykorzystania karty ubezpieczeniowej z o.o.). W organizacji, obok przedstawicieli usługodawców i strony

finansującej, uczestniczy również – bez prawa głosu – ministerstwo. Przed spółką stoi kolosalne zadanie: oprócz wyposażenia w karty ubezpieczonych, należy opłścić siecią 270 tys. lekarzy, 77 tys. dentystów, 20 tys. aptek, 2 tys. szpitali i ponad trzysta kas chorych.

W pierwszym rzędzie do systemu elektronicznego wejdzie wystawianie recept. W następnym etapie – dzięki kartom – powinno być możliwe odczytywanie danych w nagłych przypadkach, uwag lekarza, kart chorobowych oraz dokumentacji o stosowanych lekach. Wg informacji z Federalnego Ministerstwa Zdrowia co roku umiera ok. 10 tys. osób wskutek niepożądanych wzajemnych oddziaływań leków – to więcej niż w wypadkach drogowych.

Karta ubezpieczeniowa dawałaby możliwość ratowania ludzkiego życia. „Musimy wykorzystać tę szansę” – domaga się Ulla Schmidt.

Wg aktualnych obliczeń samorządu inwestycje na ten projekt opiewają na ok. 1,4 mld euro. Powinno się je uzyskać dzięki oszczędnościom na unikaniu dublowania badań oraz zapobieganiu oszustwom, co właśnie umożliwi stosowanie karty elektronicznej.

Federalne Stowarzyszenie Lekarzy Kas Chorych szacuje, że lekarze będą musieli wydać ok. 10 tys. euro, by naładować wyposażać swoje gabinety w odpowiednie urządzenia do elektronicznego przetwarzania danych na potrzeby stosowania karty. Większość lekarzy prywatnie praktykujących już dysponuje oprzyrządowaniem, które można rozbudować. Będą więc musieli liczyć się z kosztami zaledwie 2 tys. euro, które będą mogli zrefundować sobie przez opłaty transakcyjne względnie z dotacji spoza budżetu.

Dla przedstawicielki związku kas chorych pracowników umysłowych Doris Pfeiffer nie podlega kwestii,

że powstanie w ten sposób największe w świecie przedsięwzięcie informatyczne, przy którym wprowadzenie elektronicznej opłaty za przejazdy ciężarówkami po autostradach może się okazać drobną sprawą. Przecież karta ubezpieczeniowa dotyczy nie tylko kierowców ciężarówek, ale wszystkich ubezpieczonych w Niemczech.

Refleksje cisną się same. Jeżeli karta będzie elektroniczna, to jak zagwarantować pacjentowi wgląd do swoich danych, co przecież w Polsce jest już dopuszczalne. Każdorazowo pacjent będzie musiał wejść w kontakt z lekarzem prowadzącym mającym urządzenie odczytujące takie karty i niejako zasignalizować mu, że coś go interesuje w przebiegu swojego leczenia. Albo będzie takiej wiedzy pozbawiony.

A co z duplikatem? Przecież, jeżeli karta będzie w jednym egzemplarzu, to po jej zagubieniu lub zaginięciu zginie dosłownie wszystko. No, chyba że to spółka administrująca będzie przechowywała wszystkie kompletne dane, które będzie można później na duplikacie karty odtworzyć.

Ale prawdziwe schody zaczną się wtedy, gdy do Polski przyjedzie niemiecki pacjent posiadający już taką kartę i – odpukać – ulegnie wypadkowi lub ciężko zachoruje. W jaki sposób odczytać jego dane?

Tak więc przed lekarzami w naszym kraju, członku UE, powoli pojawia się kolejny problem: stopniowego zaopatrywania się w sprzęt „na wyrost”, aby sprostać sąsiadom bardziej zaawansowanym technologicznie. A to przecież również koszty, których u nas nikt nie będzie zwracać. A może pojawią się dotacje unijne na ten cel?

Opr. na podstawie „Deutsches Ärzteblatt” („Niemiecka Gazeta Lekarska”): Samir Rabbata, „Elektronische Gesundheitskarte: Kein Start auf Knopfdruck”, wydanie 3 z 21 stycznia 2005 r.

rys. Małgorzata Gnyś



REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA



Pomysł z innej epoki

Krzysztof Imielski

Szpital cieszyński jest szpitalem powiatowym. Z oddziałów typowo zabiegowych posiada dwa ogólnochirurgiczne, chirurgii dziecięcej, urologiczny, urazowo-ortopedyczny i ginekologiczno-położniczy. Problem kolejek do zabiegów, terminów na dobrą sprawę w nim nie występuje. Te zabiegi, które placówka prowadzi, wykonywane są właściwie z marszu.

Sondując problem ustalania terminów zasłyszałem kilka uwag od lekarzy różnego wieku i stażu, które warto przytoczyć. Kolejki w niektórych ośrodkach specjalistycznych są zdumiewająco długie – gdzie indziej na te same zabiegi prawie się nie czeka. Tworzenie sztucznych kolejek może być komuś na rękę, bo wtedy niektórzy pacjenci będą szukać tzw. dojsć. A wielu pacjentów uważa za lepsze (i oblega) te ośrodki, do których trudno się dostać – dodaje młody lekarz, który na chwilę usiadł w izbie przyjęć – za chwilę karetka będzie wracać; doktor jest w kolejnym „ciagu dyżurowym”.

Marek Gubała, ordynator jednego z dwu Oddziałów Chirurgii Ogólnej, często wysyła pacjentów na zabiegi naczyniowe do ośrodków górnośląskich. Jak ustala się ich terminy?

– Tak – uśmiecha się i bierze do ręki telefon. – Znam osobiście kierowników tych placówek; mamy do siebie zaufanie, którego nie nadużywam. Jeśli opisuję przypadek jako pilny, pacjent będzie szybko zoperowany.

Musi być zachowany mechanizm uwzględniający stan chorego, rutynowe wyznaczanie terminów tych zabie-

gów dla niektórych pacjentów skończyłoby się amputacją – dodaje doktor Gubała.

Komitety? Obawiam się, że mogłyby nie uwzględniać w dostatecznym stopniu indywidualności każdego przypadku. Możliwość operowania poza kolejnością jest potrzebna. Decyzje musi podejmować specjalista. Pacjenci chcą nam patrzeć na ręce, z tym trzeba się pogodzić. Niech procedury będą jawne, np. dostępne w Internecie.

Ordynator Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Jacek Żołnowski mówi: – Choć nie lubię nazwy „urazówka”, większość pracy oddziału dotyczy przypadków urazowych. 90 procent pacjentów przyjmujemy w trybie nagłym. Kilkundniowe kolejki czasami powstają, gdy zdarzy się więcej urazów, lub z powodów technicznych. Wówczas o kolejności decyduje stan pacjenta.

Z kwestią terminów spotykamy się w rehabilitacji, ale to raczej dotyczy pacjentów ambulatoryjnych i uzgodnienia przebiegają pomiędzy poradnią a odpowiednim ośrodkiem.

Jestem za prostymi rozwiązaniami, bo są najskuteczniejsze – kontynuuje

dr Żołnowski – taki komitet to kolejne ogniwo pośrednie.

Im więcej pośredników, tym mniej sprawny system. A niezadowolony pacjent będzie miał i tak żal do wszystkich, łącznie z samym komitetem.

Mechanizmy kontrolne, jawność są potrzebne, ale „czynniki społeczne” stwarzają ryzyko niezrozumienia medycznego aspektu zagadnienia.

Dodaje przy tym: – Najważniejszą cechą opieki zdrowotnej jest jej dostępność. Prawa rynku w tej dziedzinie należy stosować ostrożnie, puszczenie wszystkiego samopas nie sprawdziło się.

Interesowało mnie, jak widzą podobny problem lekarze ze szpitala w Czeskim Cieszynie, jednak nie jest to szpital powiatowy i analogicznych oddziałów dziś już nie posiada, skupiając się na wybranych dziedzinach opieki medycznej.

Wracając na grunt Polski powiatowej – zagadnienie kolejek i komitetów nie ma specjalnego odniesienia do tego szczebla leczenia, jest przy tym postrzegane jako wyolbrzymiane (niektórzy podejrzewają, że celowo). „Jawność – tak, komitety – nie” – z takim hasłem zgodziłaby się chyba większość lekarzy.

REKLAMA

REKLAMA

Okladka

Stargard Szczeciński, 21 lutego 2005 r.

Szanowny Pan Dr Marek Stankiewicz
Redaktor Naczelny „Gazety Lekarskiej”

Szanowny Panie Redaktorze,

Gratuluje okładki ostatniej (lutowej) „Gazety Lekarskiej”, a zwłaszcza zamieszczonego tam hasła „Chcemy być zdrowi, a nie lewicowi!” Czy Pan jest autorem tego hasła czy ktoś inny, bo chciałbym uzyskać prawo do jego używania.

Hasło w sposób wręcz genialny – niezwykle skrótowy a jednocześnie kompletny – oddaje przedmiot sporu, jaki toczy się od lat między znaczną częścią środowisk medycznych (w tym OZZL) i pacjentów a kolejnymi rządami RP, nie wyłączając tych, które chciały uchodzić za prawicowe, jak koalicja AWS-UW.

Przedmiotem tego sporu jest odpowiedź na pytanie: Co dla Polaków, potencjalnych pacjentów, jest ważniejsze – czy aby służba zdrowia była przede wszystkim „bezpłatna” (lewicowa), czy przede wszystkim skuteczna (czyli taka, która zapewnia możliwość powrotu do zdrowia).

Historia reformowania służby zdrowia przez ostatnie 15 lat wskazuje wyraźnie, że rządzący wybierają pierwszy wariant. Wszystkie pomysły, które przybliżałyby nas do stworzenia prawdziwie efektywnego systemu opieki zdrowotnej były prędko eliminowane, bo naruszały „lewicowy” dogmat o absolutnej „bezpłatności” świadczeń. A niemożliwe jest stworzenie służby zdrowia, która byłaby jednocześnie bezpłatna i efektywna (skuteczna).

Tymczasem pacjenci w swoich codziennych zachowaniach wybierają drugi wariant. Świadczą o tym nie tylko: szerokie korzystanie z nierefundowanej opieki medycznej, szara strefa i korupcja (lepiej zapłacić niż czekać w kolejce) ale również znamieny wynik sondażu z lipca 2004 r. przeprowadzonego przez Instytut Pentor, w którym ponad 70% Polaków stwierdziło, że dopłaciłoby ze swojej kieszeni do leczenia, gdyby tylko miało pewność, że przyniesie to radykalną poprawę dostępu do opieki zdrowotnej.

Czy można się zresztą dziwić takiemu wyborowi? Niech każdy z nas, kto oburzył się na zamieszczone hasło (a podejrzewam, że niektórzy się oburzyli), odpowie sobie na pytanie, co sam by zrobił, gdyby miał wybór: czekać w kolejce na bezpłatne leczenie (i ryzykować swoim zdrowiem lub życiem) czy nie czekać i dopłacić do leczenia.

Pozdrawiam

Krzysztof Bukiel

przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL

„Oszukani z zimną krwią”

W lutowym numerze „Gazety Lekarskiej” kilku autorów z Krakowa rozprawiło się z moim artykułem „Oszukani z zimną krwią” z numeru 1/2005 (lek. stom. Andrzej Stopa, lek. stom. Katarzyna Siembab, lek. stom. Robert Stępień, lek. stom. Andrzej Mazaraki, lek. stom. Dariusz Kościelniak „Polemika z Andrzejem Baszkowskim. «Oszukani z zimną krwią»” „GL” nr 2/2005). Zrobili to bezpardonowo, nie zostawiając na mnie suchej nitki. Po lekturze ich tekstu poczułem się stary, rozczerowany i niepotrzebny. Zaskoczyła mnie też gwałtowność reakcji autorów, jak również powierzchowność, populizm sądów i opinii, i czasem brak klasy. No i nieobecność w artykule własnych propozycji działań na rzecz korporacji – jak domyślałem się po lekturze – o niebo skuteczniejszych niż nasze.

Po kolegach, których znam od lat, doceniam ich zaangażowanie w sprawy stomatologiczne, których sądy budziły zwykle moje zainteresowanie, co nie znaczy, że zawsze akceptację, spodziewałem się większego obiektywizmu. Trudno mi pisać do osób, które brały udział w wielu wspólnych posiedzeniach, które wspierały nas także podczas spotkań z ministrem zdrowia, z którymi na temat kontraktów przegadałem niejedną godzinę. Tymczasem niektóre ich sformułowania z „Gazety” budzą zdumienie swym populizmem.

Kto np. nie zgodziłby się ze stwierdzeniem, że „(...) *naczelnym celem przyświecającym idei samorządu powinna być zdecydowana obrona jego członków, dbanie o powagę i prestiż zawodu (w tym warunki jego dobrego wykonywania) oraz szacunek dla korporacji, której jest się członkiem*”;

albo, że „*należy radykalnie zmienić sposób myślenia i postępowania, że obowiązkiem każdego członka samorządu jest nie tylko bronić jego dobrego imienia na każdym polu, ale przede wszystkim dbać o podstawy zawodowe i egzystencjalne wykonywania wolnego zawodu*”;

że trzeba „*przede wszystkim zintegrować całe środowisko służby zdrowia*”;

że „*w tej sytuacji oczywiście powinno być szukanie wszelkimi sposobami innych metod działania, korzystanie z osiągnięć innych grup zawodowych i wyciąganie wniosków*”;

bo „*(...) jednak stanowczo trzeba powiedzieć – dzisiaj i teraz – dalej tak być nie może! Nasza zdolność do dalszego przyjmowania przedstawionej bezradności i nieskuteczności oraz przerzucania winy na innych jak w artykule Pana Doktora już się skończyła!*”

Mocno powiedziane. Gdybym nie wiedział, że to nieprawda, pomyślałbym, że to tezy wyborcze. Każdy pod nimi by się podpisał! Ale fakt, że nie każdy by wymyślił...

Bądźmy poważni. Jakie przerzucanie winy na innych? Gdzie ja to napisałem? Tam, gdzie mówiłem o niemrawości urzędników i ich lekceważącym stosunku do nas? Ależ oni tacy są! To fakt obiektywny. A może winnych upatruję w „beziemiennych” lekarzach reprezentujących NFZ? Naturalnie oni są „instytucją” opiniotwórczą, ale winą leży gdzie indziej. Winien jest system określania warunków kontraktowania i ich treści, które bezdyskusyjnie i arbitralnie ustala monopolista!

Można polemizować, można się zgadzać, ale nie wolno insynuować, że piszę nieprawdę. A Koledzy to robią, gdy komentują opis zachowania się dwóch kolegów podczas rozmów w Funduszu i dziwią się, że nie stanęli oni jeszcze przed Komisją Etyki Lekarskiej. I pytają, czy czasem nie „*dlatego, że było inaczej...*” Co to znaczy, że było inaczej! Że sobie to wszystko wymyśliłem? Może właśnie dlatego, żeby mieć na kogo zrzucić winę?!...

Autorzy mają też pretensję, że nie podałem nazwisk. Nie podałem w nadziei ich opamiętania i przemyślenia swojego zachowania. Zapewne z podobnych przesłanek i Wy, Koledzy, pisząc, że wiecie o właścicielach kontraktów „*lepszych, ale dostępnych, niestety tylko dla nielicznych lub wąskich grup zawodowych*” także przemilczacie nazwiska...

Piszecie dalej, że lekarze dentyści „*podpisali te kontrakty także dlatego, że doskonale wiedzieli iż samorząd, do którego muszą należeć i który utrzymywany jest z ich składek, skutecznie się nie przeciwstawił, by kontraktów na takich warunkach nikt nie śmiał przedstawiać i nie wypracował też żadnych metod zapobiegających temu, aby w takim kształcie nie były podpisywane*”. No dobrze, samorząd nie popisał się. A co, Koledzy, zrobilibyście w tej sytuacji? Ma-

cie jakieś tajne pomysły, bo w artykule próżno ich szukać. A szkoda, bo może wiecie co zrobić, gdy wiadomo, że prawo nie broni słabego lekarza, ale silnego monopolistę? Tylko nie ograniczajcie się do stwierdzenia, że trzeba prawo zmienić, ale od razu powiedzcie jak.

Na naszą obronę zapytam, jak pomóc kolegom, gdy nie ma wśród nich solidarności za grosz? Oczywiście wszyscy stoją za nami, za naszymi negocjacjami, ale żeby dla poparcia i na znak protestu nie podpisać złych kontraktów, to nie ma mowy! Nasi koledzy z całego serca nas poprą, tylko załatwią sobie kontrakt! Byle jaki. Bo przecież tu nie chodzi o kontrakt, ale o to, co wokół kontraktu i dobrze o tym wiecie Koledzy! Sami doświadczyliście jak trudno zdobyć masową akceptację dla waszych pomysłów na zintegrowanie środowiska.

Piszecie również „*że czas nieskutecznych działań, nonszalancji, dziecięcej naiwności i snów o potęgę powinien dawno przeminąć, a powinna go zastąpić precyzyjnie opracowana strategia działań, szeroka praca u podstaw i pełny profesjonalizm w realizacji celów*”. No to już wiem: jesteśmy nieudacznikami, infantylnie naiwnymi, żalonymi amatorami mierzącymi daleko ponad wrodzone zdolności. Na szczęście są Koledzy z Krakowa i oni z pewnością wiedzą co i jak trzeba zrobić. Oni się nie dadzą, oni nie jeden taki bój z Funduszem już wygrali, a jeżeli ze swoją wiedzą się nie zdradzają, to tylko ze względów taktycznych. Ale chociażby lojalność wobec środowiska powinna skłonić Was do podzielenia się z nami doświadczeniami zwycięzców. Prosiłem zresztą o to już wielokrotnie, tak jak i wszystkich innych, przy okazji różnych spotkań. Bardzo nam zależało na tych spotkaniach i wymianie doświadczeń.

To dlatego, z inicjatywy Komisji Stomatologicznej NRL, 18 lutego 2005 r. podpisana została deklaracja współpracy i wspólnego działania na rzecz zawodu lekarza stomatologa i opieki stomatologicznej. Podpisali ją przedstawiciele różnych organizacji grupujących lekarzy dentyistów. Ma to być forum wymiany myśli, pomysłów i planowania wspólnego działania. Ale na razie wiadać, że łatwiej o podpisy niż o konkretną pracę. Zresztą podpis jednego z autorów artykułu też tam figuruje...

Czekamy na pomysły. Szukamy sposobów i rozwiązań. Ale tych jak na lekarstwo. W artykule Kolegów też ich nie ma. Jakie są więc te inne „*rozwiązania i sposoby wyjścia z zakłętą kręgą*”? Proszę nie mówić, że nie byliśmy otwarci na propo-

zycje z różnych stron. To propozycji brakuje. Przepraszam, ale tworzenie nowych bytów i nowych sztydów bez konkretnych planów działania niewiele daje. Zapraszamy do rozmów. Ale debata, żeby była nią rzeczywiście, nie może być monologiem czy wymianą zdań między przekonanymi, myślącymi tak samo lub podobnie. Musi dopuszczać głosy także tych, którzy widzą rzeczy inaczej, myślą inaczej, mają także do rozwiązania wątpliwości, stawiają trudne dla innych kwestie, lub w dobrej wierze działających inaczej niż my uważamy.

W swoim artykule podzieliłem się wątpliwościami i refleksjami po niezbyt udanych rozmowach z NFZ. Miał on wywołać uświadomienie jak pozycję lekarza w systemie opieki zdrowotnej widzą urzędnicy i dyskusję nad sposobami zmiany tej sytuacji. W Waszym artykule jej nie znalazłem. Za to dowiedziałem się, że dawno wiedzieliście Koledzy, iż z rozmów z Ministerstwem i Funduszem nic nie wyjdzie, bo wszystko dawno było ułożone i wyreżyserowane. A my naiwni i nieświadomi przystąpiliśmy do „działań od wielu lat nieskutecznych, nacechowanych prowadzeniem polityki ustępstw bez żadnych ograniczeń, i co gorsza, bez żadnych reakcji ze strony samorządu...” Twierdzenie po fakcie „ja wiedziałem” to demagogia. Dlaczego tą wiedzą nie podzieliście się zawczasu?

Odejdźmy na chwilę od kontraktów. Zgadzam się, że „jesteśmy jedną z najgorzej opłacanych grup zawodowych w kraju, pracujemy w ogromnym procencie jako pracownicy najemni, a nie wykonujący wolny zawód”. Nawet więcej, wielu kolegów pracuje na czarno, bez żadnego zatrudnienia oficjalnego, bez zgłoszenia w izbie lekarskiej, co przecież będzie miało swoje skutki później, gdy wyniknie problem stażu pracy... To dlatego izba lekarska była zawsze za tym, żeby lekarz swój wolny zawód wykonywał w ramach indywidualnej albo grupowej praktyki lekarskiej. Jednak wielu kolegów nawoływało do zakładania ZOZ-ów. I to jak największych. To miał być klucz do odwołania największych korzyści ze współpracy z kasami chorych, a teraz NFZ. Lekarzy zatrudniają tam lekarze i płacą im jak chcą i kiedy chcą. Rodzą się typowe konflikty na styku pracodawca i pracobiorca. Chcieliśmy, żeby nie było ich między lekarzami, ale stało się i mamy to, co mamy...

Doskonale wiemy czego chcemy dla lekarzy dentystów. Wszyscy wiemy. I my z Komisji Stomatologicznej NRL,

i autorzy polemicznego artykułu, i sygnatariusze deklaracji o współpracy. Brakuje skuteczności. Też wszystkim. Chcemy, aby w kontraktach z NFZ za świadczenia stomatologiczne płacone były rzeczywiste ceny, z uwzględnieniem wynagrodzenia lekarzy i stwarzające warunki dla odpowiedniej jakości pracy. Mamy te ceny wyliczone. Przekazaliśmy je Ministerstwu i NFZ. Wszyscy mówimy, że nie może być tak dalej, że za swoją pracę lekarz dostaje połowę ceny albo jedną trzecią. I to od lat. W jaki jednak sposób zmusić Fundusz do płacenia prawdziwych cen? To jest właśnie nasz problem. Czekamy tu na każdą propozycję. Jak przerwać lekceważenie lekarzy przez administrację, wymusić poważne potraktowanie naszych postulatów i żądań? Tylko w służbie zdrowia nie funkcjonuje zasada, że za pracę trzeba płacić tyle, ile ona kosztuje. A szczególnie w stomatologii. Nie mamy tysiąca postulatów. Załatwmy to jedno, to z resztą sobie poradzimy. Tylko jak? Iść do sądu? Do Strasburga? Żadnego rozwiązania nie odrzucamy.

Jesteśmy gotowi na każdy sensowny kompromis w imię wspólnych działań. Ale wszystko ma swoje granice. Jakim prawem zarzucacie nam, że jesteśmy zdania, iż sprawa kontraktów „to w ogóle samorządu nie obchodzi lub obchodzić nie powinno, bo samorząd powołano do innych celów”. Kto Wam to powiedział? Jak widać uważacie, że można bezkarnie powiedzieć i napisać wszystko. Nawet takie oszczerstwo, które jest chwytem poniżej pasa. Ale po lekturze całego Waszego artykułu to nawet się nie dziwię...

Ale porzućmy spory, udowadnianie na siłę własnych racji i zacznijmy działać razem. Naprawdę razem! Bez emocji, egzaltacji, braku taktu, za to profesjonalnie. Przecież tego Koledzy chcecie, mamy więc płaszczyznę porozumienia. Nie ma postępu bez krytyki, ale nie każda krytyka do postępu prowadzi. Pamiętajmy o tym. I zróbmy wszystko, abyśmy nie stali się bohaterami słynnej anegdotki, z życia izby zresztą. Po wielogodzinnej dyskusji, gdzie padło tysiąc pomysłów co konieczne trzeba zrobić, ale żadnego jak, w końcu doszło do formułowania uchwały. I wtedy zapadła wstydliva cisza, nikt nie miał pomysłu na sposób realizacji słusznych racji. Sprawę uratował prezes proponując następującą uchwałę:

Art. 1 Jest źle.

Art. 2 Ma być lepiej.

Art. 3 Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Andrzej Baszkowski

@sculap.pl

Goniec Medyczny

• **Wiosna będzie nasza?** W Polsce wzbiera fala niezadowolenia i protestów w służbie zdrowia. W co ósmym szpitalu pracownicy nie otrzymują wynagrodzeń w całości. Nadal rosną długi placówek. • **Ukryte pieniądze.** Prywatne firmy medyczne uważają, że dzięki zmianie przepisów w służbie zdrowia możliwe byłoby wyprowadzenie z szarej strefy 8-10 mld zł za nierejestrowane usługi medyczne. • **Brak chętnych na wojnę.** Polskie wojsko szuka lekarzy na wyjazd do Iraku także wśród cywilnych kandydatów, oferując im... 824 zł/mies. brutto plus dodatek zagraniczny (łącznie najwyżej 1500 USD). Jednakże na ofertę złożoną w szczytniejskiej OIL nie odpowiedział żaden lekarz. Każdy polski kontyngent w Iraku potrzebuje łącznie ok. 30 lekarzy. • **Do pracy na weekend.** Już prawie 300 chirurgów, anestezjologów, a nawet lekarzy rodzinnych i dentyków zgłosiło w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi chęć pracowania w weekendy za granicą. Za weekendowy dyżur w brytyjskim szpitalu polski chirurg otrzymał w przeliczeniu 4000 PLN. • **Polskie - dobre i tanie.** Od lutego weszły nowe ceny polskich insulin. Tymczasem zagraniczni producenci insulin nie zgodzili się na obniżenie swoich cen, mimo że np. średnia cena insulin firmy Novo Nordisk wynosi w Polsce 24,86 euro, podczas gdy w Grecji 14,52 euro, w Hiszpanii 17,80 a na Węgrzech 17,60. • **Zarzucić sieć na szpitale.** „Nowelizacja ustawy o ZOZ-ach pozwoli stworzyć sieć szpitali z podziałem na poziomy referencyjne” - powiedział w Krakowie na spotkaniu z rektorami akademii medycznych minister zdrowia Marek Balicki. W Polsce działają 43 szpitale kliniczne. • **„To po co mi ubezpieczenie?”** - pytają w gabinetach dentystrycznych pacjenci, którzy nie mogą już dopłacać za „lepsze” plombę. Jeśli chcą wybrać, np. zamiast amalgamatu inny materiał, muszą zapłacić 100 proc. jego ceny. NFZ tłumaczy, że w gabinetach mających umowy z Funduszem, nie ma już możliwości pobierania dopłat od pacjentów. • **Czy szpitale kredytują NFZ?** „Szpitale czekają na należne im pieniądze z NFZ prawie dwa miesiące” - przyznaje minister zdrowia Marek Balicki. Nie ma jednak możliwości wypłacania placówkom zaliczek jeszcze przed wykonaniem zakontraktowanych świadczeń. • **Nagrody dla szefów NFZ.** NFZ przeznaczył na roczne nagrody dla 16 dyrektorów oddziałów terenowych 130 000 zł (po 8000 zł na osobę). W przyszłym roku wszyscy podatnicy wydadzą na nagrody i premie dla pracowników NFZ o wiele więcej.

dokończenie na str. 29

Przychodzi lekarz do prawnika

Pytanie lekarza: Czy ordynator oddziału może wymóc na pracowniku konieczność pełnienia dyżuru i czy jest określona minimalna liczba dyżurów w miesiącu?

Odpowiedź prawnika: Lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być zobowiązani do pełnienia w tym zakładzie dyżuru medycznego oraz do pozostawiania w „pogotowiu pracy” i oczekiwania na wezwanie na dyżur. Obowiązek ten wynika z treści art. 32j ust. 1 oraz art. 32k ust. 1 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. nr 91, poz. 408, z późn. zm.). Pełnienie dyżuru może więc być obowiązkiem pracownika, wówczas odmowa pełnienia dyżuru stanowiłaby naruszenie obowiązków pracowniczych (Praca lekarza w niedzielę i święta, Prawo w służbie zdrowia, Rok VIII, nr 29 [103], wrzesień 2003 r., str. 7-8). Lekarz nie może więc odmówić pracodawcy, ilekroć ten

zleci mu pełnienie dyżuru medycznego. Do pełnienia dyżurów w zakładzie nie są zobowiązane ustawą osoby nie posiadające statusu pracownika, zatrudnione na podstawie umowy cywilnoprawnej, chyba że taki obowiązek wynika z zawartej z nimi umowy.

Ustawa nie określa minimalnej liczby dyżurów medycznych w miesiącu, lecz wprowadza ograniczenie tygodniowe i miesięczne. Liczba dyżurów medycznych pełnionych przez osobę wymienioną w art. 32j ust. 1 nie może przekraczać 2 tygodniowo i 8 miesięcznie.

Pytanie lekarza: Czy jest zgodna z obowiązującymi przepisami prava praktyka łączenia funkcji kierowniczych, np. dyrektora ds. medycznych, kierownika pracowni diagnostycznej, kierownika stacji pogotowia ratunkowego z pracą na dyżurach?

Odpowiedź prawnika: Kwestie związane z pełnieniem dyżurów medycznych uregulowane zostały w przepisach art. 18d ust. 1 pkt 4 i art. 32j ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408, z późn. zm.).

W myśl tych przepisów do pełnienia dyżurów medycznych mogą być zobowiązani lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych. Przepisy prawa nie zawierają w tym względzie żadnych wyjątków. Zobowiązanie do pełnienia dyżurów medycznych wiąże się z wykonywaniem określonych zawodów, a nie z pełnieniem (lub niepełnieniem) określonych funkcji. Jeśli chodzi o pełnienie dyżurów medycznych – przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie stanowią wyjątków w tym względzie dla osób zajmujących stanowiska kie-

rownicze w zakładzie. W związku z tym – praca na dyżurach i jednocześnie pełnienie funkcji kierowniczych w zakładzie opieki zdrowotnej jest zgodne z przepisami prawa.

Pytanie lekarza: Czy instytucja starszego lekarza dyżuru, który jest wyznaczany spośród pełniących dyżur lekarzy, w wielooddziałowym szpitalu, ma umocowanie prawne? Dyżur medyczny to nadal nie jest czas pracy. Czy obarczanie jednego z lekarzy dyżurujących dodatkowymi obowiązkami o charakterze organizacyjno-nadzorczym, w dodatku bez odrębnego wynagrodzenia, jest dopuszczalne?

Odpowiedź prawnika: Przepisy prawa, w tym zwłaszcza przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408, z późn. zm.), nie przewidują instytucji starszego lekarza dyżuru. Pojęcie to nie pojawia się w przepisach prawa.

Na podstawie art. 18a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej jest ustalany regulamin porządkowy zakładu opieki zdrowotnej, który określa organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładzie, w tym m. in. organizację i zadania poszczególnych jednostek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, w tym zakresy czynności pracowników oraz warunki współdziałania między tymi jednostkami dla zapewnienia sprawności funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym.

W regulaminach tych w praktyce określone są zasady związane z pełnieniem dyżurów medycznych przez pracowników zakładu.

Dyżur medyczny to – w myśl art. 18d ust. 1 pkt 4 ustawy o ZOZ – wykonywanie, poza normalnymi godzinami pracy, czynności zawodowych przez lekarza, polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W związku z tym, jeśli kwestie te zostały uregulowane w regulaminie porządkowym zakładu opieki zdrowotnej, uregulowania takie obowiązują pracowników.



WSZYSTKO O PRAWIE
medycznym i ochronie zdrowia

NIEZBĘDNE INFORMACJE
o prawie sanitarnym

BIEŻĄCE ZMIANY I PROJEKTY
co miesiąc na CD i co tydzień on-line

**SERWIS
PRAWO I ZDROWIE**

Publikacja elektroniczna zawiera analizy problemów służby zdrowia oraz inspekcji sanitarnej. Składają się na nie:

- praktyczne komentarze
- odpowiedzi specjalistów
- przepisy prawne
- orzeczenia sądowe
- wzory dokumentów i formularzy
- bazy teleinformatyczne.

www.prawoizdrowie.pl
infolinia 0 800 120 188

Gazeta Lekarska

www.gazetalekarska.pl

Pytanie lekarza: *Bardzo proszę o odpowiedź, jakiej specjalizacji lekarze powinni jeździć w pogotowiu karetkami „R”. Jak to jest ustanowione prawnie, czy jest jakiś przepis dotyczący tej sprawy?*

Odpowiedź prawnika: Przepisy prawa nie określają kwalifikacji, jakie powinny posiadać lekarze w zespołach pogotowia ratunkowego, a kryteria przyjęte do pracy w pogotowiu są określane przez kierowników tych placówek.

Zadaniem pogotowia ratunkowego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia (art. 28 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej Dz. U. nr 91, poz. 408 z póź. zm.). Zatem zadanie pogotowia ratunkowego nie polega na leczeniu, a dorażnej pomocy.

W związku z tym w zespole pogotowia ratunkowego powinni znajdować się lekarze, którzy takiej dorażnej pomocy będą potrafili udzielić. Dotyczy to zespołów wyjazdowych ogólnych pogotowia ratunkowego.

Natomiast, jak się wydaje, w skład wyspecjalizowanych zespołów pogotowia ratunkowego (zespół wyjazdowy noworodkowy, zespół wyjazdowy reanimacyjny, zespół wyjazdowy wypadkowy) powinni wchodzić lekarze posiadający kwalifikacje odpowiednie do udzielania takich specjalistycznych świadczeń.

Pytanie lekarza: *Pracownik pracował w godzinach nadliczbowych. Złożył pisemny wniosek, że chce odebrać te godziny w następnym miesiącu. 1) Czy pracownik może odebrać godziny nadliczbowe we wskazanym przez siebie terminie, jeżeli w zakładzie obowiązuje miesięczny okres rozliczeniowy? 2) Jak udziela się urlopu na żądanie pracownikom pracującym w równoważnym czasie pracy? Czy przysługują im cztery dni, czyli 48 godzin, czy tylko 32 godziny?*

Odpowiedź prawnika:

1) Stosownie do art. 151² Kodeksu pracy, w zamian za czas przepracowany w godzinach nadliczbowych możliwe jest udzielenie pracownikowi w takim samym wymiarze czasu wolnego od pracy. Czasu wolnego w zamian za pracę w godzinach nadliczbowych udziela się:

- na pisemny wniosek pracownika – pracodawca w takiej sytuacji może, lecz nie musi, udzielić pracownikowi czasu wolnego,
- bez wniosku pracownika – w takim przypadku pracodawca udziela czasu wolnego od pracy najpóźniej do końca okresu rozliczeniowego, w wymiarze o połowę wyższym niż liczba przepracowanych godzin nadliczbowych.

Z przedstawionych powyżej regulacji wynika, że konieczność udzielenia pracownikowi czasu wolnego do końca okresu rozliczeniowego zachodzi wówczas, gdy pracodawca występuje z inicjatywą udzielenia pracownikowi czasu wolnego w zamian za czas przepracowany w godzinach nadliczbowych. Celem tej regulacji jest to, aby pracownik jak najwcześniej dostał ekwiwalent za czas przepracowany w godzinach nadliczbowych. W przypadku bowiem udzielenia czasu wolnego pracownikowi nie przysługuje dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych.

Należy zwrócić uwagę, że przy udzielaniu czasu wolnego na wniosek pracownika ustawodawca nie wprowadził wymogu określającego termin wykorzystania czasu wolnego w zamian za czas pracy w godzinach nadliczbowych.

2) Urlop na żądanie, którego podstawą udzielenia jest art. 167² kp jest częścią urlopu wypoczynkowego (art. 163 § 1 zdanie 2 kp). Dlatego też przy udzielaniu tego urlopu obowiązują zasady udzielania urlopu wypoczynkowego zawarte w art. 154² kp. Zasady te są następujące:

- urlopu udziela się w dni, które są dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy, w wymiarze godzinowym, odpowiadającym dobowemu wymiarowi czasu pracy pracownika w danym dniu,
- jeden dzień urlopu odpowiada 8 godzinom pracy.

Biorąc pod uwagę powyższe regulacje należy stwierdzić, że urlop na żądanie przysługuje w wymiarze 32 godzin. Pracownik pracujący w równoważnym systemie pracy biorąc urlop na żądanie w dniu, w którym obowiązuje go 12-godzinny wymiar czasu pracy, wykorzysta faktycznie 1,5 dnia urlopu.

opr. Magdalena Sender
i Tamara Zimna

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

@sculap.pl

Goniec Medyczny

dokończenie ze str. 27

cej. Podpisano bowiem układ zbiorowy pracy, który gwarantuje im m.in. coroczne podwyżki, premię za wysługę lat i nagrody jubileuszowe. • **Za wojnę w aptekach płacą wszyscy.** Wojna cenowa w aptekach nie służy pacjentom ani Narodowemu Funduszowi Zdrowia – uważa Naczelna Rada Aptekarska. „Wydatki na refundację jednego z leków, wzrosły 6-krotnie, o ponad 1,2 mln zł” – ostrzega Marcin Piskorski z NRA. Pacjenci robią bowiem zapasy sprzedawanych w promocji leków refundowanych. • **„Kto nas tnie po wyrostkach?”** Za operację usunięcia wyrostka robaczkowego NFZ płaci szpitalom z woj. łódzkiego o 165 zł mniej niż szpitalom z woj. mazowieckiego – skarży się „Dziennik Łódzki”. • **Cała nadzieja w sądzie?** Komornik zablokował konta bankowe Szpitala im. Śniadeckiego w Katowicach. 150 pracowników śląskiej placówki nie otrzymało wynagrodzeń. Szpital złożył w sądzie wniosek o uwolnienie środków przeznaczonych na pensje i czeka na wyrok. • **Całkowita blokada szpitalnego konta.** Komornik zablokował rachunek bankowy szpitala w Legnicy i zakazał wypłacania pensji pracownikom na podstawie listy płac. • **Jedna trzecia czyli większość.** „Większość szpitali popiera ustawę restrukturyzacyjną” – uważa minister zdrowia Marek Balicki. Tymczasem na pytanie wysłane do dyrektorów 700 publicznych szpitali, 235 dyrektorów (33%) opowiedziało się za ustawą, 205 było przeciw, 115 wstrzymało się od głosu, a ponad 200 nie przysłało odpowiedzi.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 70 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl

Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindeks, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy.

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

Na zlecenie Naczelnej Izby Lekarskiej powstaje Kronika Izby Lekarskich w latach 1945-2005. Dla nas jej autor opowiada o ludziach i wydarzeniach w środowisku lekarskim w pierwszym powojennym pięcioleciu. *Red.*

Złowieszczy referat dyrektora Grynberga

Zygmunt Wiśniewski

Samorząd lekarski odrodził się w roku 1945, niedługo po przejściu frontu. 19 marca prof. Władysław Szenajch, przedwojenny wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej, wznowił jej pracę. Prezes NIL prof. Mieczysław Michałowicz, który był więźniem hitlerowskiego obozu w Oświęcimiu, nie wrócił jeszcze do Warszawy. Po jego powrocie, 3 lipca 1945 r., odbyło się pierwsze posiedzenie NIL, z którego protokół zachował się w Archiwum Akt Nowych.

Uczestnicy posiedzenia NIL nie zdawali sobie początkowo sprawy, że już na tym posiedzeniu zaczęła się gra polityczna o wyeliminowanie samorządowej organizacji lekarskiej z życia społecznego i zawodowego lekarzy.

Pierwsze starcie, które nastąpiło 3 lipca, wydawało się odległe od problemów izb lekarskich. Wywołał je Jan Rutkiewicz, przedwojenny lekarz – społecznik, komunista, obecnie członek PPR, działacz związkowy, dokooptowany do Naczelnej Izby z rekomendacji Ministerstwa Zdrowia. Kiedy Władysław Szenajch zgłosił propozycję przyjęcia stanowiska popierającego wznowienie działalności Związku Lekarzy Państwa Polskiego, przedwojennej powszechnej organizacji lekarzy – spotkał się z ripostą Jana Rutkiewicza:

„– jeśli Związek Lekarzy Państwa Polskiego ma mieć cechy związku zawodowego i wejść do Centrali Związków Zawodowych – argumentował Rutkiewicz – to może on łączyć wyłącznie tych lekarzy, którzy są zatrudnieni w społecznej służbie zdrowia. Obecnie – dodał – wielu lekarzy wchodzi do Związku Pracowników Samorządowych, a osobny związek tworzą pracownicy Ubezpieczalni Społecznej. Należy – postulował – rozważyć, czy nie lepiej, by lekarze wchodzili do związków zawodowych tych instytucji, w których pracują.”

Za tą argumentacją kryła się oczywiście dyrektywa rządowa (partyjna), aby lekarze nie tworzyli własnego związku, a zapisali się gremialnie do Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Jan Rutkiewicz był przewodniczącym Zarządu Głównego tego związku. Członkowie NIL musieli zorientować się w prowadzonej z nimi grze, skoro nie tylko opowiedzieli się za stworzeniem osobnego Związku Lekarzy, ale także wyłonili komisję, której zadaniem miało być „zwołanie w jak najkrótszym czasie lekarzy ze wszystkich ośrodków celem omówienia pilnych zagadnień.”

W kilka dni później, 8 i 9 lipca 1945 r. odbyła się narada naczelników wojewódzkich wydziałów zdrowia, na której referat wygłosił Zygmunt Grynberg, dyrektor departamentu w Ministerstwie Zdrowia. Grynberg wyjawiał, na długo przed odsłonięciem prawdziwych intencji władz partyjno-rządowych, zamiary Ministerstwa Zdrowia pełnego podporządkowania środowisk lekarskich władzy wykonawczej. W planowanej centralizacji, która miała prowadzić do totalitaryzmu, związki zawodowe (koniecznie zrzeszone w „Centrali”) miały być forpocztą i „przedłużonym ramieniem partii”.

Dyrektor Grynberg kreślił złowieszczy program zniewolenia lekarzy: „Utworzenie jednolitego związku zawodowego służby zdrowia coraz bardziej dojrzewa do realizacji. Należy już w najbliższym czasie przystąpić do stworzenia tych jednolitych związków zawodowych służby zdrowia. Do związków tych należy bezwzględnie wciągnąć wszystkich pracowników służby zdrowia, począwszy od lekarzy, poprzez pielęgniarki i personel pomocniczy, kończąc na kucharkach, dozorcach i szoferach.”

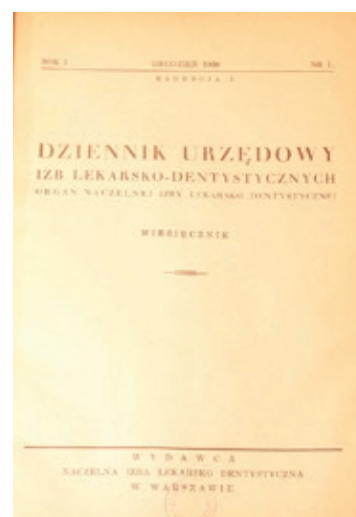
Na tejsze naradzie lekarze dowiedzieli się, jak ma organizacyjnie wyglądać przyszły model służby zdrowia.

„Jednolitość służby zdrowia dla ludzi pracy miast i wsi jest nakazem chwili. Będzie ona opierała się na wszystkich istniejących instytucjach służby zdrowia, tj. szpitalach, ambulatoriach szpitalnych, ośrodkach terenowych, lekarzach fabrycznych w miastach i rejonowych na wsi. W ten sposób pomyślana organizacja służby zdrowia wchłonie w siebie w pierwszym okresie lecnicstwo pracowników państwowych, a po pewnym czasie może i lecnicstwo ubezpieczeń społecznych. (...) Nie występujemy przeciwko instytucji ubezpieczalni społecznych, doceniając całkowicie, że jest wielką zdobyczą klasy robotniczej. Występujemy jedynie przeciwko formom lecnicstwa ubezpieczalni społecznych.”

Czytelnika przywykłego do lektury tekstów adresowanych do lekarzy zgrzebny i proletariacki język dyrektora Zygmunta Grynberga, jakby nie było doktora medycyny, musi zdumiewać.

Tak rozpoczęła się wojna, w której po jednej stronie znalazła się partia (Polska Partia Robotnicza), związek zawodowy (Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia) i Ministerstwo Zdrowia (tylko w tym właśnie okresie, dla podkreślenia wagi spraw zdrowotnych narodu, zwane Ministerstwem Zdrowia, a nie jak później Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej) – a po drugiej środowisko lekarskie (z nielicznymi wyjątkami, takimi jak dr Jan Rutkiewicz i dr Zygmunt Grynberg oraz związani z nimi karierowicze) i osamotnione wkrótce izby lekarskie.

Niezależność lekarzy była solą w oku nowej władzy, która zastosuje wszystkie możliwe sposoby upokorzenia reprezentacji obcej ideowo inteligencji. Przywołała do tej walki Ministerstwo Skarbu, Izby Skarbowe, Urząd Bezpieczeństwa Publicznego i Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia.



Debata

Trudne pytania

fot. Marek Stankiewicz



W lutowym numerze „Gazety Lekarskiej” przedstawiliśmy zasady debaty etycznej zapoczątkowanej podczas konferencji na temat biotechnologii prenatalnej, która odbyła się w siedzibie NIL 25 listopada 2004 r. Warto przypomnieć, że celem było formułowanie pytań etycznych. Obecnie prezentujemy niektóre spośród wielu zadanych podczas konferencji pytań:

- Czy zasady etyczne i prawne dotyczące metod i procedur leczniczych (zwłaszcza w zakresie biotechnologii prenatalnej) mogą być rozstrzygane w masowym głosowaniu?
- Czy dopuszczalne jest, aby determinacja cech osobowych przez przypadkowy, losowy dobór genów była zastąpiona przez proces sterowany przez człowieka? Dlaczego Leonardo da Vinci lub Rembrandt mieliby rodzić się tylko przez przypadek? Czy jednak ingerencja biotechnologiczna w ten proces nie stanowiłaby nieproporcjonalnego ryzyka dla człowieka i gatunku ludzkiego?
- Czy procedura tzw. redukcji ciąży związana z zapłodnieniem *in vitro* jest etycznie dopuszczalna?
- Czy pierwsze podziały komórkowe i związane z tym przepisywanie informacji genetycznej dotyczącej organizmu ludzkiego dokonywane w probówce nie niosą ze sobą większego ryzyka dla człowieka niż podziały komórkowe dokonujące się w warunkach naturalnych w narządzie rodnym matki?
- Czy człowiek w stanie embrionalnym może być przedmiotem własności; jeżeli tak, to kto jest jego właścicielem, przez jaki okres obowiązuje tytuł własności i jakie daje uprawnienia właścicielowi? Jeżeli nie, to na jakiej podstawie możemy dysponować ludzkimi embrionami?
- Jak rozwiązać etyczny i prawny status zamrożonych ludzkich embrionów?
- Czy dawcy ludzkich komórek rozrodczych dla celów zapłodnienia *in vitro* mogą zachować anonimowość a jednocześnie czy urodzony w wyniku zapłodnienia *in vitro* człowiek ma prawo do informacji kim są jego biologiczni rodzice; jak rozwiązać ewentualną sprzeczność prawną?
- Czy klauzula sumienia dotyczy również działań ginekologa w kontekście tzw. medycyny partnerskiej?
- Czy prenatalna diagnostyka genetyczna ma być podstawą do selekcji czy do terapii?
- Czy embriion wytworzony *in vitro* można implantować w narządzie rodnym każdej kobiety, np. czy można go implantować kobiecie po menopauzie?

Kolejne pytania w następnym numerze „Gazety Lekarskiej”.

Jerzy Umiastowski

OIL w Częstochowie organizuje:

– IV Ogólnopolski Rajd Rowerowy po Jurze Krakowsko-Częstochowskiej w dn. 28-29.05.2005 r. połączony ze zwiedzaniem Jasnej Góry. Organizator: lek. stom. Lesław Rudziński, tel. 0-691-913-381.

– IV Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy w Częstochowie w dn. 16-19.06.2005 r. Organizator: lek. stom. Lesław Rudziński, tel. 0-691-913-381.

Dodatkowych informacji udziela Rita Idziak – biuro OIL w Częstochowie, tel. (0-34) 368-18-80, 324-76-19. ORL informuje, że przewiduje zorganizowanie Złotu motocyklistów dla lekarzy szlakiem Orlich Gniazd. Zainteresowanych prosimy o kontakt z organizatorem Piotrem Koniecznym – tel. 0-601-458-915. Informacje: Rita Idziak w sekr. OIL w Częstochowie – tel. (0-34) 368-18-88. Iwona Coner, OIL w Częstochowie

Mistrzostwa Polski Lekarzy i Farmaceutów w Triathlonie

odbędzie się 25.06.2005 r. w Strykowie kŁodzi. Dystans: 1,5 km pływanie, 40 km jazda rowerem, 10 km bieg. Zawodnicy zgłoszeni do zawodów winni posiadać aktualne badania lekarskie oraz obowiązkowo kask rowerowy pełny. Informacje: tel. 0(*)42 630-50-79 (po 20.00), e-mail: trilodz@trilodz.webd.pl, pełna informacja: www.trilodz.webd.pl

Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Halowej

Okr. Warmińsko-Mazurska IL wspólnie z Fundacją Jerzego Huberta Wagnera zaprasza do udziału w zawodach w dn. 16-17.04.2005 r. w Hali Widowiskowo-Sportowej „URANIA” w Olsztynie. Patronat medialny: „Gazeta Lekarska”, Oddz. TVP w Olsztynie, TV Polsat – dz. sportowy. Wpisowe 400 zł od drużyny. Zgłoszenia do 31.03.br. Informacje i zapisy: w sekr. IL, Bożena Piątkowska.

III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym

Komisja Sportu Beskidzkiej IL serdecznie zaprasza na organizowane wspólnie z Dyrekcją Elektrowni „Łaziska” w dn. 14-15.05.2005 r. zawody na stawach Koła Wędkarskiego przy Elektrowni w Łaziskach Górnych. Przewidujemy zawody dwudniowe, co jednak będzie zależało od liczby uczestników. Informacje i zapisy: tel. 0608-365-164, Klaudiusz Komor. Wodomo cześć!

Bystre 2005

W dn. 11-13.02.05 r. odbyły się VIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim „Bystre 2005”.



Zainteresowanie zawodami było tak duże, że organizatorzy byli zmuszeni odmówić tym, którzy zgłosili się po terminie. Przede wszystkim z powodu ograniczonej pojemności ośrodka w Bystrem. Zgłosiło się ponad 240 osób!

Stok „Dzidowa”, na którym rozgrywano zawody, został bardzo dobrze przygotowany. Od 9.00 do 13.30 odbyły się dwa przejazdy slalomu giganta dla prawie stu lekarzy i jeden przejazd dla pozostałych



80 osób (dzieci, sympatycy, przedstawiciele firm farmaceutycznych).

Obsada tegorocznych zawodów była znakomita: olimpijczyk Roman Dereziń-

ski, byli kadrowi – Julita Sołlecka i Marcin Ziółkowski, Mistrzowie Polski z 2004 r. – Katarzyna Smolik i Leszek Klimczak,



większość reprezentantów Polski z Mistrzostw Świata Medyków 2004.

Przyjechali też, co nas cieszy, nieco starsi i bardzo młodzi koledzy – roczniki 1937-38, 1977-79. Młodszy przeszli ostry chrzest narciarski, na własnej skórze poznając co to emocje i męska rywalizacja.

Najliczniejszą grupę stanowili koledzy z Lubelskiej i Śląskiej IL. Ci ostatni kolejny raz zwyciężyli w kategorii okręgowych izb lekarskich zdobywając aż 15 pkt. Drugie miejsce zajęła OIL w Warszawie (10 pkt), a trzecie miejsce – Beskidzka IL i OIL w Krakowie (po 6 pkt). Tytuł Mistrzyni Polski obroniła Katarzyna Smolik (Śląska IL), a Mistrzem Polski 2005 r. został Marcin Ziółkowski (OIL w Warszawie). Gratulujemy!

Zawodom towarzyszyła sesja naukowa „Medyczne aspekty uprawiania sportów zimowych”, a po niej uroczysta kolacja i ogłoszenie wyników, rozdanie nagród, pucharów, medali i dyplomów.

Chwała zwycięzcom, podziękowania dla wszystkich uczestników i tych, którzy zupełnie bezinteresownie wspomagali organizatorów.

Wyniki zawodów na stronie OIL Rzeszów <http://www.rzeszow.oil.org.pl>.

Maria Szuber

0 lekarskiej poezji i prozie przy Zniczu Eskulapa



15 stycznia w siedzibie OIL w Łodzi miała miejsce uroczystość wręczenia nagród i wyróżnień laureatom otwartego I Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego „O Pióro Eskulapa”. Organizatorem był Zarząd Główny Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, któremu prezysuje prof. Marek Pawlikowski.

Jury konkursu, w skład którego obok Prezesa weszli Jerzy Andrzejczak, Marek Czuku, Henryk Pustkowski, Ziemowit Skibiński, Barbara Szeffer-Marcinkowska, Jarosław Wanecki, oceniło ponad 50 książek i tomików wierszy. Zgodnie z regulaminem przyznano po jednej nagrodzie głównej i trzech wy-

różnieniach w dwóch kategoriach: prozie i poezji. Werdykt jury uzasadnili w swych wypowiedziach krytycy literacy Marek Czuku, Henryk Pustkowski i Ziemowit Skibiński.

Najwyżej oceniono poezję Bogdana Jaremina z Gdyni (tomiki „Wiersze z ciemnego światła” i „Bez znużenia”) oraz powieść „Trzy bez atu” Janiny Szwaczki z Łodzi. Przyznano honorowe wyróżnienia za utwory poetyckie Joannie Czajkowskiej z Konstancyna Łódzkiego („I Cing”), Dariuszowi Zejcowi z Katowic („Widok na ogród japoński”) oraz Jackowi Kotlickiemu z Łodzi („Ptak losu”). W kategorii prozy wyróżniono Zbigniewa Kostrzewę z Łowicza za „Twarz w twarz”, Michała Sobkova z Wrocławia za „Samo życie” oraz Stanisława Sterkowicza z Włocławka za

„Zagubionego na polskich drogach”.

Po uroczystym wręczeniu nagród i wyróżnień uczestnicy spotkania mogli wysłuchać fragmentów wyróżnionych utworów w wykonaniu samych laureatów. Tę duchową ucztę poprzedziło uroczyste zapalenie Znicza Eskulapa, wspólnie przez wiceprezesa ZG UPPL Barbarę Szeffer-Marcinkowską i niżej podpisanego. Miłą pamiątką pozostaną dedykowane przez autorów nagrodzone dzieła.

Warto podkreślić aktywność wydawniczą UPPL oraz integrującą i inspirującą rolę dla naszego środowiska oraz rozwoju kultury narodowej.

Krzysztof Makuch





Wydział Stomatologiczny AM w Warszawie rocznik 1955

W 50 rocznicę otrzymania dyplomu lekarza dentystry zjazd i uroczyste wręczenie dyplomów jubileuszowych **15 kwietnia 2005 r., sala konferencyjna AM przy ul. Żwirki i Wigury róg Trojdena, godz. 11.00**. W kościele pw. Św. Aleksandra na pl. Trzech Krzyży o godz. 13.30 Msza św. w intencji absolwentów AM rocznik 1955. Bankiet z udziałem absolwentów i gości w Klubie Lekarza, Al. Ujazdowskie 24. Zgłoszenia: **dr Maria Kościukiewicz, 00-316 Warszawa, ul. Lipowa 7 m. 11, tel. (0-22) 826-25-18 (wieczorem)**.

Wydział Lekarski AM w Gdańsku rocznik 1950-1955

13 maja 2005 r., w związku z 50 rocznicą ukończenia studiów, uroczystość odnowienia dyplomów o raz spotkanie towarzyskie. Niestety nie udało nam się skontaktować z wymienionymi poniżej koleżankami i kolegami: Andrzej Dybczyński, Andrzej Filus, Maria Frankowska-Uruska, Jarosław Gajdziński, Mieczysław Giećewicz, Alicja Golik, Leopold Janeczko, Lucyna Makowska, Ksawery Martyniak, Tadeusz Maszczak, Lesława Ogłaska-Walas, Luiza Ostrowska-Kucharska, Janina Patryn-Skrzelowska, Emilia Sobień, Mieczysław Szczepiński, Zenona Wieczorek, Wojciech Wolszczak, Irena Zaborowska, Zbigniew Zygmunt Zaborowski, Irena Zasada. Zwracamy się z gorącym apelem o pomoc w nawiązaniu kontaktu z nimi lub ich rodzinami. *Informacje prosimy przekazywać na adres Komitetu: Eliza Myczkowska-Wilska, ul. Podleśna 39, 50-255 Gdańsk-Wrzeszcz, tel. (0-58) 347-80-80*. Jednocześnie informujemy, że dysponujemy dodatkowym funduszem, z którego możemy pokryć część kosztów uczestnictwa.

Lekarze stomatolodzy – Absolwenci AM w Krakowie z roku 1955
11 czerwca w Krakowie, z okazji 50 rocznicy ukończenia studiów, zjazd koleżeński. Szczegóły przesyłamy zainteresowanym pocztą. Zgłoszenia do 30 kwietnia br.: **Zbigniew Szpyt, ul. Mazowiecka 39/5, 30-019 Kraków, tel. (0-12) 633-20-21**.

Wydział Lekarski AM w Lublinie rocznik 1950-1955

24 czerwca 2005 r. zjazd w celu odnowienia dyplomów lekarskich. *Wstępne zgłoszenia na adres: prof. Barbara Lecewicz-Toruń, ul. Szymanowskiego 12, 20-133 Lublin, tel. (0-81) 747-15-88*.

Wydział Lekarski AM w Poznaniu rocznik 1957-1962

W dn. **27-28 maja 2005 r.** zjazd absolwentów w **Pałacu Książąt Radziwiłłów w Antoninie**. *Informacje: inż. Ewa Wojtaszek, tel. (0-61) 852-25-44 lub prof. Roman Meissner, tel. kom. 0-504-770-176*. Aktualne dane kontaktowe zainteresowanych prosimy przysyłać pod adres: **Zakład Historii Nauk Medycznych AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Sie-roca 10, 61-771 Poznań, tel./fax (0-61) 852-25-44**. Komitet Organizacyjny: Andrzej Krzak, Roman Meissner, Włodzimierz Stolzmann

Wydział Lekarski AM w Białymstoku rocznik 1961-1967

W dn. **24-25 czerwca 2005 r.** V koleżeński zjazd absolwentów. *Komitet Organizacyjny: prof. Maciej Kaczmarek, dr med. Olga Szeląg, dr Teresa Biedzińska, tel. (0-85) 742-22-71, fax (48-85) 742-38-41*. Adres do korespondencji: **ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok, Polska, e-mail: mgkaczma@amb.edu.pl**

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie z roku 1975
Zjazd absolwentów w dn. **1-3 kwietnia 2005 r.** w **Ośrodku Statystyki w Jachrance**. Kontakt z Ośrodkiem: **(0-22) 768-14-84**. Organizatorzy: **0-602-757-142**. Informacje: **www.am-absolwenci.nil.org.pl**

Absolwenci Oddziału Stomatologii rocznik 1971 i Wydziału Lekarskiego rocznik 1972 PAM w Szczecinie

W dn. **17-19 czerwca 2005 r.** spotkanie w **Międzyzdrojach, Hotel „Rybak”, ul. Promenada Gwiazd 36**. Koszt uczestnictwa 370 zł od osoby. Wpłata do 10 czerwca br. na konto: ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034. *Za Komitet Organizacyjny: stomatologia – Halina Teodorczyk, tel. (0-91) 422-59-70, 0-604-416-864; lekarski – Lucyna Kuźnicka, tel. (0-91) 482-29-12, 0-601-945-731, Maria Kozanecka (Lubowiecka), tel. (0-91) 439-26-23, 0-504-643-952*.

Wydział Stomatologiczny AM we Wrocławiu rocznik 1980 oraz Sympatycy

15 października 2005 r., z okazji XXV rocznicy ukończenia studiów, spotkanie koleżeńskie we **Wrocławiu**. Opłata za uczestnictwo od osoby (absolwenta/osoby towarzyszącej) 200 PLN. Wpłata do 30 czerwca br. na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-1540-1030-2001-7753-6075-0001, z dopiskiem „Zjazd Koleżeński 1980”. Pannie prosimy o podanie nazwiska z okresu studiów i obecnego. *Informacje: Patrycja Malec – DIL we Wrocławiu, tel. (0-71) 798-80-68, e-mail: pati@dilnet.wroc.pl*. Za Komitet Organizacyjny Elżbieta Bronska, Alicja Dziewiątkowska, Bożena Kłosińska, Andrzej Komorski, Barbara Kotowska.

Wydział Lekarski AM w Białymstoku lata 1967-1973

W dn. **23-25 września 2005 r.** organizuję w **Ośrodku Wypoczynkowym Urzędu Rady Ministrów w Łańsku k/Olsztyna** zjazd absolwentów AMB rocznik 1973. Koszt uczestnictwa 400 PLN. Zgłoszenia na adres: **Tadeusz Politewicz, ul. Barczewskiego 24 m. 17, 10-061 Olsztyn, tel. 0-601-318-728**.

Wydział Lekarski ŚIAM Zabrze rocznik 1980

W dn. **21-23 października 2005 r.**, z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów, zjazd koleżeński w **Ośrodku Konferencyjno-Wypoczynkowym „DANIEL”, ul. Sanatoryjna 32a, 43-450 Ustroń-Jaszowiec**, tel. 00-48-33 854-36-46, 854-26-44, e-mail: **repcja@hoteldaniel.pl, www.hoteldaniel.pl**. Koszt uczestnictwa 320 PLN. Rezerwacja miejsc i wpłaty do 15 września br. na adres i konto Ośr. „Daniel” – Hasło: „Zjazd Absolwentów 1980”. PKO Bank Polski nr 51-1020-1390-0000-6602-0126-7517. *Tel. kontaktowe: Tomasz Pekalski – (0-84) 665-85-88, 0-601-511-321; Danuta Sobiech – (0-32) 235-21-07, 0-605-327-234; Ela Kowal-Stępień – (0-77) 439-17-54, 0-600-264-946*.

Uwaga! Komitet Organizacyjny zjazdu koleżeńskiego rocznika 1955-1960 Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku

podaje prawidłowy numer konta: Bank Millennium nr 11-1160-2202-0000-0000-2403-8176, z adnotacją „ZJAZD”.

Absolwenci AM we Wrocławiu rocznik 1968

Z przyczyn organizacyjnych został zmieniony program naszego, trzeciego już, spotkania. W **piątek 3 czerwca 2005 r.** rezygnujemy z części, która miała odbyć się we Wrocławiu. Spotykamy się na ognisku o **godz. 18.00 w Szczawnie-Zdroju**. Zakwaterowanie w **Domu Zdrojowym od godz. 12.00 (ul. Kolejowa 14)**. W związku ze zmianą programu uległ zmniejszeniu koszt spotkania: **piątek-niedziela – 350 PLN, sobota-niedziela – 250 PLN, piątek-niedziela (bez noclegów) – 200 PLN, bankiet – 150 PLN**. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: 17-1540-1030-2001-7753-6075-0001 do 30 kwietnia br. z dopiskiem „Zjazd Koleżeński 1968”. *Za Komitet Organizacyjny: Wiesław Adamaszek, Krystyna Czernik, Wojciech Durek, Andrzej Karmowski, Krzysztof Wronecki*

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolwentus.pl

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

REKLAMA

REKLAMA

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Kursy ultrasonograficzne

Szkolenia dają prawo do punktów edukacyjnych izby lekarskiej. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, 62-050 Mosina, ul. Świerkowa 23, e-mail: obraz@obraz.pl, www.obraz.pl, tel./fax (0-61) 819-25-00, tel. 0-603-762-041

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii.

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław e-mail: r.baran@neotrada.pl, http://www.usg.neotrada.pl, tel. (0-71) 348-39-66, 0-606-350-328,

Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii

Informacje i zapisy: (0-84) 638-55-12, 638-80-90, www.usg.com.pl

Centrum Edukacji Ultrasonograficznej CEDUS.

Uczestnicy szkoleń otrzymują certyfikaty i pkt. PTU i PLTR. Informacje: CEDUS, ul. Fałata 2/24, 02-534 Warszawa, e-mail: kursy@cedus.edu.pl, www.cedus.edu.pl, tel./fax (0-22) 646-41-56, 646-41-50

Esdent Dental Equipment – szkolenia

Informacje: ESDENT, ul. Pomarańczowa 8, 54-058 Wrocław, tel. (0-71) 353-83-51, tel./fax 354-02-17.

Okr. Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie:

Szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów w ramach projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego: **Ustawiczne doskonalenie kwalifikacji lekarzy w regionie warmińsko-mazurskim**. Informacje: Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie, tel. (0-89) 523-60-61, 534-44-483 wew. 39, e-mail: j.maslowska@interia.pl

Szkoła Języków Obcych „Perfekt” z Olecka

informuje, że na terenie powiatu oleckiego i oleckiego, woj. warmińsko-mazurskie, uruchamiany jest projekt szkoleniowy współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Informacje i zgłoszenia: Biuro Szkoły, tel. (0-87) 520-24-05.

Europejskie Centrum Szkoleniowe Fenice

Sympozja i workshopy z zakresu **chirurgii, dermatologii i medycyny estetycznej**. Zapisy osobiste, telefonicznie lub mailowo: Europejskie Centrum Szkoleniowe Fenice, ul. Czarnocińska 3a, 03-110 Warszawa, szkolenia@fenice.pl, www.fenice.pl, tel. (0-22) 814-52-07, 676-86-75, 0-501-107-592

Centrum Edukacji Medycznej Instytutu Jaskry.

Kursy doskonalące:
• **12.03., 7.05. Ultrasonografia w okulistyce: volumetria (A + B + 3D), biomikroskopia ultrasonograficzna (UBM)**

• **19.03., 8.10. Neurookulistyka**
• **9.04., 23.04., 1.10. Współczesna diagnostyka jaskry (GDX, HRT, UBM, pachymetria)**

Szkolenia zakończone wydaniem certyfikatów oraz uzyskaniem punktów edukacyjnych. Zgłoszenia: Instytut Jaskry, ul. Okrag 1A, 00-415 Warszawa, tel. (0-22) 622-65-09, fax (0-22) 622-65-83. Odpowiedzialne za organizację szkoleń: Olga Polakowska, tel. 0-604-704-731, Iza Bogucka, tel. 0-502-200-189.

• **3-5.03., 7-9.04., 29.09-1.10., 24-26.11.** Kurs z „Promocji Zdrowia” dla lekarzy specjalizujących się nowym trybem specjalizacji (dla lekarzy wszystkich specjalności rozpoczętych przed 30.05.2003 r.), lekarzy zainteresowanych tematem i/lub lekarzy specjalistów. Organizator: Ośrodek Kształcenia Medycznego przy Beskidzkiej IL. Koszt: 70 zł, dla członków BIL bezpłatny. Formularz zgłoszenia na stronie www.bil.bielsko.pl w dziale Ośrodek Kształcenia Medycznego. Zgłoszenia: Urszula Hrabowska, Ośrodek Kształcenia Medycznego, ul. Krasieńskiego 28, 43-300 Bielsko-Biała, tel. (0-33) 822-77-72.

• **12-13.03.** Warszawa. Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z **Zespołem Downa** Bardziej Kochani organizuje międzynarodową konferencję poświęconą **problemom narodzin dziecka niepełnosprawnego**. Informacje: tel./fax (0-22) 663-10-13, e-mail: info@bardziejkochani.pl, www.bardziejkochani.pl

• **5-6.04.** Warszawa. Gmach Biblioteki Uniwersytetu Warszawskiego, ul. Dobra 56/66, godz. 9.00-16.00. **Targi praktyk, staży i pracy Dni Kariery połączone z Akademią Umiejętności**. Informacje: AIESEC, Szymon Demirkol, tel. (+48) 600-270-077, e-mail: sdemirkol@wp.pl, Career Days 2005, www.dnikariery.pl

• **7.05.** Warszawa, Centrum Konferencyjne Wojaka Polskiego, ul. Żwirki i Wigury 9/13, godz. 10.00. ORL w Warszawie organizuje krajową konferencję: **Miejsce i rola doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów jako element bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli**. Koszt udziału 100 zł. Deklarację uczestnictwa – druk na: www.warszawa.oil.org.pl (dział szkoleń) – należy przesłać po uprzednim zgłoszeniu telefonicznym do 10.04.br. na adres OIL w Warszawie: ul. Kozia 3/5, lok. 31, 00-070 Warszawa, tel./fax: (0-22) 850-18-08, e-mail: szkolenia@warszawa.oil.org.pl

• **11-13.05.** Popowo. XV Konferencja **Anestezjologia i Intensywna Terapia** Pierwszej Dekady: **ARDS – nowe kierunki leczenia, postępowanie w leczeniu bólu pooperacyjnego i przewlekłego, uraz czaszkowo-mózgowy, zaburzenia krzepnięcia we wstrząsie, analgesjacja w OIT**. Konferencja przeznaczona dla ordynatorów i ich zastępców, a także specjalistów II° w anestezjologii i intensywnej terapii. Za udział 17 pkt. edukacyjnych. Informacje: tel. (0-22) 625-02-53, fax 625-04-84.

• **12-15.05.** Kędzierzyn-Koźle. Zarząd Polskiego Towarzystwa **Medycyny Ogólnej i Rodzinnej** organizuje konferencję naukowo-szkoleniową: **Problemy kliniczne i organizacyjne po wejściu Polski do UE**. Informacje: Agencja Medyczna „Med-Service”, ul. Drzymały 4/1, 49-100 Niemodlin, tel. (0-77) 460-82-27, tel./fax (0-77) 460-60-24.

• **14.05.** Ciechocinek. Zakład **Implantoprotezy Stomatologicznej** AM w Gdańsku oraz Wrocławskie Stowarzyszenie **Lekarzy Stomatologów** organizują kurs: **Implanty śródkostne – nowe możliwości rehabilitacji protezycznej braków uzębienia**. Informacje i zapisy: www.stomatologia.edu.pl

• **16-20.05.** Ośrodek Transportowiec w Bielsku-Białej. Szkolenie kończące się państwowym egzaminem na **uprawnienia Inspektorów Ochrony Radiologicznej w pracowniach RTG** stosujących aparaty rentgenowskie o energii promieniowania do 300 keV w celach medycznych (zgodnie z Dz. U. nr 188/2003, poz. 1847). Informacje: tel. 601-773-751, tel./fax (0-65) 520-57-73, www.ekoatom.pl

• **21-22.05.** Puławy, Centrum Kongresowe IUNG, al. Królewska 7. Sekcja **Ultrasonografii** Polskiego Towarzystwa **Ginekologicznego**, I Klinika Ginekologii AM w Lublinie i Stowarzyszenie „Zdrowie Kobiety” organizują kurs szkoleniowy: **Współczesna ultrasonografia w ginekologii onkologicznej**. Informacje: I Klinika Ginekologii, Inga Słomka lub dr hab. med. Artur Czekierdowski, tel./fax (0-81) 532-78-47, fax (0-81) 532-06-08, e-mail: ginonkol@am.lublin.pl

• **2-4.06.** Dom Polonii w Pułtusku. VI symposium Sekcji **Informatyki Medycznej** Polskiego Towarzystwa **Okulistycznego**: **Monitorowanie jaskry: diagnostyka, optymalny dobór leków, zabiegi laserowe i chirurgiczne w jaskrze. Monitorowanie zmian zwyrodnieniowych siatkówki (AMD)**. Zgłaszanie referatów

do 31.03.br. Zgłoszenie uczestnictwa, rezerwacja miejsc hotelowych oraz zgłoszenie referatów tylko w formie elektronicznej na stronie: www.sekcjainformatykto.pl

• **8-11.06.** Łódź. VII Konferencja Środkowo-Europejska: **Alergia, astma, immunologia kliniczna Łódź 2005**. Uczestnictwo 30 pkt., doniesienie 10 pkt. Informacje: Biuro Organizacyjne Mediton, ul. Sienkiewicza 101/109 lok. 115, 90-301 Łódź, tel. (0-42) 636-35-30, tel./fax (0-42) 636-35-18, e-mail: mediton@alergie.pl, www.mediton.pl

• **8-10.09.** Gdańsk. Polskie Towarzystwo **Otarynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi**, Sekcja **Onkologiczna** Katedra i Klinika Otarynologii AM w Gdańsku organizują XI Sympozjum **onkologia w otarynolaryngologii**. Informacje, formularz rejestracyjny oraz streszczenia na stronach: www.klorl.amg.gda.pl. Komitet Organizacyjny: XI Sympozjum onkologia w otarynolaryngologii, ul. Dębinki 7, Klinika ORL, 80-211 Gdańsk, tel. (0-58) 349-23-80, tel./fax (058) 346-11-97, e-mail: orlamg@amg.gda.pl, www.klorl.amg.gda.pl

• **8-11.09.** Jachranka k/Warszawy. Katedra i Klinika **Chorób Wewnętrznych, Pneumologii i Alergologii** oraz Stowarzyszenie Zdrowe Płuca organizują VIII Konferencję Naukowo-Szkoleniową: **Obturacja dróg oddechowych – alergia, astma i POChP**. Za udział 30 pkt edukacyjnych. Koszt uczestnictwa 200 zł. Informacje: Sekretariat Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumologii i Alergologii, ul. Banacha 1 a, 02-097 Warszawa, tel. (0-22) 599-25-62, 599-10-69, fax (0-22) 599-15-60, 599-15-61, e-mail: kchwp@amwaw.edu.pl, www.astma.prv.pl

• **11-12.06.** Warszawa. Filharmonia Narodowa. Klinika **Gastroenterologii** CMKP, Polska Fundacja Gastroenterologii organizują **10 Warszawskie Spotkania Gastroenterologiczne**. Informacje: Sekretariat Kliniki Gastroenterologii CMKP, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, tel. 644-01-02, 644-76-09, fax 644-76-01, www.wsg.org.pl, e-mail: wsg@wsg.org.pl

• **16-17.09.** Lublin. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Sekcja **Ginekologii Onkologicznej**, Sekcja Nauk Podstawowych, I Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie, Stowarzyszenie „Zdrowie Kobiety” zapraszają do udziału w Ogólnopolskim Sympozjum: **Kontrowersje w ginekologii onkologicznej**. Informacje: I Klinika Ginekologii AM w Lublinie ul. Staszica 16, 20-081 Lublin, tel. (0-81) 532-78-47, fax (0-81) 532-06-08, www.ginonkol.lublin.pl, e-mail: sympozjum@ginonkol.lublin.pl. Zgłoszenia: Biuro Organizacyjne Sympozjum Biuro Kongresów i Turystyki P-AIZ Konsulting Sp. z o.o., ul. Boczna Lubomelskiej, 420-070 Lublin, tel. (0-81) 534-43-87, fax (0-81) 533-51-48, e-mail: kongres@paiz.com.pl

• **22.09.** Warszawa. Klinika **Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości** Centrum **Onkologii** – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie organizuje II Konferencję Naukowo-Szkoleniową: **Czerniak skóry – postępy w diagnostyce i leczeniu**. Konferencji będzie towarzyszyć spotkanie EORTC Melanoma Group (23-24.09.br.). Koszt uczestnictwa 130 PLN. Uczestnikom konferencji przysługuje 8 pkt. Komitet organizacyjny: dr n. med. Zbigniew I. Nowecki, Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości Centrum Onkologii – Instytut, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, tel. (0-22) 643-93-75, fax (0-22) 643-97-91, e-mail: miesaki@coi.waw.pl, http://www.coi.waw.pl/miesaki

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

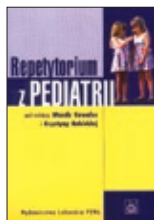
00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. (0-22) 695-400-33, fax 695-40-32
Księgarnia wysyłkowa: (0-22) 695-44-80, infolinia: 0801-142-080,
fax (0-22) 695-44-8, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1,
skr. poczt. 379, www.pzwl.pl. Koszty wysyłki za zamówieniem pocztowym 7 zł,
przy zamówieniach powyżej 150 zł koszty wysyłki pokrywa wydawca.
Zamówienia realizowane są w ciągu 3 dni.

**Biomechanika kliniczna**

Podręcznik dla studentów medycyny i fizjoterapii
Janusz Błaszczyk

wyd. I, str. 284, c. kat. 59,00 zł

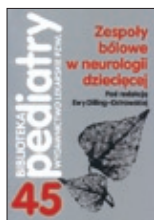
Zawiera podstawowe wiadomości z zakresu diagnostyki zaburzeń ruchu oraz metod oceny postępu rehabilitacji w różnych stanach pourazowych. Łączy diagnostykę medyczną, ortopedię, protektorykę narządu ruchu i trening usprawniający. Podręcznik pomocny podczas nauki ortopedii.

**Repetitorium z pediatrii**

pod red. **Wandy Kawalec i Krystyny Kubickiej**

wyd. I, str. 500, c. kat. 89,00 zł

Autorzy przedstawiają najważniejsze zagadnienia z poszczególnych dziedzin medycyny dziecięcej, takich jak: choroby tarczycy, wady metaboliczne, gastroenterologia, choroby układu krążenia, otolaryngologia, choroby genetyczne, choroby reumatyczne, hematologia, onkologia, choroby zakaźne, choroby układów nerwowego, moczowego i oddechowego, neonatologia oraz immunologia i alergologia. Układ treści ułatwia szybki dostęp do poszukiwanych wiadomości. Publikacja przeznaczona dla studentów medycyny.

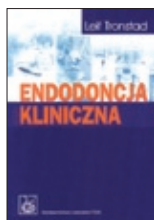
**Zespoły bólowe w neurologii dziecięcej**

pod red. **Ewy Dilling-Ostrowskiej**

Seria: **Biblioteka Pediatrii**

wyd. I, str. 164, c. kat. 49,00 zł

W publikacji omówiono różnego pochodzenia bóle głowy, zespoły bólowe w uszkodzeniach kręgosłupa i aparatu więzadłowego, bóle w guzach kanału kręgowego i chorobach rdzenia oraz uszkodzeniach obwodowego układu nerwowego. Książka może pomóc w pracy pediatrom, lekarzom rodzinnym i neurologom dziecięcym.

**Endodoncja kliniczna**

Leif Tronstad

tłum. z angielskiego zespół pod red. **Zbigniewa Jańczaka**

wyd. I, Warszawa 2004, str. 312

W 17 rozdziałach omówiono budowę miazgi i przyzębia, objawy chorób, badania endodontyczne i diagnostykę, leczenie, narzędzia i materiały, morfologię zębów i wytyczne leczenia poszczególnych zębów. Ponadto: ponowne leczenie endodontyczne, wybielanie zębów i odbudowę zębów leczonych.

Ponadto nadesłano:**Bioetyczne Zeszyty Pediatrii**

Rocznik (2003-2004). Nr 1

str. 130, Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii Wyd. Lek. UJ, Kraków 2004, red.: 30-663 Kraków, ul. Wielecka 265, tel. (0-12) 658-20-11 w. 10-28, e-mail: bzp@onet.pl

W numerze: Autonomia pacjenta. Komórki macierzyste. W przygotowaniu numer poświęcony samobójstwu wśród dzieci i młodzieży.

**Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci**

Prawie wszystko co chcielibyście wiedzieć

Tomasz Wolańczyk, Artur Kołakowski,

Magdalena Skotnicka

wyd. I, Lublin 1999, str. 172. **Wydawnictwo Bifolium,**

20-882 Lublin, ul. Organowa 3/20, tel. (0-81) 40-95-36,

fax (0-81) 740-21-34.

Monografia adresowana do lekarzy, rodziców i wychowawców dzieci.

Omawia przyczyny, obraz kliniczny zespołu nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi oraz różne formy pomocy dzieciom, ich rodzicom i nauczycielom. Książkę można nabyć w Składnicy Medycznej LSM, 20-143 Lublin, ul. Magnoliowa 2, bezpłatna infolinia 0800-170-110.

Pomiary w ultrasonografii

pod red. **Wiesława Jakubowskiego**

Seria: **Praktyczna Ultrasonografia.**

Tom VIII. Warszawa-Zamość 2004, str. 208.

Wydawnictwo Roztoczańskiej Szkoły Ultrasonografii

22-400 Zamość, ul. Chopina 3A, tel. (0-84) 638-55-12,

638-80-90, fax 638-80-92, e-mail: rus@roztocze.pl,

www.usg.com.pl

Publikacja podaje i opisuje sposoby pomiarów metrycznych i ilościowych zakresów normy w badaniach USG. Opisano pomiary we wszystkich diagnostycznych zastosowaniach współczesnej ultrasonografii. Do każdego rozdziału dołączono wykaz piśmiennictwa.

**Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej**

Marian Filar, Sławomir Krześ,

Elwira Marszałkowska-Krześ, Piotr Zaborowski

wyd. I, str. 450. Warszawa 2002. **Wydawnictwo Prawnicze**

LexisNexis Sp. z o. o., 02-520 Warszawa, ul. Wiśniowa 50,

tel. (0-22) 646-95-98, 646-99-65, www.LexisNexis.pl,

e-mail: biuro@LexisNexis.pl.

Księgarnia internetowa: www.LexisNexis.pl

Zbiór wskazówek i aktualnych przepisów dotyczących odpowiedzialności cywilnej, karnej, przed sądami lekarskimi oraz odpowiedzialność ministra zdrowia i pacjenta, a także o roli lekarza jako biegłego w postępowaniach dotyczących odpowiedzialności lekarzy.

**Cukrzyca i serce**

pod red. **prof. dr. hab. med. Michała Tandery,**

prof. dr. hab. med. Kaliny Kaweckiej-Jaszc,

dr hab. med. Danuty Czarneckiej

wyd. II popr., str. 140, Gdańsk 2004. **Wydawnictwo Medyczne**

Via Medica, 80-180 Gdańsk, ul. Świątkrzyska 73,

tel. (0-58) 320-94-94, fax (0-58) 320-94-60,

e-mail: viamedica@viamedica.pl, www.viamedica.pl,

wap.viamedica.pl

Publikacja dotyczy cukrzycy ujętej jako problem kardiologiczny. Przedstawiono aktualne problemy dotyczące epidemiologii, funkcji śródbłonka naczyniowego, diagnostyki i leczenia nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej oraz niewydolności serca u chorych na cukrzycę. W opracowaniu wykorzystano wyniki najnowszych badań klinicznych. Książka przeznaczona dla szerokiego grona specjalistów, ale także dla lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy praktyków i studentów ostatnich lat medycyny.

**Ocena czynności płuc w chorobach układu oddechowego**

pod red. **Janusza Kowalskiego,**

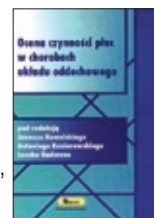
Antoni Kozłowski, Leszka Radwana

wyd. I, str. 392, Warszawa 2004. **„Borgis” Wydawnictwo**

Medyczne, 01-445 Warszawa, ul. Ciołka 11A, tel./fax 836-96-69,

e-mail: wydawnictwo@borgis.pl, www.borgis.pl

Monografia zawiera podstawy prawidłowej fizjologii oddychania i omówienie patomechanizmów prowadzących do ograniczenia sprawności wentylacyjnej płuc i niewydolności oddychania w chorobach płuc. Przedstawia podstawy teoretyczne opisywanych metod diagnostycznych z uwzględnieniem współczesnej aparatury. Omawia technikę wykonywania badań i podaje niezbędne wskazówki do prawidłowej interpretacji wyników. Książka przeznaczona dla szerokiego grona specjalistów.

**Lekarz wobec cudu**

Materiały z sympozjum zorg. przez Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Włoskich (A.M.C.J.) 23.11.02 r. w Mediolanie.

Słowo wstępne **prof. Alfredo Anzani**

tłum. **ks. Maciej K. Kubiak,**

str. 80. Poznań 2005. **Wydawnictwo Księgarnia**

Świętego Wojciecha Sp. z o. o., 60-967 Poznań,

pl. Wolności 1, tel./fax (0-61) 852-91-86,

wydawnictwo@ksw.com.pl, www.ksw.com.pl

Zdarza się, że medycyna czy wiedza stają przed koniecznością powiedzenia „nie wiem”, nie potrafią wyjaśnić tego, co wydaje się obce czy nawet przeciwne naturze. Czy cuda działy się i dzieją rzeczywiście? Czy jest jakieś wyjaśnienie, jakiś naukowy weryfikacja „niemożliwego” uzdrowienia? Czy jest konieczny opis cudu, jego historyczna i naukowa dokumentacja, medyczna i psychologiczna interpretacja? Gdzie i jak konkretny „fakt” odpowiada wymaganiom i zasadom stawianym przez wiarę? Na te i wiele innych pytań próbują odpowiedzieć uczestnicy sympozjum.



opr. md