

3 2006

**Gazeta
Lekarska**
Pismo Izbu Lekarskich
ISSN 0960-2746
Egzemplarz bezpłatny


Koalicja
Teraz
Zdrowie



**Czas
upomnieć się
o swoje**

REKLAMA

REKLAMA



Czwarta, czy już piąta?

Prof. Andrzej Zoll wyznał publicznie, że myśli już o tym, co trzeba będzie zrobić, by posprzątać po czwartej Rzeczypospolitej i szybko zbudować piątą. Ja zaś myślę, że skończył się karnawał i zastanawiam się jak szybko przeniesie się z balowych parkietów na stołeczne trotuary i ulice. Rząd, podobnie jak młodzież zaliczył hucznie studniówkę. Młodzież ma dwa miesiące, by z dobrymi wynikami na maturze szturmować bramy uczelni. A rząd? Zdążył na razie wpisać 12 projektów ustaw związanych z ochroną zdrowia do paktu stabilizacyjnego.

IV Rzeczpospolita to, zdaniem Zbigniewa Religi, tylko pojęcie polityczne, a jego „działka” w rządzie to naprawa systemu opieki zdrowotnej. „Nie biorę udziału w żadnych rozgrywkach partyjnych, „spotkaniach i debatach politycznych” – wyjaśnia minister. Chce wykonać to, za co czuje się odpowiedzialny. Tego chce się trzymać i tylko nad tym pracować. „Jest mi całkowicie obojętne, czy to będzie w trzeciej, czwartej czy piątej Rzeczypospolitej. Pod warunkiem, że zrealizuje wszystkie założenia, na których mi zależy” – zakończył min. Religa.

Widoki zaiste byłyby piękne, bo przecież miało być sprawiedliwie. Atmosfera robi się coraz bardziej gęsta od grozy, a rozwiązanie całej historii związanej ze zmianą numeracji RP wieszczy wielkie rozczarowanie. Państwo to nie jest zabawa w partie, ani wykorzystywanie biednych ludzi w wyborach, by teraz ich porzucić. A porzuceni szybko przypominają sobie o obietnicach.

Lekarzom nie wystarczają już zapewnienia min. Religi, że za siedem lat będzie wreszcie porządek w służbie zdrowia. Nie chcą dłużej czekać. Jedni już wyjechali, inni siedzą na walizkach, by za chwilę swoje lekarskie umiejętności sprzedawać za 3,5 tys. euro miesięcznie na rękę w szpitalach Hiszpanii. Jeszcze inni nadal siedzą w szpitalach i klinikach jak mysz pod miotłą, bo robią doktoraty i specjalizacje, ale i ci coraz częściej w desperacji i rozgoryczeniu ośmielają się tupnąć nogą. Niektórzy w ogóle nie wierzą, że umieją tupać.

Jak można wierzyć zapewnieniom na siedem lat naprzód, skoro w demokratycznej Polsce władza zmienia się co cztery lata? – pyta retorycznie w rozmowie z „GL” Andrzej Włodarczyk, wiceprezes NRL i koordynator Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia. Musimy i chcemy wspomóc związki zawodowe, by wspólnie wyegzekwować to, co się naszemu środowisku słusznie należy. Ostatnie lata dowiodły, że rządy liczą się tylko z demonstracją siły – wyjaśnia Włodarczyk. Najwłaściwszą formę protestu wskażą wyniki ankiety, którą kierujemy do Czytelników i prosimy o jej odesłanie.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Czas upomnieć się o swoje	4
Okiem Prezesa	5
Ankieta dotycząca akcji protestacyjnej w sprawie podwyżki płac dla lekarzy	6
Zabawa w doktora	10-11
Teraz Zdrowie	12-13
Prawdy i mity	15
Pieniaczka	16-17
Przychodzi lekarz do prawnika	18
Zdrowie w pakcie stabilizacyjnym	19
Orzekanie u rolników	20-21
Medycyna w Auschwitz	26-27
Śladem naszych publikacji	31,35
Jubileusz Związku Lekarzy Polskich w Chicago	36
Lekarski sport	37-38
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	40
Książki nadesłane	40/41
Ogłoszenia różne	41-55

Biuletyn

**Learn medical
English**
www.med-help.info

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl



22 lutego br. powołano **Krajowy Komitet Porozumiewawczy na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia**.

Utworzyły go: Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Związek Zawodowy Anestezjologów, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektrodziagnostyki, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Ogólnopolski Związek Zawodowy „Fizjoterapia”, Międzyzakładowy Związek Zawodowy Techników Analityki Medycznej.

Koordynatorem prac Komitetu został wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Włodarczyk.

Celem Komitetu jest doprowadzenie do niezwłocznego ustalenia wynagrodzeń pracowników służby zdrowia na poziomie gwarantującym im godne życie, a pacjentom zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego. Sygnatariusze porozumienia zobowiązali się, że ich działania protestacyjne nie będą zagrażały życiu i zdrowiu pacjentów.

Czas upomnieć się o swoje

Z Andrzejem Włodarczykiem

wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej rozmawia Marek Stankiewicz



• Czy lekarzom nie wystarczają zapewnienia ministra Zbigniewa Religi, że za siedem lat będzie wreszcie porządek w służbie zdrowia, a tymczasem ponad zdrowie ważniejsza jest lustracja i zwalczanie korupcji?

– Nie uważam, by większość Polaków stawiała lustrację i walkę z korupcją ponad swoje zdrowie. Jak można wierzyć zapewnieniom na siedem lat naprzód, skoro w demokratycznej Polsce władza zmienia się co cztery lata? Zresztą od kilkunastu lat słyszymy zapowiedzi reformatorskie i apele o cierpliwość. Byliśmy wyrozumiali, pracujemy ofiarnie – najlepiej jak potrafimy. Nie możemy już dłużej czekać. Obiecany wzrost o 4 mld zł w przyszłym roku – to żadna rewelacja. Według naszych obliczeń to za mało na znaczącą podwyżkę naszych wynagrodzeń, tym bardziej że nie ma ustawowych gwarancji, że te pieniądze będą przeznaczone na podwyżki wynagrodzeń.

• Zdaniem wielu naszych czytelników samorząd i lekarskie związki zawodowe produkują kolejne akty strzeżone na tonach papieru, z których nie wynika żadna poprawa warunków pracy lekarzy. Samo wyartykułowanie żądania podwyżek płac zajęło izbę le-

karskiej 16 lat. To stanowczo za długo. Co pan na to?

– Wywalczenie podwyżki wynagrodzeń nie należy do ustawowych zadań samorządu lekarskiego. To domena związków zawodowych. Obecna sytuacja w ochronie zdrowia jest jednak tak katastrofalna, że nie wolno nam dłużej czekać. Musimy i chcemy wspomóc związki zawodowe, by wspólnie wyegzekwować to, co się naszemu środowisku od lat należy. Ostatnie lata dowiodły, że rządy liczą się tylko z demonstacją siły. Formy protestu wskaże nam ankieta, którą kierujemy do koleżanek i kolegów wraz z „Gazetą Lekarską”. Czekamy na telefony i emaile od lekarzy z całego kraju. Przysięgam, że odwagi nam nie zabraknie.

• Ile czasu dajecie rządowi i co zrobicie jak was znowu będą zwodzić?

– Nie zakładamy, że ten rząd będzie nas zwodził. Cezurą czasu jest czerwiec, czyli zakończenie prac nad budżetem na przyszły rok. Jednak decyzji dotyczących sposobów dojścia do znaczącego wzrostu wynagrodzeń oczekujemy już teraz. Jeśli rząd nie potraktuje nas poważnie, będziemy zmuszeni wejść do protestu.

Listy

Stanowczy protest

Zuwagą przeczytałem komentarz red. Marka Stankiewicza do cyrków jakie mają miejsce w naszym parlamencie. Nie rozumiem, jak można pozwalać na bezczelne obrażanie ludzi pracujących w zawodach medycznych. Przecież politycy otwartym tekstem mówią o medykach, że są oni złodziejami. Jak inaczej można traktować zapowiedzi jeszcze ostrzejszych kontroli, restrykcji i ograniczeń. Na każdym kroku słychać tylko o nadmiernym używaniu uprawnień do wypisywania leków, o stosowaniu kosztownych procedur. To skandal, że zarabiamy 1/3 średniej krajowej. Jak to się ma do poborów pracowników NFZ, ministerstwa czy wreszcie poselskich diet.

Mnie nie zależy na zabranii komukolwiek zarobków. Ja chcę być godnie wynagradzany. Chcę wiedzieć, że moje kwalifikacje są oceniane i wyceniane tak jak się należy. Czas powiedzieć NIE wszelkiej maści politykirom, karierowiczom i łobuzom, którzy krzyczą łapcie złodzieja, sami trzymając rękę w kieszeni podatników. Może na wzór lobby górniczego, kolejarskiego czy nauczycielskiego czas już na stanowczy protest.

Krzysztof Dumański
Gdańsk

Teraz kasa

Przestańmy się dawać wciągać w dyskusje w rodzaju: w budżecie nie ma pieniędzy, minister nie widzi możliwości, eksperci nie wiedzą itp. Jak nie widzą, to niech sobie zmieniają pracę! Co nas to obchodzi? Niech nam eksperci, dziennikarze i pacjenci powiedzą, napiszą albo narysują jak można kogoś skutecznie diagnozować i leczyć za 5 zł na miesiąc! Trzykrotna średnia krajowa, a jak nie, to do widzenia! Przestańcie brać dyżury! Wystarczy tydzień i kasa się znajdzie! Przepracujcie jak każdy obywatel tego kraju 40 godzin w tygodniu przez miesiąc, a kasa się znajdzie! Nie musimy strajkować, wystarczy zażądać takich praw jakie mają inni obywatele tego kraju! Tylko nie mówcie o 30% podwyżce, bo to mnie obraża!

Paweł z Eskulapa.pl

**Szanowny Pan
Kazimierz Marcinkiewicz
Prezes Rady Ministrów**

Szanowny Panie Premierze,

Niżej wymienione ogólnopolskie związki zawodowe działające w ochronie zdrowia oraz samorządy zawodów medycznych powołały w dniu 22 lutego 2006 r. Krajowy Komitet Porozumiewawczy na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia. Jego celem jest doprowadzenie do niezwłocznego ustalenia wynagrodzeń pracowników służby zdrowia na poziomie gwarantującym im godne życie, a pacjentom zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego.

Ochrona zdrowia w Polsce jest od wielu lat skrajnie niedofinansowana. Środki publiczne przeznaczone na opiekę zdrowotną, liczone zarówno w odsetku PKB, jak i w kwotach bezwzględnych na jednego mieszkańca, są w Polsce najniższe w Unii Europejskiej. Jeśli pomimo to polski system opieki zdrowotnej nadal działa, to dzieje się to tylko dzięki zaangażowaniu i poświęceniu doskonale wykwalifikowanych pracowników medycznych, celowo i świadomie wykorzystywanych ekonomicznie przez państwo. Jest to rażące złamanie konstytucyjnej zasady sprawiedliwości i solidaryzmu.

Szanowny Panie Premierze!

W ostatnich dniach przedstawiciele Rządu publicznie informowali o planowanym przez Rząd wzroście publicznych nakładów na ochronę zdrowia w przyszłym roku. Wobec braku informacji, w jaki sposób ten wzrost spowoduje zwiększenie wynagrodzeń osób zatrudnionych w służbie zdrowia, niezbędne jest pilne wyjaśnienie tej kwestii.

Komitet Porozumiewawczy zwraca się do Pana o spotkanie, nie tylko celem wyjaśnienia powyższych wątpliwości, ale przede wszystkim po to, aby przedstawić nasze oczekiwania i uzyskać odpowiedź Rządu co do sposobu ich realizacji. Uważamy, że Komisja Trójstronna nie jest właściwym miejscem do rozstrzygania problemów systemu ochrony zdrowia, ponieważ środowiska medyczne nie są w niej odpowiednio reprezentowane.

Ze względu na narastające napięcie społeczne i niezadowolenie pracowników służby zdrowia, prosimy o potraktowanie naszej prośby o spotkanie jako bardzo pilnej.

Z wyrazami szacunku,

Sygnatariusze Komitetu Porozumiewawczego:

*Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych,
Naczelna Rada Aptekarska,
Naczelna Rada Lekarska,
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych
Pracowników Ochrony Zdrowia,
Związek Zawodowy Anestezjologów,
Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
Ogólnopolski Związek Zawodowy
Techników Medycznych Elektroradiologii*

Okiem nowego Prezesa



Nowa kadencja samorządu lekarskiego rozpoczęła się pod znakiem większej niż dotychczas determinacji w domaganiu się godnych warunków pracy w służbie zdrowia. VIII Krajowy Zjazd Lekarzy precyzyjnie stwierdził, że wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystów nie mogą być akceptowane poniżej poziomu 5000 zł brutto miesięcznie lub 33 zł za godzinę pracy. Dla wielu jeszcze brzmi to egzotycznie i jakby nierealnie, ale coraz większa liczba członków naszego samorządu domaga się spełnienia tego postulatu. I to natychmiast. Naturalnym bezpośrednim adresatem żądań podwyżek są pracodawcy. Bronią się jednak, że to Narodowy Fundusz Zdrowia dyktując niskie stawki za zamawiane świadczenia zdrowotne jest winny tragicznej sytuacji płacowej. Z kolei trzeba przyznać, że NFZ dysponuje środkami, które w całości określone są przez polityków: to rząd i parlament ustalają wysokość nakładów na ochronę zdrowia. W związku z tym prawdziwym odbiorcą żądań lekarskich musi czuć się rząd i tam właśnie kierowane są wezwania do istotnej zmiany w traktowaniu sektora gospodarki, jakim jest ochrona zdrowia.

Na bazie takich przemyśleń samorząd lekarski włączył się intensywnie w działania Koalicji Teraz Zdrowie działającej na rzecz zwiększenia wydatków publicznych na ochronę zdrowia do 6% PKB, tzn. o 20 mld zł rocznie. Razem z innymi koalicjantami wołamy: polski system ochrony zdrowia wymaga naprawy, jednak żadne zmiany nie przyniosą poprawy bez zasadniczego wzrostu jego finansowania. Wśród wielu innych problemów (zadłużenie placówek, kłopoty finansowe dostawców, utrudnienia w dostępie pacjentów do świadczeń i leków) także problem skandalicznie niskich płac nie ma szans na rozwiązanie bez uznania ochrony zdrowia za priorytet państwa (nie tylko w sferze deklaracji politycznych, ale także w obszarze wydatków publicznych). Niestety dotychczasowe deklaracje przedstawicieli rządu, w których usiłują oni przedstawić przewidywany już dziś wzrost środków na ochronę zdrowia w przyszłym roku wynikający ze wzrostu zbieranej składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne (zgodnie z dotychczasowymi zasadami) zupełnie rozmiągają się z oczekiwaniami środowiska. Lekarze domagają się, aby system ochrony zdrowia wzmocnić dodatkowymi, nie przewidywanymi dotychczas znaczącymi kwotami. Problemem jest brak jakichkolwiek gwarancji na to, aby wzrastające środki znajdujące się w systemie przełożyły się właśnie na wzrost wynagrodzeń pracowniczych. Naczelna Rada Lekarska przygotowuje projekty zmian ustawowych zmierzających do zobowiązania NFZ do ustalania wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne z uwzględnieniem kosztów pracy na poziomie żądanym przez środowisko i zagwarantowania płac lekarzy i lekarzy dentystów na satysfakcjonującym poziomie.

Wszystko wskazuje jednak na to, że nie uda się osiągnąć tych celów samą tylko spokojną argumentacją. Niestety, jak to często bywa, władze potrzebują bodźca w postaci niepokoju i nacisku społecznego. Nie obędzie się też prawdopodobnie bez konieczności podjęcia ogólnopolskiej akcji protestacyjnej. Dlatego z inicjatywy NRL powstał Krajowy Komitet Porozumiewawczy na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia. W jego skład weszło dziesięć organizacji zrzeszających osoby różnych zawodów medycznych. Sygnatariusze porozumienia w sprawie powołania Komitetu zobowiązali się koordynować swoje działania w celu wymuszenia postulatów płacowych na władzach.

Czekają nas gorące dni. Jedno jest pewne: sukcesu nie będzie, jeśli nie będzie powszechnej solidarności w naszych działaniach. Niech nikt nie liczy, że inni „załatwią” coś za niego. Bez naprawdę wspólnego wysiłku rządzący nie kiwną palcem dla realizacji naszych postulatów.

Konstanty Radziwiłł

Ankieta dotycząca akcji protestacyjnej w sprawie podwyżki płac dla lekarzy



REKLAMA

Proszę zaznaczyć wybrane odpowiedzi, najlepiej określające Pana/i stanowisko w tej sprawie.

Lekarz ☐ Lekarz dentysta ☐
Miejsce pracy: wieś ☐ miasto: wojewódzkie ☐ powiatowe ☐ grodzkie ☐
placówka cywilna ☐ placówka MON ☐ placówka MSWiA ☐
szpital miejski ☐ szpital kliniczny (instytut) ☐ POZ ☐ NZOZ ☐
praktyka lekarska (mająca podpisaną umowę z NFZ) ☐
Wiek do 35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ powyżej 56 ☐
stażysta ☐ mł. asystent ☐ asystent ☐ st. asystent ☐ ordynator ☐
adiunkt ☐ dr hab. ☐ profesor ☐ kierownik lub dyrektor placówki ☐
Czy jesteś zadowolona/y z sytuacji w ochronie zdrowia? Tak ☐ Nie ☐ Nie mam zdania ☐
z warunków pracy Tak ☐ Nie ☐

Dlaczego (odp. nieobligatoryjna)

z zarobków Tak ☐ Nie ☐
jeżeli „Nie” to podwyżka powinna wynosić (zakreśl jedną odpowiedź) a) 30% ☐ b) 50% ☐ c) 100% ☐
d) minimalna pensja 2 śred. krajowe dla niespecjalisty, 3 śred. krajowe dla specjalisty ☐
Czy zgadzasz się czekać na podwyżkę Tak ☐ Nie ☐
jeżeli „Tak”, to: 1 rok ☐ 2 lata ☐ 3 lata ☐ więcej lat ☐
Czy rozważasz możliwość wyjazdu do pracy za granicę Tak ☐ Nie ☐
Dlaczego (odp. nieobligatoryjna)

Czy masz warunki do realizacji kształcenia ustawicznego? Tak ☐ Nie ☐
Dlaczego (odp. nieobligatoryjna)

Jeśli na powyższe odpowiedziałeś choć raz „Nie” to:

Czy uważasz że należy oprotestować sytuację w ochronie zdrowia? Tak ☐ Nie ☐
Jaka forma protestu jest twoim zdaniem najbardziej odpowiednia?
Oflagowanie zakładów pracy ☐ Odmowa wypisywania recept refundowanych ☐
Odmowa wypisywania druków ZUS ZLA ☐ Odmowa wypisywania aktów zgonu ☐
Strajk włoski ☐ Strajk okupacyjny ☐ Strajk głodowy ☐
Zaprzestanie pracy przez wszystkich lekarzy w Polsce: jednodniowe ☐ wielodniowe do 4 dni ☐
5-10 dni ☐ aż do realizacji postulatów ☐ zwolnienie się z pracy ☐
Rozdawanie obywatelom ulotek nt. sytuacji w ochronie zdrowia ☐
Pikiety, Marsze protestacyjne: w poszczególnych miastach ☐ w stolicy ☐
Marsz na Warszawę pod Sejm z poszczególnych regionów Polski ☐
Inne propozycje ☐ podaj

Czy weźmiesz udział w akcji protestacyjnej? Tak ☐ Nie ☐
Czy będziesz idee protestu propagował wśród swoich kolegów lekarzy? Tak ☐ Nie ☐
Czy boisz się sankcji ze strony ordynatora Tak ☐ Nie ☐
Czy boisz się sankcji ze strony pracodawcy za uczestnictwo w proteście? Tak ☐ Nie ☐
Jeżeli „Tak”, to najbardziej: utraty pracy ☐ zmniejszenia zarobków ☐
utrudnienia w kształceniu ustawicznym ☐ utrudnień w specjalizowaniu się lub pracy naukowej ☐
zamknięcia drogi do zajmowania kierowniczych stanowisk w placówce ☐

Prosimy o odesłanie wypełnionej ankiety
na adres Naczelnej Izby Lekarskiej, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa
faksem: (022) 559-13-33 lub na adres krajowykomitet@hipokrates.org



REKLAMA

Porozumienie w sprawie powołania Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia



1. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych reprezentowana przez sekretarza Czesława Głowniaka
 2. Naczelna Rada Aptekarska reprezentowana przez prezesa Andrzeja Wróbla
 3. Naczelna Rada Lekarska, reprezentowana przez prezesa Konstantego Radziwiłła
 4. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych reprezentowana przez prezes Elżbietę Buczkowską
 5. Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia reprezentowana przez przewodniczącego Zenona Łyszczarza
 6. Związek Zawodowy Anestezjologów reprezentowany przez skarbnika Mariusza Jankowskiego
 7. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy reprezentowany przez przewodniczącego Zarządu Krajowego Krzysztofa Bukieła
 8. Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektrodziagnostyki reprezentowany przez przewodniczącego Zarządu Głównego Cezarego Staronia,
 9. Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” reprezentowana przez głównego negocjatora Marka Twardowskiego,
 10. Ogólnopolski Związek Zawodowy „Fizjoterapia” reprezentowany przez przewodniczącą Zarządu Głównego Monikę Sowę.
 11. Międzyzakładowy Związek Zawodowy Techników Analityki Medycznej reprezentowany przez przewodniczącą Zarządu Jannę Skowrońską.
- zwane dalej „Stronami Porozumienia” –
powołują Krajowy Komitet Porozumiewawczy na rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia.

§ 1

Strony Porozumienia deklarują wolę podejmowania wspólnych działań zmierzających do zapewnienia pracownikom służby zdrowia finansowanej ze środków publicznych w jak najkrótszym czasie znaczącego wzrostu wynagrodzeń. Przez wynagrodzenie należy rozumieć zarówno płace pracowników najemnych, jak i wynagrodzenie osób wykonujących swój zawód na podstawie umowy cywilno-prawnej lub na zasadzie samozatrudnienia.

§ 2

W celu realizacji Porozumienia Strony zobowiązują się do:

- 1) koordynacji wszelkich działań podjętych przez poszczególne Strony dla wykonania Porozumienia,
- 2) wzajemnego informowania się o działaniach podejmowanych przez poszczególne Strony w tym zakresie.

§ 3

Strony Porozumienia ustalają podejmowanie różnorodnych działań dla realizacji celu określonego w § 1, a w szczególności:

- 1) wspólne wystąpienie do Rządu z postulatem przygotowania niezwłocznie takich zmian w systemie ochrony zdrowia, które spowodują znaczący wzrost wynagrodzeń,
- 2) domaganie się zwiększenia od roku 2007 nakładów publicznych na opiekę zdrowotną gwarantowaną przez państwo, np. poprzez:
 - a) zwiększanie podstawy naliczania składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne dla tych wszystkich grup społecznych, za które składkę ubezpieczeniową opłaca budżet państwa,
 - b) podniesienie wysokości składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne przy respektowaniu zasady, że wzrost ten nie obciąża budżetu gospodarstw domowych,

- c) umorzenie w całości pożyczek udzielonych zakładom opieki zdrowotnej na podstawie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
 - d) wdrożenie nowych programów zdrowotnych finansowanych ze środków budżetu państwa,
 - e) poszerzenie zakresu finansowania przez budżet państwa procedur wysokospecjalistycznych oraz programów lekowych,
 - f) przejęcie finansowania medycznego ratownictwa przedszpitalnego oraz kosztów szpitalnych oddziałów ratunkowych przez budżet państwa,
 - g) wprowadzenie ubezpieczeń pielęgnacyjnych.
- Decyzje dotyczące realizacji ww. postulatów powinny być podjęte w terminach umożliwiających uwzględnienie ich skutków finansowych w projekcie budżetu państwa na rok 2007 oraz umożliwiających uwzględnienie ich skutków finansowych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2007.
- 2) występowanie przez pracowników – członków organizacji, będących Stronami Porozumienia, do pracodawców o podwyższenie wynagrodzeń,
 - 3) występowania przez związki zawodowe Strony Porozumienia do pracodawców o zmianę zasad wynagradzania, a w przypadku odmowy realizacji tego postulatu – wszczynanie sporów zbiorowych,
 - 4) podjęcie w środkach społecznego przekazu akcji informacyjnej o celach i działaniach Stron Porozumienia,
 - 5) żądanie utworzenia w pierwszej połowie 2006 r. jednostki organizacyjnej, finansowanej ze środków budżetu państwa, której zadaniem będzie m.in. opracowywanie – na podstawie analizy kosztów prowadzonej we współpracy z organizacjami zrzeszającymi świadczeniodawców, z uwzględnieniem kosztów pracy oraz standardów zatrudnienia – propozycji stawek stosowanych w umowach zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami, zapewniających godne wynagrodzenia pracownikom służby zdrowia,
 - 6) zabieganie o wprowadzenie w 2006 r. w ustawie o finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych takich zmian, aby stawki stosowane w umowach zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami, począwszy od umów zawieranych na rok 2007, były ustalane w trybie negocjacyjnym, z udziałem organizacji zrzeszających świadczeniodawców, samorządów zawodów medycznych i związków zawodowych.

§ 4

W przypadku niepodjęcia przez właściwe podmioty publiczne bezwzględnie skutecznych działań na rzecz realizacji postulatów wymienionych w § 3 Strony Porozumienia podejmą ogólnopolską akcję protestacyjną. Termin i formy akcji protestacyjnej zostaną określone w późniejszym czasie.

Strony Porozumienia zobowiązują się do tego, że podejmowane działania protestacyjne nie będą zagrażały życiu i zdrowiu pacjentów.

§ 5

Porozumienie może w każdym czasie być podpisane przez inne organizacje akceptujące zawarte w nim treści na zasadach dotyczących Stron Porozumienia. Każda ze Stron Porozumienia może wystąpić z niego w dowolnym czasie. Podpisanie Porozumienia nie stanowi przeszkody w podejmowaniu przez poszczególne organizacje innych działań (nie uzgodnionych przez Komitet) zmierzających do poprawy wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Organizacje podejmujące takie działania będą informowały o nich inne organizacje – Strony Porozumienia.

§ 6

1. Strony Porozumienia do celu zapewnienia współdziałania w ramach Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia powołują Radę Komitetu. Wszystkie decyzje dotyczące wspólnych działań Komitetu Rada podejmuje na zasadzie zgody wszystkich członków Rady.
2. W skład Rady wchodzi po dwóch przedstawicieli każdej ze Stron Porozumienia.
3. Obsługę organizacyjną Rady zapewni Naczelna Izba Lekarska.
4. Adresem Komitetu jest siedziba Naczelnej Izby Lekarskiej: 00-764 Warszawa, al. Sobieskiego 110, zaś adresem elektronicznym: krajowykomitet@hipokrates.org (z hasłem „Krajowy Komitet” dla oznaczenia przedmiotu korespondencji).

Zabawa w doktora

Krystyna Knypl



Zabawa w doktora polega na tym, że osoby bez tytułu zawodowego lekarza lub lekarza dentystry w kontakcie z mediami wypowiadają się w klimacie sugerującym, że są członkami naszej społeczności zawodowej.

foto: Marek Stankiewicz

Wmroźny styczniowy poranek otworzyłam komputer. Na stronie startowej onet.pl dowiedziałam się z artykułu cytowanego za jedną z gazet codziennych, że nasz wizerunek w mediach ma być lepszy, a to za sprawą wynajęcia agencji PR. Artykuł okraszono wypowiedziami przedstawicieli stosownych agencji naprawiających wizerunki, a także wypowiedzią dr. hab. Kazimierza Szewczyka, kierownika Katedry Etyki i profesora na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Autor wypowiedzi uzyskał tytuł naukowy na Wydziale Filozoficzno-Historycznym w 1995 r., przedkładając rozprawę habilitacyjną „Biologia i sens. Studium witalizmu Jacoba von Uexkulla”. W portalu nauki polskiej jako specjalności naukowe dr. hab. Kazimierza Szewczyka podano *nauki filozoficzne i biologia*, specjalności zaś: *bioetyka i filozofia medycyny*.

Komentator wybrany przez dziennikarza do oceniania i karcenia lekarzy, reprezentant uczelni medycznej zatrudniony na etacie profesorskim, nie figuruje w Centralnym Rejestrze Lekarzy. Nie przeszkadza mu to z werwą komentować dla gazety: „Lekarz to nie tylko zawód, ale powołanie. (...) Niestety wśród lekarzy pokutuje syndrom obłożonej twierdzy i chcą oni argumenty zastąpić reklamą w wykonaniu agencji PR. A to nie rozwiąże ich problemów.” Zawsze byli jacyś „oni” w naszym kraju. Tym razem to my, lekarze, jesteśmy „onymi”.

Spośród różnych definicji powołania najbardziej podoba mi się ta, którą usłyszałam od księdza Wacława Kurkusa. „Powołanie do zawodu lekarza jest łaską Ducha Świętego” – mówił mi ksiądz podczas długich rozmów. Skoro dr hab. Kazimierz Szewczyk nie został tą łaską obdarzony, to może lepiej, aby nie wyręczał niebios w realizacji ziemskich planów.

Rozdzielnik centralny

Gdy przed laty podróżowałam po Kraju Rad, zastanawiałam się nad może trochę wydumaną kwestią – jak odbywa się

produkcja i ewentualna dystrybucja pomników Włodzimierza Iljicza. Czy jest centralna rozdzielnia, czy może każde miasto buduje pomniki z indywidualnej potrzeby serca?

Gdy czytam ataki i napaści na polskich lekarzy, powraca mi to samo zaciekawienie: czy jest centralna produkcja tych obelg? A może poszczególne redakcje produkują je, niczym komuniści pomniki Włodzimierza Iljicza, z indywidualnej potrzeby opluwania naszego środowiska? Egzystencja w niektórych mediach publicznych w schemacie *phuę, więc jestem* wygląda na najpoważniejszy dorobek sporej liczby reprezentantów polskiej medialistyki. Ale może nie ma tych opluwaczy tak wielu, lecz jest tylko jedna, centralna rozdzielnia?

Mroźna zima

Nie samym wizerunkiem człowiek żyje. Dobrym tematem w mroźną zimę jest grypa, najlepiej żeby była ptasia. Na pytania pacjentów jak rozpoznać ptasią grypę kolega praktykujący w Niemczech odpowiada: „Jak panu wyrośnie dziób i skrzydła, a do tego pojawi się gorączka, to będzie oznaczało, że ma pan ptasią grypę”.

W Polsce rozrywana przez media komentatorką tej ciężkiej choroby jest Lidia B. Brydak, nieobecna w Centralnym Rejestrze Lekarzy. Doradczyni wszystkich zagrypionych i wystraszonych swe ostrogi naukowe zdobyła na Wydziale Nauk o Ziemi Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, przedkładając rozprawę habilitacyjną o wirusach grypy. Zabawa w doktora jest jej żywiołem. Na jednym z portali czytam: „Kiedyś szczepionki zabraknie z pewnością – ostrzega prof. Lidia Brydak, szefowa Krajowego Ośrodka ds. Grypy. Profesor Brydak jest zirytowana. (...) Szczepionka niewykorzystana to szczepionka zmarowana. Sama szczepi się co roku, ale irytuje się faktem, że 92% Polaków nie bierze z niej przykładu i nie korzysta nawet z dostępnych niekiedy nieodpłatnie akcji szczepień przeciw grypie”.

Spokojny, wyważony lekarski głos prof. dr. hab. med. Andrzeja Gładysza, konsul-

tanta krajowego ds. chorób zakaźnych gnie wśród alarmów wzniesionych przez osobę nieupoważnioną do udzielania porad lekarskich. Każdy z lekarzy praktyków spotkał niejednego pacjenta, u którego nie stwierdził wskazań do szczepienia, lecz musiał dawać odpór tekstom typu „W radiu to nawet pani profesor kazała się za-szczepić, a pan mi odmawia?!”

Wymagać szczegółów

Niekiedy mamy inną odmianę zabawy w doktora – może nie zawsze do końca uświadamianą przez osoby uczestniczące. Jeden z rozmówców w wywiadzie opublikowanym przez portal onet.pl szeroko omawia zalecenia dietetyczne, które mogą przekazywać osoby o różnych kwalifikacjach. Zabieranie głosu jako doradca dla czytelników na temat leczenia farmakologicznego otyleń dzieci przez osobę, której nazwisko nie figuruje w Centralnym Rejestrze Lekarzy, nie wydaje mi się dobrym obyczajem. W portalu informacyjnym o nauce polskiej (www.opi.org.pl) przy nazwisku rozmówcy podane są dwie dyscypliny: nauki farmaceutyczne, medycyna. Nauki farmaceutyczne są określeniem precyzyjnym, o ile wiem rozmowny profesor jest absolwentem wydziału farmaceutycznego. Rada bym poznać w jakim znaczeniu użyto słowa „medycyna”.

Czy farmacja to nie medycyna? Niedawno poznałam określenie *subliminal advertising*. Czy nie mamy tu do czynienia z *subliminal suggestion*, że chodzi o lekarza? Kto jest jej autorem – ów profesor czy administratorzy portalu?

Kto wie kim jest?

Bardzo podoba mi się zaanonsowane na łamach prasy medycznej planowane zarządzenie o potrzebie umieszczenia słowa *lekarz* lub *lekarz dentysta* na naszych pieczętkach, niezależnie od tego jakie szczeble kariery naukowej osiągnęliśmy. Truizmem jest przypomnienie, że nasz tytuł zawodowy brzmi *lekarz* lub *lekarz dentysta*.

Również podoba mi się stanowisko pana Romualda Boguszeńskiego, inspektora farmaceutycznego w Łodzi, który nazywa rzeczy po imieniu – farmaceuta to nie lekarz. Także Wojciech Giermaziak, prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej, postuluje ograniczenie usług dostępnych w aptekach do pomiaru ciśnienia krwi, natomiast mają być wyeliminowane paramedyczne badania gadżetami pomiarowymi.

Rzeczowe wypowiedzi nie spotykają się z zainteresowaniem forumowiczów – jedynie trzy osoby wysłały komentarze. Natomiast dyskusja nad wizerunkiem medialnym lekarzy zamknęła się aż 258 wypowiedziami, gęsto przetykana obelgami pod adresem lekarzy.

Kim jesteśmy? Co potrafimy?

Do poprawy naszego wizerunku nie trzeba wynajmować żadnych agencji. W świecie rzeczywistym ma się on bardzo dobrze. Jesteśmy ludźmi o wysokim poziomie wykształcenia, znamy języki obce, zwiedzamy świat i aktywnie uczestniczymy w życiu naukowym międzynarodowych towarzystw. Wielu z kolegów lekarzy jest obdarzonych talentami artystycznymi. Obszerne informacje o kolegach lekarzach malujących, fotografujących, piszących piękne wiersze możemy przeczytać w Kalendarzu Lekarza Praktyka na rok 2006, wydanym przez Naczelną Izbę Lekarską i Polskie Towarzystwo Lekarskie. Wielka to szkoda, że lansuje się wizerunek lekarza jako nietrzeźwego i skorumpowanego, natomiast prezentacja dorobku artystycznego naszych utalentowanych kolegów napotyka olbrzymie trudności.

Wszystkie media publiczne chętnie przyjmą artykuł o naszym domniemanym zamiłowaniu do alkoholu czy łapówek, ale przebić się na szpalty z zamiłowaniem do poezji lub ze swoimi obrazami do sal wystawowych – to w praktyce nierealne. Mamy do pokazania prawdziwe dzieła Sztuki i nie widzę najmniejszej potrzeby oglądania PR-owych sztuczek.

Czy jest na sali lekarz?

Gdy zdarzył się nagły wypadek w miejscu publicznym i poszukiwana jest pilna pomoc, zawsze rozlega się głośnie pytanie: „Czy jest tu lekarz?” A może słyszał ktoś wołanie o pomoc z wymienianiem tytułów naukowych lub stanowisk czy zajmowanych etatów? Nie! Wołany jest po prostu lekarz!

Powinniśmy być dumni z wszystkich naszych osiągnięć: zawodowych, naukowych, artystycznych, jednak najbardziej z tego, że jesteśmy lekarzami.

krystyna.knypl@compi.net.pl

Teraz zdrowie!

Kluczowe organizacje zrzeszające pacjentów, lekarzy i lekarzy dentystów, pielęgniarki i położne, aptekarzy i farmaceutów, menedżerów służby zdrowia, firmy farmaceutyczne oraz producentów sprzętu medycznego powołały Koalicję Teraz Zdrowie.

Głównym celem Koalicji jest doprowadzenie do radykalnego zwiększenia poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia ze środków publicznych do poziomu minimum 6% PKB, czyli do zwiększenia środków finansowych, znajdujących się w systemie, o minimum 20 mld zł rocznie. Zdaniem Koalicji tylko w ten sposób sytuacja pacjentów oraz kilkuset tysięcy pracowników służby zdrowia może ulec realnej poprawie.

Sygnatariuszami podpisanej w grudniu 2005 r. Deklaracji Koalicji są: Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Izba Aptekarska, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, POLMED – Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych, Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, w tym LAWG (Local American Working Group).

Koalicja będzie informować opinię publiczną o sytuacji polskiego systemu ochrony zdrowia. Stale aktualizowane informacje znajdują się na stronie www.terazzdrowie.pl.

Koalicja jest projektem otwartym dla wszystkich środowisk i osób chcących doprowadzić do poprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Mówią o Koalicji:

Konstanty Radziwiłł
prezes NRL



W Czechach i Słowacji oraz na Węgrzech na ochronę zdrowia przeznacza się dwukrotnie więcej funduszy w przeliczeniu na jednego mieszkańca niż w Polsce. A przecież te kraje przeżywały jeszcze niedawno podobne problemy jak my. Żadna grupa pracowni-

W Czechach i Słowacji oraz na Węgrzech na ochronę zdrowia przeznacza się dwukrotnie więcej funduszy w przeliczeniu na jednego mieszkańca

cza w Polsce nie może liczyć na wzrost swoich wynagrodzeń, jeśli nie wzrosną nakłady na ochronę zdrowia. Również pacjenci nie doczekają się lepszej dostępności i zniesienia kolejek, jeśli pieniądze będzie wciąż tyle samo. I właśnie to nas łączy w Koalicji. Chcemy, aby politycy już teraz, przy konstruowaniu budżetu na 2007 r. zastanowili się i pokazali nam, jak dojść do brakujących 20 mld zł rocznie.

Zyta Gilowska
wicepremier i minister finansów



Niecałe 4% PKB na ochronę zdrowia to tylko część formalnie rejestrowanych środków, inne pochodzą z rozmaitych obiegów finansowych. Piętą Achillesową systemu jest brak koszyka świadczeń gwarantowanych i sieci szpitali. Państwo, które ma tyle pięt, nie tylko umieszczonych w samej pięcie, zachowuje się podobnie do organizmu, który się broni wytwarzając różne przetoki i by-passy. Jak pomóc? Po pierwsze, wspierać wszelkie działania ministra zdrowia, mające na celu uporządkowanie stanu faktycznego, który jest nieprzejrzysty i męczący dla wszystkich. Po drugie, w toku tych przemian uczciwie zaoferować dodatkowe środki finansowe tam, gdzie jest to konieczne. Na pewno nie zabraknie pieniędzy na finansowanie systemu ratownictwa medycznego. Znaczny wzrost środków może pochodzić ze wzrostu gospodarczego i wzrostu składki. Niczego nie obiecuję. Potrzebny jest pot i tży, trzeba oszczędzać i racjonalizować, a fundusze będą stopniowo zwiększane. Powtarzam stopniowo.





Zbigniew Religa
minister zdrowia
Sieć szpitali zaprezentujemy po wyborach samorządowych, by nie stała się ona dla polityków kartą przetargową w kampanii. Przyszły system ubezpieczeniowy zostanie określony przez koszyk świadczeń gwarantowanych, który przedstawimy w połowie przyszłego roku. Czas pomyśleć o prawdziwym rynku ubezpieczeń dodatkowych. Zmiana systemu w ciągu jednego roku jest niemożliwa i nierealna. Mój program naprawy opieki zdrowotnej jest obliczony na 7 lat. Ale co roku, musimy coś zmieniać, coś poprawiać. Mogę obiecać, że co roku napływ pieniędzy do ochrony zdrowia będzie zdecydowanie większy, a w przyszłym roku nakłady wyrosną, o co najmniej 4 mld zł.

Andrzej Lepper,
wicemarszałek sejmu



Niełatwym obowiązkiem państwa jest zapewnienie należytej opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom. Mówimy, że za dużo jest rencistów? A ileż to państwo przeznacza środków na profilaktykę? Trzeba obniżyć koszty pracy i ruszyć gospodarkę, a nie podwyższać składkę. Ale jak można ruszyć z gospodarką, kiedy ludzi nie stać na godne życie? To rząd jest dla służby zdrowia, a nie odwrotnie.

Elżbieta Buczkowska
prezes Naczelnej Izby
Pielęgniarek i Położnych



Kondycja polskiego pielęgniarstwa jest odbiciem tego, co się dzieje w ochronie zdrowia. Jest po prostu tragicznie. Od pielęgniarek oczekuje się nie tylko wysokich standardów kształcenia i nauczania, ale dawania pacjentowi poczucia bezpieczeństwa. Uczestniczymy w leczeniu i chcemy być godnie traktowani, a nie spychani na margines. Niedługo trudno będzie zwerbować nowe kandydatki do zawodu. Musimy doprowadzić do świadomości, że zdrowie to po prostu inwestycja i tak samo ważny dział gospodarki jak przemysł lekki i ciężki. Mam nadzieję, że pani minister finansów przestanie mówić, że polska

służba zdrowia jest poprzerażana korupcją jak słonina, że zaczniemy liczyć koszty, aby nie pozostać w tyle.

Ks. Arkadiusz Nowak
prezes Instytutu Praw Pacjenta
i Edukacji Zdrowotnej



Najtrudniej jest obrobić oczywistości. A przecież oczywistą rzeczą jest konieczność zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia. Niestety zdrowie jeszcze ogólnonarodowego priorytetu nie ma. Pacjenci to tylko z pozoru środowisko bardzo roszczeniowe. Chcemy, by pacjenci dokładnie znali swoje prawa i rozumeli, że ich realizacja jest zależna od wzajemnego zrozumienia środowiska pacjentów i medycznego.

Paweł Żelewski
prezes Stowarzyszenia
Przedstawicieli Innowacyjnych Firm
Farmaceutycznych w Polsce



Chcemy być razem z politykami prawicy i lewicy. Nie mamy zamiaru nikogo antagonizować ani napaść na siebie. Jakość polskiej służby zdrowia, z uwagi na niedofinansowanie jest nieporównywalnie gorsza niż np. czeskiej. Może potrafimy wydać pieniądze o 10% mniej niż Słowacy, ale niemożliwe, abyśmy za połowę tego, co oni mają kupili służbę zdrowia porównywalną do słowackiej. Nie mówimy ani słowa o lekach. Dość oszukiwania, że bez większych nakładów może być lepiej. Czas, aby wysiłek społeczny poszedł na sfinansowanie mądrych zmian w ochronie zdrowia.

Marek Wójtowicz
prezes Stowarzyszenia Menedżerów
Opieki Zdrowotnej – STOMOZ



Polacy mają prawo być dobrze leczeni przy użyciu najnowszych technologii i leków. A polscy specjaliści medyczni mają prawo być godnie wynagradzani za swoją pracę bez potrzeby migracji zarobkowej. Z kolei menedżerowie opieki zdrowotnej muszą mieć do dyspozycji środki na godne wynagradzanie pracowników służby zdrowia, na pil-

ne zakupy inwestycyjne oraz na modernizację placówek zdrowotnych. Koalicja „Teraz Zdrowie” to pierwszy, profesjonalnie przygotowany projekt nacisku na polityków zdrowotnych, aby na liście priorytetów państwa na jednym z czołowych miejsc umieścili rynek opieki zdrowotnej. To będzie budziło opory i krytykę. Będą typowo polskie pytania: kto za to płaci, kto za tym stoi i komu to służy. Celem STOMOZ w Koalicji będzie przede wszystkim znaczący wzrost cen usług zdrowotnych zakupionych przez NFZ i wzrost nakładów na inwestycje i modernizację.

Andrzej Wróbel
prezes Naczelnej Izby Aptekarskiej



Pacjentom powinno się zapewnić szerszy niż dotychczas dostęp do nowoczesnych technologii, asortymentu i postaci leków. 80% aptek nie jest w stanie przyjąć do pracy nowej kadry fachowej. Prawie trzystu młodych farmaceutów wyemigrowało ostatnio głównie do Anglii i Irlandii. Mamy świadomość, że zmienia się obraz współczesnej apteki. Dzięki komputeryzacji aptek, możemy po partnersku uczestniczyć w budowaniu spójnego systemu monitorowania zdarzeń w ochronie zdrowia. Do tego potrzebna jest stabilizacja aptekarzy na poziomie ekonomicznym i legislacyjnym. Wierzę, że współpraca ekspertów Koalicji z rządem i parlamentem pozwoli na wyjście z zakłętego kręgu i osiągnięcie celu – 6% PKB na ochronę zdrowia.

Krzysztof Bukiel
przewodniczący OZZL



Politycy uważają, że robią nam łaskę, przeznacząc pieniądze na opiekę zdrowotną. A przecież to nie jest żaden specjalny gest ani wyrzeczenie. Nie można porównywać nakładów na ochronę zdrowia z dopłatami do przedsiębiorstw, np. kopalń czy PKP. Państwo musi się zdecydować, czy będzie solidarne, tak jak głosi, czy Polacy sami muszą zarobić na swoją opiekę zdrowotną. Nie można społeczeństwa obłożyć podatkami, a następnie kazać mu płacić za ochronę zdrowia.

opr. i zdjęcia Marek Stankiewicz



Notatki rzecznika prasowego NRL

Prezydium NRL

na posiedzeniach w dn. 3 i 16.02.br.

• przyjął m.in. stanowiska:

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Transplantacyjnej, w którym zostały zgłoszone m.in. następujące uwagi: „(...) Listę konsultantów krajowych należałoby uzupełnić o konsultantów z następujących dziedzin: hematologii, neurologii i neurochirurgii. W szczególności udział konsultantów krajowych w dziedzinach neurologii i neurochirurgii uzasadniony jest tym, że są oni członkami komisji stwierdzającej trwale i nieodwracalne uszkodzenie mózgu, a ponadto, zgodnie z § 3 pkt 1 projektu, w związku z art. 9 ust. 3 ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, do zadań Krajowej Rady Transplantacyjnej należy przedstawianie ministrowi zdrowia projektu obwieszczenia określającego kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego uszkodzenia mózgu. (...)”;

– w sprawie projektów rozporządzeń ministra zdrowia w sprawie: 1. **naczelnego lekarza uzdrowiska**, 2. **szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego**, do którego nie zgłosiło uwag;

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **tworzenia i prowadzenia krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie**, w którym przedstawiło następującą uwagę: „(...) W § 9 pkt 3 należy wskazać, że wybór biorcy dokonywany jest w oparciu o punktację wynikającą z badań zgodności tkankowej. (...)”;

– dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **leczenia uzdrowiskowego**, w którym nie zgłosiło uwag;

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **rodzajów zespołów ratownictwa medycznego oraz niezbędnych wymagań w zakresie ich składu osobowego i wyposażenia**, w którym czytamy m.in. następującą uwagę: „(...) Zaprojektowanie zespołów ratownictwa medycznego w carbo medicinalis nie wydaje się zasadne z punktu widzenia wiedzy medycznej jak i specyfiki zadań postawionych przed zespołami ratownictwa medycznego, zwłaszcza przy braku określenia wymaganej ilości tego produktu (...)”;

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **docelowej sieci zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej**, w którym czytamy m.in.: „(...) Zdaniem Prezydium, określenie ilości łóżek w jednym szpitalu psychiatrycznym powinno być bardziej elastyczne. Konieczność decentralizacji dużych szpitali jest oczywista, ale docelowa liczba łóżek musi być określona w taki sposób, aby uwzględniała potrzeby regionalne, ekonomikę i zdrowy rozsą-

dek. (...) osiągnięcie wskaźników, o których mowa w rozporządzeniu, do 31 grudnia 2008 r., jest nie-realne. Projekt zakłada obciążenia finansowe dla samorządów wojewódzkich na około 1 miliard złotych. Bez zapewnienia środków finansowych, tj. bez specjalnego funduszu, nie jest możliwa realizacja postanowień tego przepisu, tym bardziej że przez okres 10 lat obowiązywania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przynajmniej w części nie została ona zrealizowana. (...) proponuje się, aby w regionach, w których istnieje zbyt- nie zagęszczenie łóżek psychiatrycznych, zmniejszyć ich ilość, ewentualnie zlikwidować szpitale, które wymagają dużych nakładów finansowych do dostosowania tych szpitali do norm i prawidłowego funkcjonowania (...)”;

– w sprawie projektów rozporządzeń ministra zdrowia w sprawie: - **wymagań zdrowotnych, jakim powinien odpowiadać kandydat na dawcę, wykazu badań lekarskich i pomocniczych badań diagnostycznych, jakim powinien podlegać kandydat na dawcę oraz przeciwwskazań do oddania komórek, tkanek lub narządu**, - **sposobu prowadzenia centralnego rejestru nie spokrewnionych dawców szpiku i krwi pepowinowej**, - **sposobu prowadzenia krajowego rejestru przeszczepień**, - **rodzaju i zakresu badań żywych dawców narządu wykonywanych w ramach monitorowania ich stanu zdrowia**, bez zgłoszenia uwag;

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **określenia wymagań, jakie powinny spełniać podmioty prowadzące szkolenia w dziedzinie uzależnień, ramowych programów szkoleń, trybu i sposobu przeprowadzania egzaminu końcowego oraz wzorów certyfikatów instruktora terapii uzależnień i specjalisty terapii uzależnień**, w którym czytamy m.in.: „(...) Projekt wymaga ponownego opracowania, bowiem część zapisów z racji ogólności nie zawiera treści normatywnych, część budzi zastrzeżenia pod kątem zgodności z ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii, a pozostała jest niezrozumiała bądź nieracjonalna. (...)”;

– w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w którym uznało m.in., że: „(...) projektowane zmiany, jakkolwiek stanowiące krok we właściwym kierunku, są niewystarczające dla usunięcia niezawinionych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej następstw błędnego uregulowania spraw podwyżek wynagrodzeń ich pracowników oraz systemowego niedofinansowywania kosztów udzielanych przez nie świadczeń. (...)”;

• pozytywnie zaopiniowało:

– kandydaturę **prof. dr. hab. Marka Jaręmy** na stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie **psychiatrii**,

– program specjalizacji w dziedzinie **pediatrii**: program dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w **neurologii dziecięcej**,

– program specjalizacji w dziedzinie **epidemiologii**: - program dla lekarzy po stażu podyplomowym (bez żadnej specjalizacji); -

program dla lekarzy dentystów po stażu podyplomowym (bez żadnej specjalizacji); - program dla lekarzy wszystkich specjalności posiadających specjalizację I stopnia; - program dla lekarzy dentystów wszystkich specjalności posiadających specjalizację I stopnia;

• **ustaliło** podział zadań pomiędzy członkami Prezydium, który jest przedstawiony w załączniku do Uchwały Nr 46/06/P-V;

• wydelegowało:

– **Annę Lellę** – członka Prezydium NRL – na konferencję „Dental Care Problems” oraz spotkanie Litewskiej Izby Dentystycznej, które odbyło się w Wilnie, w dn. 10-11.02.br.;

– **Konstantego Radziwiłła** – prezesa NRL i **Klaudiusza Komora** – członka NRL na spotkanie Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich w dn. 10-11.03.br. w Brukseli;

– **Krzysztofa Makucha** – członka NRL i **Marka Szweczyńskiego** – pracownika NIL na posiedzenie Europejskiego Forum Stowarzyszeń Medycznych i WHO (EFMA/WHO) w Budapeszcie w dn. 21-22.04.br.;

• ustaliło następujące terminy:

– **posiedzeń** w 2006 r.: 16.02.; 2, 31.03.; 11.04.; 9, 19.05.; 2, 13.06.; 14.07.; 4, 18.08.; 22.09.; 6, 20.10.; 6.11.; 1, 21.12.;

– **zdawania przez lekarzy cudzoziemców egzaminu z języka polskiego** w 2006 r.: 6.04.; 1.06.; 31.08.; 19.10. oraz 7.12.;

• **zaakceptowało** programy doskonalenia zawodowego:

– **OIL** w: Bielsku-Białej, Częstochowie, Gdańsku, Krakowie, Lublinie, Olsztynie, Wrocławiu;

– **towarzystw naukowych**: Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Towarzystwa Szkolenia Podyplomowego „Eurodens”;

– **firm**: Professional Medicine Promotion, Wydawnictwa Czelej Sp. z o.o., Medius Sp. z o.o., Narol-Dental Sp. z o.o., Uno-Dental s.c., Galderma Polska Sp. z o.o., Zentiva Pl Sp. z o.o., Professional Medicine Promotion, Pfizer Polska Sp. z o.o., Collegium Therapie s.c., 3M Poland Sp. z o.o., Perfect Smile Dental Clinic s.c., Marrodent Sp. z o.o., UBC Pharma/Verdim Sp. z o.o., Dental Service Sp. z o.o., Gabinet Stomatologiczny Marcina Aluchny, Grand Prix Team Sp. z o.o., Megafon Sławomir Wadas, Centrum CBT Sp. z o.o., Medical Tribune Group, Medical Communications Sp. z o.o.

UWAGA! Wszystkie dokumenty przyjęte przez Prezydium NRL znajdują się pod adresem: www.nil.org.pl

Iwona A. Raszke-Rostkowska
tel. 0-22-550-13-26, tel./faks: 0-22-559-13-27
tel. kom. 0-606-440-100
e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org

Prawdy i mity

Mit I – W polskim systemie ochrony zdrowia jest dostateczna ilość pieniędzy, a kłopoty finansowe sektora zdrowia są wyłącznie wynikiem marnotrawstwa zaangażowanych środków.

W rzeczywistości 3,87% PKB w Polsce, to najniższa wartość publicznych wydatków na służbę zdrowia w relacji do PKB wśród krajów UE (np. Czechy 6,7%, Węgry 5,46%, Słowacja 5%), a całkowite publiczne wydatki na zdrowie w 2002 r. w Polsce, to tylko 474 USD na głowę mieszkańca, podczas gdy np. w Czechach, to 1022 USD (liczone wg parytetu siły nabywczej). Dane te pochodzą z raportu CASE-Doradcy powstałego przy współpracy z Instytutem Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego „Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce” oraz Raportu ODCE FACTBOOK 2005.

Mit II – Polacy akceptują obecny stan rzeczy w systemie ochrony zdrowia i nie oczekują jego zmiany.

Jednak według raportu Stockholm Network „Poles Apart?” Polacy oceniają system ochrony zdrowia na 3,8 w 10-punktowej skali i jest to najniższa ocena w badanych 11 krajach Unii Europejskiej (włączając Czechy, Słowację i Węgry); 86% Polaków twierdzi, że reforma systemu opieki zdrowia jest konieczna, a 76% polskich pacjentów uważa, że system służby zdrowia jest niedofinansowany. Podobne tezy zawierają również raporty: „Satysfakcja pacjentów z funkcjonowania publicznej służby zdrowia” Pracowni Badań Społecznych i „Europe Health 2005” Reader’s Digest.

Mit III – Wystarczy odszukać i wyeliminować nadmierne wydatki w jednym segmencie służby zdrowia, aby starczyło na pokrycie potrzeb we wszystkich innych segmentach (np. ograniczenie wydatków na leki, marże aptekarskie czy nieuzasadnione hospitalizacje). Trudno byłoby znaleźć taki obszar ochrony zdrowia, w którym można mówić o wydatkach większych w Polsce niż w innych krajach europejskich. Przykładowo Polska zajmuje 45 miejsce na świecie pod względem wydatków na sprzęt medyczny *per capita* („World Medical Market Report, maj 2005”), a wydatki na refundację leków wynoszą w Polsce 38 euro na głowę mieszkańca, podczas gdy na Słowacji 97 euro („Analiza struktury rynku farmaceutycznego wśród nowych członków Unii Europejskiej”. Raport Alcimed 2005).



REKLAMA

REKLAMA



Nawet w doskonale funkcjonującym szpitalu trafi się jakiś malkontent swoimi intrygami potrafiący zepsuć misternie zaplanowaną przez dyrekcję dalekosiężną strategię, której – jako ignorant – po prostu nie rozumie.

fol. Marek Stankiewicz

Taka to właśnie osoba ujawniła się pewnego dnia w jednym z zakładów, gdy tylko awansowała na stanowisko kierownicze. Wywoływane przez nią ciągle konflikty i rzucanie pomówień na niewinnych podwładnych oraz przełożonych zaowocowały utratą dobrego wizerunku lecznicy, zniechęceniem pacjentów i podłą atmosferą wśród załogi. Najgorzej, że rozrabiaczka w ogóle nie pojęła rozmiaru szkód, jakich się dopuściła, i nadal usiłuje udowodniać swoje wydumane racje.

Nie zaczepiać miłych panów

Zaczął się od tego, że doktor Hermenegilda B. stwierdziła pewnego razu, iż kilku pracowników podległej jej jednostki organizacyjnej szpitala uprawia szarą strefę. Wykryła mianowicie, że udzielają oni nagminnie – na własny rachunek – świadczeń pacjentom bez skierowań. Prym wiódł działacz związkowy, a więc zdaniem dr Hermy B. – człowiek bardzo przydatny dyrekcji, co zapewniało mu absolutną bezkarność. Odpowiedzialność za swoją pracę rozkładał dość równomiernie w zespole, gdyż posługiwał się insygniami kolegów. Oczywiście tylko wtedy, gdy był w pracy. Bo jak go nie było w godzinach służbowych, robotę za niego odwaliała zatrudniona tam żona, a on sam pracował w tym czasie w swoim gabinecie prywatnym.

Gdy dr Herma zgłosiła te fakty dyrektorze, dowiedziała się, iż ów pracownik jest „bardzo miłym panem” i jeśli będzie się go dalej czepiała, to wyleci z pracy.

No i bardzo słusznie. Bo przecież obwiniany przez dr Hermę związkowiec w pionierski sposób realizował zasadę współpłacenia pacjenta za świadczenia

medyczne, o co środowisko medyczne dopomina się nie od dziś. Jest to świetna promocja placówki, która w ten sposób staje się dostępna dla wszystkich. Nie tylko dla tych, za których NFZ płaci już teraz, ale i tych, za których chwilowo nie może zapłacić z powodu przekroczenia przez szpital limitu, a zapłaciłby dopiero za rok lub dwa. Pacjent zaś nie chce czekać i woli dopłacić, żeby skorzystać ze świadczenia, zanim umrze.

Taka polityka będzie procentowała w przyszłości, ponieważ kiedy rynek świadczeń medycznych otworzy się, wszyscy pacjenci będą pamiętać, że tu obsłużono ich poza kolejką, dobrze i tanio. Że jest to świetny szpital, do którego zawsze warto pójść. No i, co ważne, sprzęt, zamiast pokrywać się kurzem i rdzewieć, wykorzystany jest ekonomicznie. Nie zdając sobie sprawy z tego wszystkiego i patrząc na tę ceną inicjatywę krótkowzrocznie dr Herma B. stała się hamulcem postępu i rozwoju świadczeń medycznych, zaplanowanego już dawno przez przewidującą dyrekcję.

A co do wypominania komuś, że jest związkowcem i robi co chce, to gruba przesada. Przecież od tego oni są, ci związkowcy, żeby robili co chcieli. Co prawda jeśli działacz popełnia przestępstwo, to można się go pozbyć mimo parasola ochronnego. Za przykład niech posłuży pewien funkcyjny z pogotowia ratunkowego w Łodzi. Ale zależy, co nazwiemy przestępstwem. Bo na pewno nie jest nim ułatwianie pacjentowi dostępu do świadczeń medycznych. Dostęp ten jest najważniejszy i jest to dobro wyższe niż te parę groszy, które trafi bezpośrednio do kieszeni wykonawców. Zresztą, dzięki temu nie dopominają się oni o podwyżkę, co działa zbawienne na finanse szpitala. No a to, że w czasie godzin pracy działacz urzęduje w swoim gabinecie prywatnym, jest dowodem jego zdolności do racjonalnego wykorzystania czasu, a nie powodem do krytyki.

Nie wymądrzać się przed sądem

Jak wynika z powyższego, dr Herma nie miała racji, więc za jej wybryk spotkał ją zasłużony odwet. Bezpodstawnie

pomówiony związkowiec zorganizował, w pełni aprobowaną przez dyrekcję, akcję przeciwko swojej kierowniczce. Akcją polegała na zebraniu wśród pracowników podpisów pod petycją domagającą się zwolnienia dr Hermy z pracy. Ci, którzy odmawiali podpisania, byli informowani, że będą następni do zwolnienia. Dyrekcja, jak na zamówienie, otrzymała plik anonimowych skarg od pacjentów na zachowanie kierowniczkę jednostki, a awaryjność aparatury, za którą ona odpowiadała, całkiem przypadkowo gwałtownie wzrosła.

Oczywiście dyrekcja też nie pozostała bezczynna. Przez dwa lata nie przyjmowała od dr Hermy miesięcznych kart dyżurowych i nie wypłacała jej wynagrodzenia za nadgodziny. Ta jednak złośliwie zbierała wszystkie niezbędne dokumenty, w tym m.in. skierowania pacjentów na badania, na podstawie których była wzywana do pracy. Przy najbliższej okazji udostępniła je kontrolującemu zakład inspektorowi Państwowej Inspekcji Pracy. W ten sposób oszukała dyrekcję po raz pierwszy, choć nie ostatni.

Natychmiast po kontroli dyrekcja wezwła ją na dywanik i poleciła, aby w jej obecności dokumenty zostały zniszczone, w przeciwnym razie wyleci na bruk. Kierowniczka wykonała polecenie, i było to drugie niegodziwe oszustwo, które wydało się dopiero podczas rozprawy przed sądem pracy, do którego dr Herma zwróciła się z pozwem przeciwko szpitalowi, gdyż doszła do wniosku, iż dzieje się jej jakaś krzywda. Dyrekcja, mając pewność, iż uzasadniająca pozew dokumentacja już nie istnieje, w odpowiedzi przedłożonej sądowi z całym spokojem i stanowczością stwierdziła, iż dr Herma B. wcale nie dyżurowała i nie miała żadnych nadgodzin. Rozprawa przybrała jednak bardzo dramatyczny i niespodziewany dla dyrekcji obrót, gdyż w czasie przewodu powódka nagle wyjęła z teczek całą swoją nieistniejącą rzekomo dokumentację i okazała ją wysokiemu sądowi. Strona pozwana doznała szoku. Okazało się, że papiery, które dr Herma podała w gabinecie dyrektorskim, były jedynie... kserokopiami. A oryginały czekały sobie spokojnie na swoją kolej. I się doczekały.

rys. Małgorzata Gnyś



Oszustka dopuściła się zatem trzech ciężkich przestępstw, ponieważ: nielegalnie kolekcjonowała dokumentację świadczącą o tym, że pracowała na dyżurach i po godzinach bez wynagrodzenia, zniszczyła kopie tych dokumentów zamiast oryginały, a oryginały pokazała dopiero w sądzie, zamiast załączyć je do pozwu, tak aby dyrekcja wiedziała, że istnieją one nadal. W ten sposób wielokrotnie wprowadziła zakładową władzę w błąd i wystawiła na szwank jej dobre imię, gdyż ukartowała sytuację, dzięki której dyrekcja myślała, że może bezkarnie kłamać sądowi. Nagle i niespodziewane wyciągnięcie oryginałów i przedstawienie ich wysokiemu sądowi podczas rozprawy było podłością. Tak się przecież nie robi. W ten sposób można przyprawić dyrekcję o zawał serca. Jest to czysty brak lojalności, którą powinien się charakteryzować każdy pracownik w stosunku do swojego ukochanego pracodawcy. Zagrywka była nieczysta i niegrzeczna.

Nie ślać pism do dyrekcji

Takich ekscesów zdarzyło się więcej. No bo po co na przykład kierowniczka Herma B. zgłaszała dyrekcji zastrzeżenia w sprawie oddania darowanego temu szpitalowi drogiego sprzętu gdzie indziej, w dodatku bez zdejmowania go ze stanu inwentarza? Po co wywodziła, że modernizacja budynku administracji (m.in. klimatyzacja, drzwi na fotokomórki itp.) może poczekać, skoro w nadzorowanym przez nią pomieszczeniu odpadł kawał sufitu, który uszkodził aparaturę i o mało co nie zwał się pacjentowi na głowę, a drugi podobny przypadek zdarzył się na trakcie prowadzącym do rejestracji? Po co artykułowała pretensje, że wystawianiem skierowań na dobrze płatne badania zajmuje się osoba niekompetentna, przez co skierowania te obciążone są wieloma brakami i błędami? Po co wyciągała taki drobiazg, że na izbie przyjęć niektóre druki wypełnia salowa, pisząc np. „naciśnienie tentnicze”? Po co odmawiała naciągania rodzaju wykazywanych procedur do takich, które są wyżej opłacane przez NFZ? Po co w ogóle zwracała się do dyrekcji z wieloma różnymi pismami, skoro, pod groźbą zwolnienia z pracy, otrzymała zakaz składania do dyrekcji jakichkolwiek pism?

Nic więc dziwnego, że wreszcie anielska cierpliwość dyrekcji uległa wyczerpaniu. No bo jak długo można znosić ciągle pretensje nie wiadomo o co, to utyskiwanie, ten zalew pism, ten bojkot poleceń. W końcu dr Herma B. dograła się. Została pozbawiona stanowiska kierowniczego. Tylko wielkoduszności dyrekcji można przypisać, że utrzymała się na

nim znacznie dłużej niż miesiąc, a następnie wręczono jej wypowiedzenie. I problem z głowy. Dr Herma twierdzi co prawda, że otrzymywała jeszcze telefony z różnymi pogroźkami i oskarżeniami, ale to na pewno jest wytwór jej chorej wyobraźni.

Nie zadawać głupich pytań

Niereformowalny charakter byleją kierowniczkę wyraźnie widać w naiwnym pytaniu, które teraz zadaje: „Dlaczego z winy takich dyrektorów mamy dokonywać wyborów: zachować pracę i łamać prawo czy postępować zgodnie z prawem i etyką lekarską, ale za cenę utraty pracy?”

Takie pytanie może sformułować tylko osoba wybitnie nieodpowiedzialna i zupełnie nieorientowana w sytuacji. Przecież kierownikiem jednostki organizacyjnej szpitala nie jest się po to, żeby bojkotować czy negować słuszne, przemysłowe decyzje dyrekcji i pożyteczne działania hołubionych przez nią osób, lecz po to, by je tolerować, a co więcej – popierać z pełnym entuzjazmem. I aby w zamian móc sobie bezkarnie wykręcać lody na boku. Nie można przeszkadzać dyrektorowi, który jest jednocześnie menedżerem, w wykonywaniu jego zadań. Zadania te mogą się nam, prostaczkom, wydawać zupełnie niezrozumiałe, ale to nie znaczy, że naprawdę takimi są. Dyrektor zawsze wie lepiej.

Na szczęście takich narowistych pracowników z pieniackim charakterem, jak opisany wyżej beznadziejny przypadek, mamy w polskiej służbie zdrowia niewiele, dosłownie są to jednostki, a ci, którzy się wychylają, są słusze i bezlitośnie eliminowani, ponieważ przeszkadzają dyrekcji w realizacji polityki służącej zarówno dobru pacjenta, jak i zakładu pracy oraz jego pracowników. Przynajmniej niektórych.

Postawa dr Hermi tak mnie zirytowała, że postanowiłem teraz ujawnić jej personalia, mimo iż zastrzegła te dane tylko do wiadomości redakcji. Ale co mnie to obchodzi. Tak lekkomyślne, skandaliczne i szkodliwe zachowanie musi być napiętnowane. Niech to będzie przestroga dla wszystkich, aby przypadkiem nie odważyli się iść w jej ślady i nie zadzierali z dyrekcją. A więc jest to lek. med. Hermenegilda Bręczyszczykiewicz, specjalistka domniemanologii, lat 39, płci żeńskiej, zamieszkała we wsi Pieniacze przy ul. Ślepy Zaulek 22, a wywołany przez nią, pożalowania godny konflikt wystąpił w pobliskim SP WSzZ (Samodzierżnym Publicznym Wolnodewizowym Szpitalu Zniewolonym) im. Dyla Sowizdrzała w miejscowości Łapówka Zbójcka.

I dobrze jej tak, pieniaczce jednej!

Przychodzi lekarz do prawnika



Pytanie lekarza: Jakie są zasady udzielania świadczeń w ramach POZ pacjentom nie figurującym na aktywnej liście podstawowej opieki zdrowotnej?

Odpowiedź prawnika: Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej pacjentom, którzy nie złożyli deklaracji wyboru do osób udzielających świadczeń w danym zakładzie POZ reguluje załącznik nr 16 do zarządzenia nr 5/2004 Prezesa NFZ z 13 października 2004 r. Zgodnie z § 4 powołanego załącznika świadczeniodawca zobowiązany jest udzielać bezpłatnie świadczeń świadczeniobiorcom oraz osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, znajdującym się poza listą pacjentów POZ tego zakładu, w przypadkach nagłego pogorszenia się stanu zdrowia. Zasady rozliczania świadczeń dla tej grupy pacjentów określa § 18 umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju POZ.

Szczegółowe zasady organizacji udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz ich zakres określa zarządzenie nr 24/2004 Prezesa NFZ w sprawie przyjęcia „Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna” i jest analogiczny jak w przypadku osób zadeklarowanych. Warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określa załącznik nr 20 do zarządzenia nr 5/2004 Prezesa NFZ, stanowiący załącznik nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Różnica dotyczy dokumentacji wewnętrznej zakładu, w której, w przypadku udzielenia świadczenia pacjentowi spoza terenu objętego właściwością oddziału Funduszu, należy przechowywać dokument potwierdzający fakt udzielenia świadczenia, podpisany przez tego świadczeniobiorcę (pkt 6 § 18 umowy).

W przypadku świadczeń wykonanych na rzecz osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji (są to również pacjenci spoza listy) obowiązują dodatkowe dokumenty finansowe, niezbędne do rozliczenia świadczeń z NFZ. Określa je pkt 7 wyżej powołanego paragrafu.

opr. Katarzyna Słodka

Pytanie lekarza: Jakie zagadnienia oraz dane powinien zawierać „Program dostosowania pomieszczeń i urządzeń ZOZ-u do wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej”? Czy jest schemat lub szablon programu? Program ten należy przedstawić do zaopiniowania inspektorowi sanitarnemu.

Odpowiedź prawnika: Przepisy prawne nie zawierają schematu ani szablonu programu dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w przepisach rozporządzenia ministra zdrowia z 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. nr

116, poz. 985). Z ogółu przepisów rozporządzenia wynika, że program powinien zawierać:

- charakterystykę zakładu opieki zdrowotnej w zakresie odstępstw od wymagań określonych rozporządzeniem (opis istniejących odstępstw od treści konkretnych przepisów),
- zakres rzeczowy zadań (wykaz prac dostosowawczych koniecznych do przeprowadzenia w pomieszczeniach i urządzeniach zakładu – remonty, adaptacje pomieszczeń, zakup nowego wyposażenia) oraz
- termin ich realizacji (harmonogram prac, tj. czas ich realizacji celem dostosowania zakładu do wymagań w terminie określonym w rozporządzeniu).

Pewne wytyczne na temat kształtu i rodzaju informacji zawartych w programie może sformułować organ prowadzący rejestr zakładu, np. właściwy wojewoda, któremu zakłady opieki zdrowotnej powinny przedstawić program po pozytywnym zaopiniowaniu go przez właściwy organ inspekcji sanitarnej. Przykładem może być „Informacja dla zakładów opieki zdrowotnej zobowiązanych do złożenia programów dostosowania pomieszczeń organowi prowadzącemu rejestr zakładów opieki zdrowotnej” dostępna na stronie internetowej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego (Wydział Polityki Społecznej), pod adresem: www.duw.pl/?document=1826.

opr. Tamara Zimna

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



Skutecznie zapobiega niedoborom informacji

- Każdego dnia najnowsze wiadomości z możliwością zamieszczania własnych komentarzy
- „Goniec medyczny” – cotygodniowy bulletin elektroniczny
- Polski lekarz w Unii Europejskiej
- 30 drinałów klinicznych, odpowiadających specjalizacjom lekarskim
- Aktualny indeks leków „Pharmindex”
- Standardy towarzystw naukowych
- Pełne teksty artykułów medycznych i podręczników
- Własne adresy e-mailowe i prywatne strony WWW dla lekarzy
- Giełda pracy

@esculap.pl

www.esculap.pl

DENDRITE

e-zdrowie.com S.A. MDM część Grupy Dendrite International, 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 11 A, e-mail: info@esculap.pl



potrzebny portal medyczny

Zdrowie w pakcie

W umowie stabilizacyjnej zawartej 2 lutego br. znalazło się 12 projektów ustaw dotyczących ochrony zdrowia, które Prawo i Sprawiedliwość, Liga Polskich Rodzin i Samoobrona postanowiły popierać w sejmie i senacie w 2006 r.

W porozumieniu ugrupowania zobowiązują się też, że nie będą zgłaszać i popierać wniosków o wotum nieufności wobec rządu premiera **Kazimierza Marcinkiewicza** i o odwołanie marszałka Sejmu. Zaniechają prób zmiany Regulaminu Sejmu RP i nie będą popierać działań zmierzających do zmian. „Podpisaliśmy pakt kończący kryzys polityczny, a po drugie zmieniający politykę gospodarczą kraju. Umowa jest podpisana na 12 miesięcy i chciałem wyrazić nadzieję, że zostanie ona przedłużona” – powiedział **Jarosław Kaczyński** podczas konferencji po podpisaniu paktu. Dodał, że załącznikiem do tego paktu jest lista 140 różnych ustaw, które doprowadzą do rzeczywistej naprawy Rzeczypospolitej.

Dlaczego zdrowie trafiło do paktu? Które z projektowanych ustaw są najbardziej zagrożone krytyką i oporem ze strony opozycji? Czy uchwalenie tego pakietu zawiedzie nas wprost do IV Rzeczypospolitej? – zapytaliśmy ministra zdrowia **Zbigniewa Religę** po studiach od objęcia urzędu.

„Kiedy obejmowałem urząd, mój program został zaakceptowany przez Prawo i Sprawiedliwość, rząd i samego premiera Marcinkiewicza. Cieszę się,

że te ustawy teraz zapisano w pakcie” – odpowiada Religa. – Co więcej, jeszcze niedawno wszystkie z nich w pełni akceptowała Platforma Obywatelska. Mam więc nadzieję, że PO zachowa się w sposób należyty; jeśli wcześniej popierała te ustawy, to zrobi to również teraz. Ale obserwując to, co się dzieje, nie wiem czy partia dziś opozycyjna nie zmieni swojego zdania i nie będzie kontestowała tych ustaw. Wywołałoby to we mnie zdziwienie, choć przyznam, że nie takie wielkie. W polityce tyle obecnie dzieje się rzeczy dziwnych, że być może i tak się stanie”.

IV Rzeczpospolita to, zdaniem Religi, tylko pojęcie polityczne, a jego „działka” w rządzie to naprawa systemu opieki zdrowotnej. „Nie biorę udziału w żadnych rozgrywkach partyjnych, żadnych spotkaniach i debatach politycznych” – wyjaśnia minister. Chce wykonać to, za co czuje się odpowiedzialny. Tego chce się trzymać i tylko nad tym pracować. „Jest mi całkowicie obojętne, czy to będzie w trzeciej, czwartej czy piątej Rzeczypospolitej. Pod warunkiem, że zrealizuję wszystkie założenia, na których mi zależy” – zakończył min. Religa.

(ms)



Orzekanie u rolników



Bogdan Jakubski

Rolnicy, jako grupa zawodowa, stanowią w Polsce 25% ogółu zatrudnionych, a w wielu gabinetach i poradniach lekarskich stanowią znaczną liczbę zgłaszających się po poradę pacjentów.

fol. Marek Stankiewicz

Prawo do uzyskania świadczeń z ubezpieczenia społecznego wynikające z ubezpieczenia rolników i ich rodzin w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) uzależnione jest od uzyskania odpowiedniego orzeczenia lekarskiego. Orzecznictwo lekarskie KRUS realizuje poprzez własny system orzecznictwa od 1 stycznia 1997 r., kiedy weszła w życie kolejna nowelizacja ustawy z grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 1998 r. nr 7, poz. 25 z p. zm.) w związku z ustawą z 12 września 1996 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. nr 124, poz. 585, z p. zm.).

Od 27 stycznia 2005 r. zasady postępowania w KRUS reguluje rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 31 grudnia 2004r. w sprawie orzecznictwa lekarskiego w KRUS (Dz.U. nr 6, poz. 46).

Od początku swojego istnienia orzecznictwo lekarskie w KRUS prowadzone jest w systemie orzekania dwuinstancyjnego. W pierwszej instancji orzeczenia wydają jednoosobowo lekarze rzeczoznawcy, natomiast w drugiej orzekają 3-osobowe komisje lekarskie.

Lekarze rzeczoznawcy orzekają w sprawach należących do właściwości miejscowej jednej lub więcej placówek terenowych KRUS, natomiast komisje orzekają w sprawach należących do właściwości miejscowej jednego oddziału regionalnego KRUS.

Rozpatrzeniu przez komisję lekarską podlegają sprawy z odwołania się osoby zainteresowanej od orzeczenia lekarza rzeczoznawcy bądź, gdy regionalny lekarz –inspektor orzecznictwa zgłosi zarzut wadliwości tego orzeczenia. W takim przypadku komisja lekarska dokonuje własnej oceny stanu zdrowia i wydaje orzeczenie, które zapada większością głosów.

Zarówno lekarz rzeczoznawca, jak i komisja lekarska wydają orzeczenie na podstawie bezpośredniego ba-

dania wnioskodawcy i analizy posiadanej dokumentacji z dotychczasowego leczenia. Gdy dokumentacja lekarska wystarcza do wydania orzeczenia, a stan zdrowia danej osoby uniemożliwia jej osobiste stawienie się na badanie, sprawa może być rozpatrzona i orzeczenie wydane bez bezpośredniego badania tej osoby. Gdy sytuacja tego wymaga, badanie lekarskie może się odbyć także w miejscu zamieszkania lub innym miejscu pobytu osoby zainteresowanej.

Przed wydaniem orzeczenia lekarz rzeczoznawca i komisja lekarska mogą skierować osobę zainteresowaną na badania dodatkowe, konsultacje specjalistyczne lub obserwację szpitalną. W takim przypadku wydanie orzeczenia zostanie odroczone na czas potrzebny do uzyskania wyniku danego badania.

Od orzeczenia lekarza rzeczoznawcy KRUS osobie zainteresowanej przysługuje prawo wniesienia odwołania do komisji lekarskiej w ciągu 14 dni od daty doręczenia wypisu z treści orzeczenia. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem jednostki organizacyjnej, która wydała wypis. Orzeczenie komisji lekarskiej jest ostateczne i od niego odwołanie nie przysługuje.

W przypadku, gdy odwołanie nie zostanie wniesione, a lekarz inspektor, w terminie 14 dni od daty wydania orzeczenia przez lekarza rzeczoznawcę, nie zgłosi zarzutu wadliwości tego orzeczenia, staje się ono prawomocne i zarówno ono, jak i orzeczenie komisji lekarskiej są podstawą do wydania przez prezesa KRUS decyzji w sprawie świadczeń przewidzianych w ustawie o ubezpieczeniu społecznym rolników. Postępowanie orzecznicze do ustalenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego rolników jest nieodpłatne dla żadnej ze stron.

Nadzór bezpośredni i zwierzchni nad orzekaniem lekarzy rzeczoznawców i komisji lekarskich sprawuje prezes KRUS.

Nadzór bezpośredni z upoważnienia prezesa Kasy sprawuje lekarz regionalny inspektor orzecznictwa lekarskiego, a nadzór zwierzchni naczelny lekarz KRUS.

Orzecznictwo lekarskie w KRUS dotyczy:

Przedłużania okresu zasiłkowego w ramach czasowej niezdolności do pracy

Podstawowy okres zasiłkowy w przypadku rolników wynosi 180 dni, a zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który wskutek choroby jest niezdolny do pracy nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni. W przypadku, gdy okres ten uległ wyczerpaniu, ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie i rehabilitacja rokują odzyskanie zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, może on zostać przedłużony, nie dłużej jednak niż na dalsze 360 dni. W orzeczeniu wskazuje się miesiąc i rok, do którego okres zasiłkowy zostaje przedłużony.

Orzekania o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

Orzeczenie takie i tylko takie jest konieczne do ustalenia prawa do renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy. Za całkowicie niezdolną do pracy uważa się osobę, która z powodu naruszenia sprawności organizmu utraciła zdolność do osobistego wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym. Przy orzekaniu o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lekarze w postępowaniu orzeczniczym biorą pod uwagę łącznie:

- charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu,
- sprawność psychofizyczną organizmu, stopień przystosowania organizmu do ubytków anatomicznych, kalectwa i skutków choroby,
- wiek, rodzaj i zakres prac dotychczas wykonywanych przez osobę badaną,

– możliwość przywrócenia zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym przez leczenie i rehabilitację oraz zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, protezy i środki pomocnicze.

Orzekając całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, uwzględniając rokowanie co do stanu zdrowia badanego i możliwości odzyskania przez niego zdolności do pracy, określa się czy jest to niezdolność trwała czy okresowa. W przypadku, gdy niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym jest następstwem wypadku przy pracy rolniczej lub choroby zawodowej, określa się związek przyczynowy niezdolności z tym wypadkiem lub tą chorobą.

Orzekając okresową całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym lekarze ustalają jednocześnie wskazania co do konieczności rehabilitacji leczniczej w celu odzyskania zdolności do pracy.

Jeżeli w czasie badania lekarz stwierdza naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych czynności życiowych, orzeka niezdolność do samodzielnej egzystencji. Daje to podstawę do przyznania prawa do dodatku pielęgnacyjnego, przysługującego do emerytury lub renty.

Jeżeli po wyczerpaniu 180-dniowego okresu zasiłkowego osoba zainteresowana wystąpi z wnioskiem o rentę z tytułu niezdolności do pracy, a lekarze KRUS stwierdzą, że wprawdzie brakuje podstaw do uznania całkowitej niezdolności do pracy, ale jednocześnie brakuje podstaw do uznania zdolności do pracy, są zobowiązani orzec co do zasadności przedłużenia okresu zasiłkowego na okres konieczny do odzyskania pełnej zdolności do pracy.

Orzekania o wysokości stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub choroby zawodowej

Orzeczenie to wydawane jest do ustalenia prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub choroby zawodowej. Stały uszczerbek na zdrowiu orzeka się, jeżeli poszkodowany doznał takiego naruszenia sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy. Gdy na-

ruszenie sprawności organizmu powoduje upośledzenie jego czynności na okres przekraczający 6 miesięcy i rokuje poprawę, orzeka się uszczerbek długotrwały.

Orzekania o celowości przekwalifikowania zawodowego z powodu trwałej całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

Jeżeli osoba ubiegająca się o rentę z tytułu niezdolności do pracy trwale utraciła zdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, a po przekwalifikowaniu może nabyć zdolność do pracy zarobkowej w zawodzie pozarolniczym, orzeka się o celowości przekwalifikowania zawodowego. W takim przypadku bierze się w szczególności pod uwagę wiek, kwalifikacje, zawód oraz możliwości dalszego wykonywania pracy zarobkowej. Nieodzowna jest przy tym też opinia psychologa co do celowości i możliwości przekwalifikowania. Osoba, której zostanie wydane takie orzeczenie, uzyska prawo do renty rolniczej szkoleniowej i zostanie skierowana do powiatowego urzędu pracy, gdzie przy udziale doradcy zawodowego zostanie poddana przekwalifikowaniu.

Renta rolnicza szkoleniowa przysługuje przez okres 6 miesięcy i może ulec przedłużeniu na czas niezbędny do przekwalifikowania zawodowego, nie dłużej jednak niż do 36 miesięcy. Przedłużenie takie następuje na wniosek starosty.

Orzekania o potrzebie przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej

Osoby ubezpieczone i uprawnione do świadczeń, zagrożone całkowitą niezdolnością do pracy lub wykazujące całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokujące jej odzyskanie w wyniku leczenia i rehabilitacji, mogą zostać skierowane na rehabilitację leczniczą prowadzoną przez KRUS w ramach swych ustawowych działań. Podstawą do skierowania jest orzeczenie lekarskie o potrzebie przeprowadzenia rehabilitacji wydane przez lekarzy KRUS. Jest ona prowadzona we własnych centrach rehabilitacji rolników KRUS lub w zakładach rehabilitacji leczniczej prowadzonych przez inne podmioty.

Autor jest głównym lekarzem orzecznikiem Oddziału ZUS w Zielonej Górze

• **„Lekarz POZ to nie urzędnik”.** „Jest niedopuszczalną rzeczą dla mnie, żeby traktować lekarza POZ jak urzędnika, który pracuje od tej do tej i potem nie istnieje dla chorych” – podkreśla minister zdrowia Zbigniew Religa i zapowiada zmiany w organizacji POZ. „NFZ wykupi dla pacjenta świadczenia pomocy nocnej od lekarza POZ bądź od agencji, która zatrudnia lekarzy do nocnej pomocy lekarskiej” – wyjaśnia wiceminister zdrowia Jarosław Pinkas.

• **Kiedy będą pieniądze, nie będzie już lekarzy.** Głównym problemem polskiej służby zdrowia będzie już nie długo nie brak pieniędzy, ale brak lekarzy specjalistów – twierdzi prezes NFZ Jerzy Miller i dodaje: „np. w Lubelskiem o ponad 100% zwiększono nakłady na rehabilitację, ale nie ma chętnych, którzy chcą i mogą te pieniądze wziąć”.

• **Aby ograniczyć „kupowanie” lekarzy.** Zakaz oferowania przez firmy farmaceutyczne korzyści materialnych lekarzom oraz zastrzeżenie odpowiedzialności karnej za niezgodny z prawem obrót produktami leczniczymi – to nowe elementy w przygotowanym projekcie nowelizacji prawa farmaceutycznego.

• **Tonące ZOZ-y.** Zadłużenie publicznych ZOZ-ów wynosi prawie... 10 mld zł, z tego połowę stanowią tzw. zobowiązania wymagalne – poinformował wiceminister zdrowia Andrzej Wojtyła.

• **NFZ bez długów.** „Ubiegły rok był pierwszym, który NFZ zakończył bez długów wobec świadczeniodawców i aptek” – poinformował prezes Funduszu Jerzy Miller i dodał, że „dodatnie wyniki finansowe zanotowały prawie wszystkie oddziały wojewódzkie Funduszu”.

• **Pozostało niewykorzystane... 600 milionów(!).** Z ponad dwóch mld zł, zagwarantowanych w ubiegłorocznym budżecie na restrukturyzację ZOZ-ów, prawie 600 mln zł nie zostało wykorzystanych – poinformował wiceminister zdrowia Andrzej Wojtyła.

• **W katalogu usług NFZ są błędy merytoryczne!** – alarmują kardiologowie interwencyjni. Ponadto katalog preferuje stare i nieskuteczne metody leczenia oraz pośrednio przymusza do popełniania błędów lekarskich – ostrzega powstałe Stowarzyszenie Zawodowe Kardiologów Interwencyjnych.

• **Lekarz zamknął swój gabinet, otwiera... dom publiczny.** Po zatargu z lokalną kasą chorych nowozelandzki lekarz postanowił zrezygnować z prywatnej praktyki lekarskiej i przekształcić swój gabinet w... dom publiczny. Nowa Zelandia zalegalizowała prostytucję i zaczęła wydawać licencje na otwieranie domów publicznych w 2003 r.

dokończenie na str. 25

Kasy fiskalne jednak niekonieczne

Ministerstwo zapowiedziało przedłużenie obowiązującego w ubiegłym roku zwolnienia z obowiązku posiadania kas przez podatników, którzy rozpoczęli działalność w 2005 roku. Tak więc podatnicy, którzy mimo wytycznych ministra finansów nie zainstalowali jeszcze kas fiskalnych, mogą odetchnąć z ulgą.

W tym tygodniu zostanie podpisane rozporządzenie ministra finansów, które do czasu wejścia w życie nowych przepisów przywróci zakres zwolnień obowiązujących na mocy rozporządzenia z 2004 r. – poinformowało Ministerstwo Finansów w piątkowym komunikacie. Resort przyznał, że wadliwa konstrukcja rozporządzenia z grudnia 2004 r., znowelizowanego w grudniu ubiegłego roku mogła wprowadzić w błąd podatników, którzy rozpoczęli działalność w 2005 r. co do terminów powstania obowiązku instalacji kas fiskalnych. Chodzi o podatników, którzy w ubiegłym roku nie przekroczyli obrotów 20 tys. zł.

Kalendarium sporu o kasy fiskalne

23 grudnia 2004 r. – Wydano rozporządzenie określające terminy wprowadzenia kas przez poszczególne grupy podatników:

12 grudnia 2005 r. – Opublikowano rozporządzenie przedłużające prawie wszystkie dotychczasowe zwolnienia do 31 marca 2006 r. Z literalnego brzmienia niezwykle skomplikowanych przepisów wynika, że firmy, które rozpoczęły działalność w 2005 roku muszą mieć kasy od 1 stycznia 2006 r.

12 grudnia 2005 r. – 29 stycznia 2006 r. Urzędy skarbowe informują podatników, że firmy założone w 2005 roku, których obroty nie przekroczyły 20 000 zł nie muszą instalować kas

10 stycznia 2006 r. – Ministerstwo Finansów zapowiada przywrócenie zwolnienia w brzmieniu obowiązującym w 2005 roku

30 stycznia 2006 r. – Ministerstwo Finansów twierdzi, że przedsiębiorcy, którzy w 2005 r. rozpoczęli działalność, od 1 stycznia 2006 r. powinni stosować kasy

Gdy ukazało się rozporządzenie z 6 grudnia 2005 r., było jasne, że katalog aktualnych zwolnień z obowiązku instalacji kas zostanie przedłużony do końca marca 2006 r. Po bardziej wnikliwej analizie tekstu okazało się jednak, że zawiera on jedną ukrytą, aczkolwiek istotną, zmianę. Zgodnie z nią od 1 stycznia podatnicy, którzy rozpoczęli działalność w 2005 r., musieli od 1 stycznia 2006 r. rozpocząć ewidencję za pomocą kas fiskalnych. Osiągnięty przez nich obrót był bez znaczenia.

Ministerstwo Finansów nabrało wody w usta, tymczasem urzędy skarbowe jeszcze w styczniu informowały podatników, że dotychczasowe zwolnienie ciągle obowiązuje. Interpretacja taka była o tyle uzasadniona, że w rozporządzeniu pozostało zwolnienie dla podatników, którzy rozpoczęli działalność wcześniej i nie przekroczyli 40 tys. złotych obrotu.

(...)

Pod koniec stycznia resort finansów wydał interpretację, w której potwierdził, że najpóźniej do 1 stycznia 2006 r. kasy powinny się znaleźć u podatników, którzy rozpoczęli działalność w 2005 r. Wielu jednak posłuchało wcześniejszych zaleceń fiskusa i ich nie zainstalowało. W efekcie stracili ulgę związaną z instalacją i prawo do odliczenia 30 proc. VAT wynikających z faktur zakupu. Narazili się też na sankcje karne skarbowe. Komunikat Ministerstwa Finansów daje nadzieję, że ci, którzy kas nie zainstalowali, nie poniosą jednak konsekwencji.

Nie wiadomo jednak, co z tymi podatnikami, którzy kasy kupili. MF nie poinformowało, czy zwróci im pieniądze wydane przez nich na kasy, które mogą okazać się niepotrzebne.

„Gazeta Prawna”

Podwyżki za dyżury z „ustawy 203”

REKLAMA

19 stycznia br. Sąd Najwyższy wydał postanowienie w sprawie z powództwa lekarza, który domagał się od swojego szpitala podwyżki za dyżury – na mocy „ustawy 203”.

Dyrekcja szpitala odmówiła wypłaty podwyżki uzasadniając, iż – przewidziana przez „ustawę 203” – kwota wzrostu wynagrodzenia została przyznana pracownikom szpitala, w tym lekarzom, w postaci stałego dodatku, a nie w postaci wzrostu płacy zasadniczej. Zdaniem dyrekcji takie rozwiązanie jest możliwe i nie zabronione przez wspomnianą ustawę. Skoro nie wzrosła płaca zasadnicza lekarza, nie ma też – w opinii szpitala – podstawy i obowiązku podniesienia wynagrodzenia za dyżur lekarski.

Lekarz z Rzeszowa, który zwrócił się z odpowiednim pozwem do sądu, przegrał sprawę w dwóch instancjach. Ponieważ kwota roszczenia była zbyt niska, aby wystąpić z wnioskiem kasacyjnym, powód zwrócił się – za pośrednictwem swojego pełnomocnika – do Sądu Najwyższego o wydanie Postanowienia, że prawomocny wyrok, jaki zapadł w jego sprawie – jest niezgodny z prawem. Sąd Najwyższy wydał takie Postanowienie (sygn. akt III BP 1/05).

Wnioski, jakie z tego płyną:

1. Podwyżka wynikająca z „ustawy 203” **nie może być przyznana w formie dodatku do wynagrodzenia**.
2. Podwyżka wynikająca z „ustawy 203” musi być przyznana – przynajmniej częściowo – w formie **podniesienia płacy zasadniczej**, tak aby wszystkie stałe dodatki (np. premia, dodatek stażowy) mogły też wzrosnąć i aby ten wzrost wyniósł – w sumie – 203 zł w pierwszym roku obowiązywania ustawy i odpowiednio więcej w latach następnych. To oznacza, że np. jeżeli lekarz miał stałe dodatki w kwocie 10%, podwyżka 203 powinna być rozłożona w ten sposób, iż 90% tej kwoty powinno trafić jako podwyżka płacy zasadniczej, a 10 % w formie podwyżki dodatków stałych.

3. Z punktów 2 i 3 wynika, że **wynagrodzenie za dyżury też musi wzrosnąć na mocy „ustawy 203”** (bo jest naliczane jako pochodna od płacy zasadniczej), chociaż nie u każdego w takim samym stopniu. Ten, kto nie ma żadnych dodatków stałych, powinien otrzymać całe 203 zł podwyżki do płacy zasadniczej i powinien otrzymać również dodatkowo podwyżkę za dyżury liczoną od kwoty 203 jako podstawy. Ten, kto ma jakieś dodatki, powinien otrzymać podwyżkę za dyżury liczoną od odpowiednio niższej podstawy, np. gdy stałe dodatki wynoszą 10% – powinien otrzymać podwyżkę za dyżury od 90% z 203 zł – jako kwoty bazowej.

A więc:

1. Wszędzie tam, gdzie podwyżka „203” została ustalona w formie stałego dodatku do pensji lub w innej formie, ale nie stanowiącej zwiększenia płacy zasadniczej, lekarze powinni wystąpić do dyrekcji zakładu o natychmiastowe włączenie tej podwyżki do płacy zasadniczej (na zasadach wskazanych wyżej), co spowoduje również konieczność zwiększenia stawek za dyżury.
2. Wszędzie tam, gdzie lekarze dotychczas nie mieli podniesionej stawki za dyżury na mocy „ustawy 203” (chodzi wyłącznie o dyżury pełnione w ramach umowy o pracę), mogą wystąpić z odpowiednim wnioskiem do swojej dyrekcji o wyrównanie za okres trzech lat wstecz, a jeśli dyrekcja tego nie uczyni – z pozwem do sądu pracy o zasądzenie odpowiedniej kwoty. Wzór pozwu będzie opracowany w ZK OZZL i zostanie umieszczony na stronie internetowej Związku: www.ozzl.org.pl
3. Na stronie internetowej związku dostępna też jest treść Postanowienia SN.

Krzysztof Bukiel

REKLAMA

dokończenie ze str. 22

• **„Jak chcą - niech wyjeżdżają”.** „Martwimy się o to, ale nie zatrzymamy hydraulika, pielęgniarki, lekarza czy prawnika. Każdy, kto chce jechać, może jechać. Ma wybór. Właśnie dlatego chcieliśmy być w Unii Europejskiej.” - poinformowała wicepremier i minister finansów Zyta Gilowska. • **Polska, polscy turyści i żołnierze w niebezpieczeństwie.** Obrażając uczucia religijne wyznawców islamu „Rzeczpospolita” spowodowała zagrożenie dla Polski, pracowników polskich ambasad, żołnierzy pełniących służbę za granicą i turystów przebywających w krajach arabskich - twierdzi Ogólnopolski Komitet Obrony przed Sektami i zapowiada złożenie w tej sprawie doniesienia do prokuratury. • **Zabił 29 pacjentów.** Niemiecki pielęgniarz Stephan L., oskarżony o uśmiercenie 29 pacjentów w szpitalu w bawarskim Sonthofen, przyznał się do winy i poprosił rodziny ofiar o przebaczenie. Liczba ofiar mogła być jeszcze większa, ponieważ zbadanie osób kremowanych było niemożliwe. • **Śmiercionośne tabu.** „Co roku w Niemczech 50 000 ludzi umiera z powodu uchybień w sztuce lekarskiej. Przynajmniej takie są szacunki dokonane przez Hanspetera Weissa, autora wydanej kilka miesięcy temu książki pt. „Błędy i błędne zachowanie w medycynie”. Co tydzień w klinikach RFN popełnia się przeciętnie 1225 uchybień lekarskich.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 120 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl.

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

Serdecznie zapraszamy.

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

Medycyna w Auschwitz

Anna Wiktorowicz

Karol Sperber nr obozowy 82512 lekarz medycyny

Pewnego dnia zawiadomiono nas – lekarzy więziennych, a było nas tam setki, że zamierza się założyć w obozie doświadczalną stację fizjologiczno-patologiczną. Powiedziano nam nawet, że cztery niemieckie uniwersytety o sławnych tradycjach lekarskich: Heidelberg, Monachium, Berlin i Królewiec będą współuczestniczyć w szerokiej mierze w tym naukowym dziele.

Następnego dnia przybyły pacjentki. Stare i młode, niektóre liczące ponad sześćdziesiąt, inne zaledwie szesnaście lat. Kobiety zmuszono do rozebrania się. Następnie pięć pielęgniarek zgoliło kobietom włosy z głowy i ciała. Nam, lekarzom, kazano wysmarować wszędzie te biedne, nagie ciała, tłustą, lekką masścią. SS-mani, dowcipkując i zaśmiewając się, badali, czy nie opuściliśmy chociażby jednego miejsca. Te ciała to nie były manekiny, należały do krzyczących, żyjących kobiet, które mogłyby być naszymi matkami lub siostrami.

Rudolf Höss, były komendant oboju koncentracyjnego w Oświęcimiu, przed Najwyższym Trybunałem Narodowym w Polsce (1947 r.)

W niemieckich obozach koncentracyjnych przeprowadzano eksperymenty lekarskie na więźniach. Inicjatywa wychodziła od lekarzy, często profesorów uniwersytetu, których rozwiązanie danego problemu lekarskiego interesowało i dla rozwiązania tego problemu szukali w obozach koncentracyjnych materiałów doświadczalnych, na których interesujące ich kwestie mogliby eksperymentalnie zbadać i wyniki sprawdzić. W sprawach tych zwracali się oni do Gravitza, który przez Himmlera, a następnie centralne władze nadzorcze, wyrybał dla nich zezwolenie na przeprowadzenie eksperymentów.

W obozie oświęcimskim przeprowadzali eksperymenty: dr Clauberg, zwyczajny profesor uniwersytetu w Królewcu w wieku około 45 lat, Oberleutnant lotnictwa dr Schumann z kancelarii Hitlera oraz lekarz garnizonu obozowego dr Edward Wirths.

Dorota Lorska nr obozowy 52325

W obozie oświęcimskim w rejonie szpitala obozowego znajduje się blok X, w którym lekarze SS przeprowadzali doświadczenia na kobietach. Przybyłam do Oświęcimia 2 sierpnia 1943 r. Na rampie zetknę-

łam się po raz pierwszy z lekarzem SS. To dr Edward Wirths tego dnia, a raczej nocy „wybierał” do obozu. Kazał wystąpić kobietom zamężnym i spośród nich wybrać około 100; znalazłam się między nimi.

XX – świadek z książki Józefa Musioła „Człowiek i zbrodnia”

Pobrano krew i samochodem odwieziono mnie na rewir. Stałam naga. Lekarz przyglądał mi się długo, by następnie wbić mi zastrzyk w lewą pierś. Straciłam przytomność. Chyba ze strachu. Odzyskałam świadomość i stwierdziłam, że leżę na prycy. A potem znów zabieg, ale inny. Już więcej nie mogę urodzić dziecka... Wtedy miałam 25 lat.

Dorota Lorska nr obozowy 52325

Tak dostałam się na blok X. W owym czasie znajdowało się tam około 400 kobiet.

Karol Sperber nr obozowy 82512

Niektóre z na pół oszalałych kobiet kładziono na stole operacyjnym i sztucznie zapładniano. Inne poddawano niszczącym działaniom promieni Roentgena aż do sterylizacji ich jajników. Chcąc się upewnić o dodatnim wyniku tych doświadczeń pan profesor usuwał jajniki w sposób operacyjny przez odbytnicę, a następnie badał je pod najlepszymi mikroskopami, jakie nauka niemiecka zdolna była stworzyć.

Dorota Lorska nr obozowy 52325

Po kilku tygodniach zrozumiałam dokładnie, jaką działalność „naukową” rozwijają lekarze SS, jaką rolę spełniają ich współpracownicy spośród SS i spośród więźniów.

Na więźniarkach bloku X przeprowadzają doświadczenia lekarze SS: prof. Carl Clauberg, dr Horst Schumann, dr Edward Wirths i dr Bruno Weber. „Zużyty materiał” odsyła się co pewien czas do kobiecego obozu w Brzezince i zastępuje go „nowym materiałem” ze świeżo przybyłych transportów. Clauberg i Schumann, to główni eksperymentatorzy i blok X jest ich placówką doświadczalną. Eksperyment polega na tym, że wybranym zamężnym kobietom wprowadza się do szyjki macicy strzykawką około 10 ml mętnego płynu. Po wstrzyknięciu wykonuje się zdjęcie radiologiczne organów rodnych. Wstrzykiwanie powtarza się u tych samych kobiet w odstępach kilku tygodniowych zawsze ze zdjęciem rent-

genowskim. Celem jest wywołanie odczynu zapalnego w jajowodach, prowadzącego do ich uniedroźnienia i w wyniku tego do bezpłodności. Badania wykonuje nie zawsze sam Clauberg, czasem robią to pomocnicy, współpracuje z nim chemik dr Gobel. Wstrzyknięcia są bolesne. Często występują po nich objawy podrażnienia otrzewnej z gorączką, wymiotami, bólami podbrzusza.

Karel Minc nr obozowy 68582

Jeden zabieg wykonano w mojej obecności. Pacjentkę (więźniarkę) ułożono na łóżku, do głowy przyczepiono jej przewody w postaci radiowych słuchawek, w usta wetknięto lejek. Łóżko zasłane było kawałkiem ceraty (osoby poddawane zabiegom oddawały mocz). Po zabiegu pacjentka była nieprzytomna, musieliśmy ją odnieść do ambulatorium. Zabiegi te wykonywano przed południem, gdy ambulatorium było puste.

Karol Sperber nr obozowy 82512

Tacy uczeni jak profesor Clauberg, pełni swej odpowiedzialności wobec cierpiącej ludzkości, nie mogli pozostawić na boku zagadnienia choroby raka.

Zręcznym zabiegiem operacyjnym nacinali macicę zdrowych kobiet i wszczepiali w nie komórki i tkanki rakowate. Profesor czekał całymi tygodniami zanim usunął całą macicę, żeby zobaczyć, co się stało z komórkami rakowatymi.

Dorota Lorska nr obozowy 52325

Drugim co do ważności lekarzem SS w bloku X jest dr Horst Schumann. Do niego „należy” grupa dziewcząt w wieku od 16 do 19 lat.

Tadeusz Paczuła nr obozowy 7725

Sterylizował je przez przykładanie płyt Rtg – aparatu na podbrzusze i pośladki ofiary. W ten sposób spalał jajniki, a nadto powodował rany oparzeniowe i ciężkie bólesci, zapalenia otrzewnej i zrosty. Te kobiety umierały, jeśli zaś przetrwały, były po tym operowane i stwierdzano u nich rozmiary szkód i ich rodzaje. Po naświetleniach Rtg kobiety wracały do pracy, a do operacji wzywano je po dwóch lub trzech miesiącach. Operacje wykonywano bardzo szybko, jedna operacja trwała 15 minut.

Schumann wybierał kolejne młode Żydówki.

Na bloku X wstrzykiwał kontrasty Rtg do macicy i jajowodów badanych przez siebie kobiet i po tym fotografował je (zdjęcia Rtg). Czy to były badania eksperymentalne nad nowym kontrastem, tego nie wiem. Wiem natomiast, że skutki tych wstrzykiwań to bardzo duże bóle, zarastania jajowodów poprzedzane przez stany zapalne, zapalenie otrzewnej etc.

Kobiety i mężczyźni, na których Schumann dokonywał doświadczeń, starzeeli się przedwcześnie, a po operacjach młode kobiety wyglądały jak starszuszki. Schumann po operacjach zabierał „materiał” wycięty ze swych ofiar do badania histopatologicznego. Dodać trzeba, że badane ofiary po naświetleniach chodziły normalnie do swych komand roboczych i nie miały żadnych ulg.

Dorota Lorska nr obozowy 52325

Dalsza grupa doświadczalna składa się z kilkudziesięciu kobiet, które badał lekarz SS dr Edward Wirths. U nich bada się szyjkę macicy aparatem niemieckim zwanym kolposkopem. Pozwala on na wykonanie fotografii szyjki macicy. Z polecenia dr Wirthsa pobiera się wycinek z szyjki, bada się go histopatologicznie, celem ma być wykrycie wczesnego okresu raka macicy. Komplikacją zabiegu bywa dość duże krwawienie.

Wreszcie jest grupa doświadczeń, którymi kieruje dr Bruno Weber z SS, szef komanda Hygiene-Institut. Badania polegają na określaniu aglutynacji czerwonych ciałek krwi u różnych osób w różnych grupach krwi oraz określania miana aglutynacji po wstrzyknięciu niewielkiej ilości krwi grupy odmiennej. Poza tym u kobiet tej grupy sanitariusze SS pobierają krew poszczególnych grup w ilości 100 do 200 ml, służącą do prac nad białkami krwi, wykonywanych w pracowni w Rajsku.

Zofia Palińska nr obozowy 68992

Jednorazowo pobierano nam około 300 gramów krwi. Ściągano nam ją z żyły do butelki, którą później zamykano gumowym korkiem.

Ustalono nam grupy krwi i co pewien czas (mniej więcej co 7-8 dni) ją pobierano.

Biorąc pod uwagę ilość pobranej od nas krwi wyznaczyliśmy sobie orientacyjną datę śmierci. Na ogół po 9-krotnym pobraniu więźniarki umierały. Mnie pobrano krew pięciokrotnie.

Dorota Lorska nr obozowy 52325

W czasie pobytu w bloku X w Oświęcimiu miałam sposobność jeszcze później prześledzić poczynania prof. Clauberga w nowym bloku (Lagererweiterung), do-

kąd przeniesiono więźniarki bloku X w roku 1944. Nie ulegało wątpliwości, że ów znany w świecie naukowym ginekolog przygotowywał eksperymenty z dzieżyny sztucznego zapłodniania.

Pracowano nad próbami wyprodukowania sztucznego nasienia męskiego, lecz wszelkie próby dały wyniki negatywne. Zastrzykiwana, sztucznie wyprodukowana, namiastka nasienia powodowała jakieś zakażenia. Wszystkie kobiety, nawet po udanym eksperymencie, likwidowano następnie – fenolem.

Nietrudno wyobrazić sobie atmosferę, w jakiej żyły więźniarki w bloku X. Jako jedyny blok kobiecy w męskim obozie był blokiem zasadniczo oddzielnym od reszty lagru. Okna jego były zakratowane, zabite deskami, cały dzień przebywałyśmy przy świetle elektrycznym. Nie trzeba być psychologiem, aby zrozumieć, iż poza normalną udręką więźniarek obozu zagłady istniało coś wyjątkowo przytłaczającego w atmosferze tego bloku. Niewyczerpanym tematem była „naukowa” działalność lekarzy SS i strach, czemu zostanie poddane ciało, nim spopielone użyczy głębi oświećmińskiej.

Postawa lekarzy więźniów była bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na atmosferę życia więźniarek.

W związku z doświadczeniami przeprowadzanymi w bloku X lekarze musieli, poza opieką nad chorymi, ustosunkować się do problemu pomagania lekarzom SS lub zastępowania ich przy pseudonaukowych doświadczeniach. Można było odmówić współdziałania, można było – nie wypowiedziawszy się kategorycznie – nie wykonać zlecenia niekorzystnego dla współwięźniów, można było je wykonać i wreszcie można było wykonać je wyjątkowo pilnie. Wszystkie te formy zachowania się można prześledzić na przykładach lekarzy z bloku X.

Jednym z najpiękniejszych przykładów była lekarka Francuzka Adelajda Hautval, aresztowana w kwietniu 1942 roku, odmówiła dawania narkozy przy zabiegach. Wirths usłyszawszy od dr Hautval, że odmówiła udziału w zabiegach, bo to jest niezgodne z jej poglądami, zapytał, czy nie zauważa ona, że więźniarki Żydówki z bloku X są inne niż ona sama. Hautval odpowiedziała: W tym obozie jest dużo ludzi różniących się ode mnie, a pierwszy, to pan.

J. Bogusz „Wpływ wyroku w procesie norymberskim lekarzy hitlerowskich na ukształtowanie pojęć o dokonywaniu eksperymentów na ludziach”

Wielu profesorów i lekarzy uniknęło procesów przez samobójstwo, ukrycie się lub ucieczkę do innych krajów i na inne kontynenty.

Proces norymberski, akt oskarżenia

Wszyscy oskarżeni byli „głównymi sprawcami, współsprawcami, podżegaczami, pomocnikami, wyrazili zgodę na plany oraz byli związani z planami i przedsięwzięciami, w których zajmowano się doświadczeniami lekarskimi (...) bez zgody ofiar eksperymentów, przy czym oskarżeni dopuszczali się w trakcie tych doświadczeń mordów, brutalnych czynów, okrucieństw, tortur, potworności i innych nieludzkich czynów”.

Karol Sperber nr obozowy 82512

Jest to tradycja, że lekarze nie są tacy gotowi, by jeden drugiego dyskredytować.

Lecz niech Pan Bóg zachowa, ażeby, kiedy wspomnienia obozów koncentracyjnych spełzną w naszej pamięci, a lekarze całego świata znowu się spotkają, celem wymiany myśli i podzielenia się zdobyczami nauki na międzynarodowych konferencjach, jakiś chirurg albo lekarz mógł powiedzieć o lekarzach z niemieckich obozów koncentracyjnych: „Mimo wszystko ludzie ci są uczonymi, takimi jak my i musimy usiąść obok nich celem wymiany myśli, o ile wiedza lekarska nie ma ucierpieć albo zginąć”.

Według mej najlepszej wiedzy wyniki doświadczeń przeprowadzanych w Oświęcimiu nie zostały nigdy opublikowane, dotychczas pozostały sekretem prof. Clauberga.

Wysoki autorytet zapewniał mnie, że te doświadczenia niewiele więcej mogły przynieść ponad to, co już poprzednio zostało ujawnione i stwierdzone doświadczeniami przeprowadzonymi na zwierzętach, a które przyprawiały o wielkie oburzenie rozmaite „Towarzystwa opieki nad zwierzętami”.

W jakiś sposób udało mi się przeżyć te wszystkie okropności i teraz od kilku tygodni powróciłem do cywilizowanego świata.

Trudno jest żyć wiedząc o tem; nie można tego uniknąć, ale do pewnego stopnia przynajmniej można podzielić się tem z innymi.

Chcę powrócić do słów Teodora Billrotha: **Tylko dobry człowiek może być dobrym lekarzem**”.

Niekoniecznie wszyscy lekarze są dobrymi ludźmi, lecz większość dąży do tego (...). Jednakowoż już od najdawniejszych czasów zagadnienie bólu i choroby zaprzętało myśl i wiarę ludzkości, i było pobudką do pracy dla ludzi o dobrych zamiarach. Świadomie i podświadomie miliony chorych i cierpiących wierzyło w takich ludzi i zwracało się do nich o pomoc. Lecz w nowych Niemczech nazistowskich sztuki piękne i nauka uległy prostytucji, medycyna upadła.

Czy Polskę stać na utrzymanie lekarzy?

Zygmunt Wiśniewski

W powojennej, odrodzonej Polsce – tej po 1918 r. – po raz pierwszy policzono lekarzy w 1921 r. Było ich wtedy – wg oficjalnej statystyki - 5 548. Pytano też od razu: czy to dużo, czy mało.

Na takie pytanie odpowiedź nie jest zawsze jednoznaczna. Posiłkuje się zwykle statystyką porównawczą. Miernikiem jest zwykle liczba mieszkańców przypadająca na 1 lekarza. W Polsce w 1921 r. 1 lekarz przypadał na 5400 mieszkańców (statystyki z tamtego okresu różnią się niekiedy szczegółami, tu przytaczam je za prof. Antonim Cieszyńskim). W tym samym czasie w innych krajach europejskich na 1 lekarza przypadało: w Niemczech – 1500 mieszkańców, w Szwecji – 1300, w Szwajcarii – 1290, w Anglii – 1000.

Z tej statystyki wyprowadzano prosty i – zdawałoby się – oczywisty wniosek, że byliśmy krajem o porównywalnie małej liczbie lekarzy. Prawdę tę uzupełniano danymi o rozmieszczeniu terytorialnym lekarzy. Najwięcej lekarzy żyło i praktykowało w Warszawie, bo aż 1329. Prawie drugie tyle, bo 1292 w woj. centralnych. Na rozległych terenach wschodnich II Rzeczypospolitej mieszkało tylko 707 lekarzy. Rozmieszczenie lekarzy było więc bardzo nierównomierne, z dużą przewagą wielkich miast, i z rozległymi połaciami wiejskimi, w których pacjenta od lekarza dzieliło kilka-kilometrów.

Zjawiska te były w pierwszych latach Polski niepodległej znane i żywo dyskutowane w środowiskach lekarskich i naukowych oraz w prasie. Dominował pogląd, że skoro Pol-

ska ma mniej lekarzy przypadających na 10 000 mieszkańców niż kraje sąsiednie – należy zwiększyć liczbę studentów medycyny i absolwentów wydziałów medycznych 5 polskich uniwersytetów. Panowała też zgoda co do rozmieszczenia terytorialnego – należy preferować osiedlanie się lekarzy na terenach wschodnich i na prowincji.

W to powszechne mniemanie uderzył prof. Antoni Cieszyński. W licznych prelekcjach w 1927 r. wygłaszanych na forach lekarskich, a w 1928 r. w wydawnictwie o stanie lekarskim w Polsce i jego perspektywach, doszedł do zgoła innych wniosków. Ten wybitny lwowski naukowiec, autorytet europejski w dziedzinie dentystryki i stomatologii, wychowawca wielu pokoleń lekarzy przeistoczył się w socjologa, który do wiedzy społecznej dochodzi drogą badań ankietowych.

Po przytoczeniu znanych prawd, że „czasy, w których stan lekarski należał do warstw dobrze sytuowanych, minęły”; że „dzisiaj lekarz, w ciężkiej walce o byt, został zdegradowany przez utratę swej podstawy materialnej”; że „warstwy, od których pochodził dawniej główny dochód lekarza, należą do kasy chorych” – Antoni Cieszyński zadaje proste, zaskakująco proste pytanie: Ile powinien zarabiać lekarz?

Inni wypowiadający się w tej sprawie w prasie lekarskiej analizowali ubytki zarobków lekarskich spowodowane wprowadzeniem kas chorych; kwestionowali zasady kontraktów narzucających lekarzom przez kasy; pokazywali absurd rynkowy stawek za konsultacje lekarskie świadczone poprzez kasy chorych; napiętnowali lekarzy, którzy podejmowali pracę na rzecz kas chorych za zaniżone wynagrodzenie. I – pozostawiali przy tych stwierdzeniach, jakby nie widząc wyjścia z zastanej sytuacji.

Ile powinien zarabiać lekarz?

Antoni Cieszyński przyjmuje za bazowy rok 1926. Na podstawie oficjalnych statystyk stwierdza, że koszty utrzymania w Polsce, w porównaniu z okresem przedwojennym, wzrosły dwu-



Prof. dr Antoni Cieszyński na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie wznosił polską stomatologię na wyżyny europejskie. Fot. 1931 r., ze zbiorów GBL



REKLAMA

REKLAMA

krotnie. Pyta i wylicza jak buchalter: koszty mieszkania, opału i światła, wyżywienia, ubrania i bielizny, gospodarstwa domowego, kultury, wychowania dzieci, utrzymania służby, opłacenia podatku i, jeśli to możliwe, odłożenia oszczędności. W zależności od wieku, stażu pracy i sytuacji rodzinnej wylicza, że samotny lekarz po ukończeniu studiów powinien zarabiać 320 zł miesięcznie; lekarz początkujący, nadal samotny, już samodzielnie praktykujący – 650 zł; lekarz żonaty z małą rodziną – 1250 zł; lekarz żonaty z trojgiem dzieci – 1800 zł.

Wyliczone przez siebie zarobki porównuje z pensjami urzędników, prawników, profesorów i ludzi biznesu. Dochodzi do wniosku, że tak mało jak powinni zarabiać lekarze – zarabiają tylko oficerowie i profesorowie uniwersytetów. Znacznie lepiej powodzi się prawnikom i pracownikom lwowskiej firmy galanteryjnej. Ale autor pozostaje dalej przy określeniu „powinni”. „Powinni”, ale, dowodzi dalej, zarobków tych nie osiąągają.

Po kolejnych wyliczeniach ankietowych stwierdza, że 62% lekarzy zatrudnionych jest na różnego rodzaju posadach: profesorów lub asystentów uniwersyteckich, lekarzy wojskowych, lekarzy rządowych, komunalnych, okręgowych, powiatowych, szkolnych, kolejowych, szpitalnych i kas chorych. Zarobki otrzymywane z tych źródeł zatrudnienia nie starczą im na utrzymanie i są niższe niż wyliczone wcześniej przez profesora minima. Dlatego 70% spośród nich uprawia dodatkowo praktykę prywatną, czyli pracuje dodatkowo popołudniami i wieczorami. Nie koniec na tym. Spośród tych dorabiających praktyką prywatną aż 31% zatrudnia się na drugiej dodatkowej posadzie. Mamy więc znaczny odsetek lekarzy zatrudnionych na dwóch posadach i dodatkowo praktykujących prywatnie.

Ci, wydawałoby się, powinni opływać w luksusy. Nic podobnego. Przede wszystkim dochody z praktyki prywatnej są bardzo niskie. W dużych miastach wynoszą od 300 zł miesięcznie dla 17% lekarzy, do 800 dla 25%. Zarabiających więcej jest w dużych miastach ok. 10%, a na prowincji kilka procent.

Czas na porównanie dwóch wskaźników: ile „powinien”, a ile „otrzymuje”:

1. Spośród tych, którzy powinni zarabiać 320 zł miesięcznie aż ok. 14% nie uzyskuje tego dochodu. Są to lekarze początkujący w pierwszych trzech latach pracy.
2. Spośród tych, którzy mają już kilkuletni staż pracy i powinni zarabiać minimum 650 zł miesięcznie – tylko 48,5% osiągnęło ten stopień powodzenia. Są to ludzie tuż przed ukończeniem 30 roku życia, którzy powinni zakładać i utrzymywać rodziny. Ponad połowy młodych lekarzy na to nie stać. Prof. Cieszyński nie wprowadza do swoich kalkulacji w ogóle przypadków dwojga pracujących młodych ludzi (np. małżeństwa dwojga lekarzy lub lekarza i pielęgniarki) i nie próbuje sumowania ich zarobków. W czasach, z których wyrósł profesor (początki XX w. w prowincjonalnym, ale zasobnym Lwowie, będącym jednym z centrów medycznych monarchii austriackiej), było to nie do pomyślenia. Mężczyzna lekarz powinien zarobić na siebie i utrzymanie rodziny. Nie pracująca żona powinna mieć pomoc domową, żeby zająć się wychowaniem potomstwa.
3. O ile statystyka dla grup poprzednich jest jeszcze łaskawa, to pogarsza się w grupie młodych obarczonych rodziną, którzy powinni zarabiać minimum 1250 zł miesięcznie. W Warszawie zarobki te osiąga zaledwie 9,5% ogółu lekarzy zakwalifikowanych przez profesora do tej grupy. Jeszcze gorzej jest na prowincji, gdzie do podobnych „fortun” dochodzi tylko 3,5% lekarzy ze średnim stażem zawodowym, utrzymujących małą rodzinę.
4. Bardzo zamożnych, bo zarabiających od 1200 do 1800 zł jest w Warszawie 13%, a na prowincji 1%.

dokończenie na str. 30

Czy Polskę stać na utrzymanie lekarzy?

dokończenie ze str. 29

W wyniku tych wyliczeń prof. Cieszyński dochodzi do konkluzji, że młody lekarz „w pierwszych trzech latach dochodzi do 250 zł miesięcznego dochodu, w czwartym do 300 zł; w czasie od 5 do 17 roku powiększa się jego dochód do 700 zł miesięcznie, a dopiero w następnych latach dochodzi do 700-1200 zł. Załedwie 12% ogółu lekarzy powodzi się lepiej, czyli że uzyskują dochód powyżej 1200 zł.” Tak kontynuuje swoje mało optymistyczne wnioski: „Lekarze doby obecnej w jakieś 3 lata po otrzymaniu dyplomu uzyskują minimum egzystencji dla samotnego lekarza zatrudnionego, w następnych 3 latach dochodzą do warunków umożliwiających im założenie rodziny”, pod warunkiem uzyskania mieszkania ze źródeł pozazarobkowych. „Stan ekonomiczny pozwala tylko małej liczbie lekarzy na utworzenie większej rodziny, np. żona i troje dzieci.”

Po tej serii wyliczeń i dowodów prof. Antoni Cieszyński, tak jak to czyniła większość badaczy i publicystów, pozwala sobie na „naiwne” stwierdzenie, że „trzeba tylko wynikające z tego skutki dla stanu materialnego lekarza poprawić, ażeby zabezpieczyć lekarzowi warunki możliwej egzystencji”.

W kolejnej części rozumowania, idąc jakby tradycyjnym tropem, wraca do polskich i europejskich proporcji liczby mieszkańców przypadających na jednego lekarza. Przypomina te prawdy: w Polsce w 1921 r. 1 lekarz przypadał na 5400 mieszkańców, w r. 1927 stan się poprawił i 1 lekarz przypada już na 3320 mieszkańców; we Lwowie 1 lekarz przypada na załedwie 324 mieszkańców, zaś w woj. nowogródzkim na 7000 mieszkańców.

Prof. Antoni Cieszyński niczego nie postuluje i do niczego nie nawołuje, np. do osiedlania się na prowincji. Przyjął na początku założenie ekonomiczne i tego ekonomicznego rozumowania się trzyma. Przyjął przecież za podstawę swych wywodów „minimum egzystencji” dla lekarza. Zamiast moralizowania – zadaje więc pytanie: „Od jakich warunków zależy dobrobyt lekarzy?” Wiemy już, że nie o dobrobyt chodzi, tylko o godziwą egzystencję. I znów wraca do statystyki.

REKLAMA

REKLAMA

Ubezpieczeni w kasach chorych we Lwowie tworzą 55% ludności, w Poznaniu 50%, w Warszawie 34%. Do tego dochodzi bezpłatna pomoc lekarska dla urzędników państwowych, kolejowych i wielu innych zawodów. Znaczna większość ludzi dobrze i średnio zarabiających jest ubezpieczona lub ma prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej. Oni stanowili dawniej gros pacjentów prywatnych gabinetów lekarskich. Teraz mają swoich lekarzy kas chorych. W miastach poza kasami chorych pozostają ludzie o niestálych zarobkach lub tych zarobków w ogóle pozbawieni. Ci w ogóle nie korzystają z porad lekarskich lub trafiają do szpitali w sytuacjach ostatecznych. Do kas chorych nie należą mieszkańcy wsi, którzy z racji niskiej kultury ogólnej, braku nawyków i środków z prywatnej pomocy lekarskiej nie korzystają.

„Od jakich warunków zależy dobrobyt lekarzy? – profesor powtarza pytanie. Może od wzrostu wynagrodzeń z kas chorych? Obecnie – odpowiada – na wynagrodzenie dla lekarzy kasy przeznaczają od 12 do 18% swych funduszy. Znacznie więcej, bo do 32% budżetu przeznaczają na zasiłki dla ubezpieczonych. Ten wysoki procent budżetu kas chorych przeznaczony na zasiłki dostrzegali wszyscy ówczesni komentatorzy rynku medycznego. Skąd więc wziąć pieniądze na poprawę egzystencji lekarzy?” – pyta dalej prof. Cieszyński.

Konsekwentne rozumowanie prowadzi go do wniosku, że pieniędzy na poprawę warunków życia lekarzy nie należy oczekiwać z budżetów kas chorych. Nie przybędzie ich także z praktyki prywatnej. Fałszywe więc było mniemanie, jakoby w Polsce było za mało lekarzy, i że należy ich liczbę zwiększyć poprzez większy nabór na studia medyczne. Argumentując, że tylko zasobne społeczeństwo może sobie pozwolić na utrzymanie dobrze lub nieźle zarabiających lekarzy – postuluje zatrzymać zwiększanie naboru na studia medyczne i poczekać, aż społeczeństwo dorosnie ekonomicznie do utrzymania swoich lekarzy.

Pogląd prof. Antoniego Cieszyńskiego był skrajny w swoim czasie. Klócił się z głoszonymi wtedy w publicystyce, ideologiach partyjnych, a także w programach rządowych z postulatami powszechnej opieki lekarskiej, którą państwo powinno objąć wszystkich swoich obywateli, także tych mało zarabiających, i najuboższych, a więc zamieszkających na dalekich wsiach. Za tymi postulatami nie szły jednak rozwiązania ekonomiczne. Odwoływanie się do Siłczek i Judymów funkcjonowało tylko w sferze emocjonalnej. Siły sprawczej nie miało żadnej.

Ile w tym, co napisał w r. 1928 było z jego prawdziwych poglądów, a ile było zamierzoną prowokacją intelektualną, zmuszającą do zastanowienia się, można tylko domniemywać. Poglądami tymi naraził się wszystkim, którzy głosili idee posłannictwa inteligencji wśród warstw niższych. Po II wojnie światowej, w latach pięćdziesiątych, jego nazwiskiem szargano z trybun narad partyjnych i związkowych dla personelu służby zdrowia. Królowała idea posłannictwa.

Czytelnik chcący się zastanowić nad „ideową” czy też „prowokacyjną” intencją publikacji prof. Antoniego Cieszyńskiego powinien zapoznać się z „nowatorskim” pomysłem na stworzenie podstaw egzystencji lekarzy na Kresach.

„Wielkim obszarem, które nie mają obecnie jeszcze dostatecznej ilości lekarzy, jak Nowogródzkie, tam, gdzie 1 lekarz przypada na 17 900 ludności, można zapewnić pomoc lekarską w sposób następujący:

Lekarz poza zawodem swoim powinien także mieć w rękę zawód drugi, najpraktyczniej będzie, jeżeli lekarz będzie zarazem rolnikiem. Państwo powinno utworzyć 80 folwarków dla lekarzy, oddać je lekarzom w dzierżawę. Ułatwi się w ten sposób niesienie pomocy lekarskiej obywatelom danego rejonu, którzy sami utrzymać lekarza nie są zdolni.”

Pogląd to czy prowokacja?

Zygmunt Wiśniewski

Wolny najmita

„Lekarz – wolny najmita” (Zygmunt Wiśniewski
„Lekarze w II Rzeczypospolitej. Lekarz – wolny najmita”,
GL nr 1/2006), mimo że dotyczył historii,
został odczytany współcześnie.

*Od stycznia *99, szosą asfaltową co wije się wstęgą,
W mieście i na wsi (między półkami jęczmienia i żyta),
Zrezygnowany, szedł blady, nędzną odziany siermięgą
Lekarz – wolny najmita.*

*W ZOZ-ie, nad którym zaległy długi i podatki
Wygnany nędzarz nie żegnał naprawdę nikogo,
Trochę opatrunków zawiązał do szmatki
I poszedł szosą, czyli drogą.*

*W powietrzu wszem ciche zawisły błękity –
Echo Reformy Zdrowia chorych, także zdrowych wita ...
Stanął doktor i otarł łzę połą fartucha (czyli swojej świty)
I poczuł się naprawdę – WOLNY NAJMITA !*

Tak napisał trawestując znany wiersz Marii Konopnickiej lekarz spod Gorzowa Wlkp. (nazwisko i adres znane redakcji). Prozą dodał:

Zawsze uważałem, że uczciwie zdobyta wiedza, zawód i umiejętności są naszą prywatną własnością, i co zrobimy – zależy od nas. To uważam za „wolność” zawodu i kiedy się dobrze rozejrzemy, to odkryjemy, że znaczna liczba ludzi pracujących tak właśnie to pojmują. Wybierając miejsca, stanowiska pracy nie zawsze kierują się oni raz zdobytym wykształceniem. Zmieniają zawód, poszerzają wykształcenie o dodatkowe studia.

Dr R. Wiraszka przesłał odbitkę z dwutygodnika „Zdrowie”. Pismo to w r. 1933 zamieściło odezwę Zjednoczenia Lekarzy, absolwentów wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego do kolegów po fachu z prośbą o przedruk.

Cytuję fragment dotyczący wolności zawodu: „Przyjął się w naszym społeczeństwie zwyczaj krańcowego wyzysku wiedzy i pracy lekarzy. Przykładem tego są instytucje społeczne oraz ubezpieczeniowe, które w swym zapale reorganizacyjnym dążą do zamiany wolnego stanu lekarskiego na zawód urzędniczy, uzależniony służbowo, a nawet fachowo od administratorów i urzędników nielekarzy.”

Obaj korespondenci przenoszą historyczny obraz stanu lekarskiego we współczesność i konkludują pesymistycznie, że nic się nie zmieniło.

Autor nie szukał łatwych analogii historii ze współczesnością. Ale skoro historia jest nauczycielką życia, jak przypominam w swym liście dr Wiraszka, wypada się zgodzić co do jednego: dlażnego niedawni promotorzy kas chorych nie zapoznali się z kilkoma stroniczkami opisu negatywnych doświadczeń ich wprowadzenia w latach dwudziestych. I trzeba się zgodzić z drugą refleksją, że prawdziwą wolność daje lekarzowi wiedza. Wolność stanu lekarskiego nie jest czymś danym wraz z dyplomem, ale szansą, którą wykorzystują tylko wykształceni, prawi i ambitni.

A może idąc za opiniami dr. N. spod Gorzowa Wlkp. i dr. R. Wiraszki należałoby podjąć dyskusję o współczesnym pojęciu wolnego zawodu lekarza?

(ZW)

„Gazeta Lekarska” nagrodzona

24 lutego br. w zabytkowych salach warszawskiego Zamku Królewskiego odbyła się doroczna gala Spotkanie Ludzi i Firm Sukcesu i koncert charytatywny z cyklu Ludzie i Firmy Sukcesu Dzieciom.

Uroczystością tą, pod honorowym patronatem ministra zdrowia prof. Zbigniewa Religi, ministra edukacji i nauki prof. Michała Seweryńskiego oraz ministra kultury i dziedzictwa narodowego Michała Ujazdowskiego, zainaugurowano obchody 10-lecia Światowej Fundacji Zdrowie–Rozum–Serce.

Gwiazdą wieczoru była profesor Elżbieta Stefańska z Akademii Muzycznej w Krakowie, w klasie klawesynu, której towarzyszyła Mariko Kato z Japonii (klawesyn) oraz dwoje młodych polskich artystów: Jolanta Kowalska – sopran i Monika Czyżewska – flet barokowy.

W ramach realizowanej od wielu lat przez Fundację inicjatywy promującej młode talenty artyści zaprezentowali się w specjalnie przygotowanym przez Panią Profesor programie Wolfgang A. Mozart i jego wielbiciel Michał K. Ogiński, z okazji obchodów Roku Mozartowskiego, w 250 rocznicę urodzin Mozarta.

W części oficjalnej wręczono doroczne wyróżnienia honorowe i promocyjne w dziedzinach zdrowia, edukacji i nauki, kultury i działalności charytatywnej, przyznane przez Światową Fundację Zdrowie–Rozum–Serce i Międzynarodową Kapitułę Wyróżnień InterPromu.

Jednym z laureatów została „Gazeta Lekarska” pod kierownictwem redaktora naczelnego dra Marka Stankiewicza, uhonorowana Wyróżnieniem Specjalnym w kategorii Media–Zdrowie, do

którego nominację otrzymała 18 stycznia br. podczas uroczystości w pięknych salach zabytkowego Pałacu Myślewickiego w Łazienkach Królewskich.

Prestiżowym odznaczeniem Honorową Złotą Gwiazdą InterPromu i tytułem honorowym Ambasador Nauki Polskiej zostali uhonorowani Aleksander Sieroń i Tadeusz Tołłoczko, wybitni profesorem w dziedzinie nauk medycznych, jako pierwsi Laureaci tego tytułu.

W ramach 5 edycji Ogólnopolskiego Konkursu tytuły promocyjne – Placówka Medyczna Przyjazna Pacjentowi zostały przyznane:

- Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu pod kierownictwem prof. dra hab. med. Witolda Szyftera,
- Medycynie Rodzinnej SA w Warszawie pod kierownictwem prezes zarządu Małgorzaty Kowalskiej,
- Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Sanatorium MSWiA w Krynicy-Zdroju pod kierownictwem dyrektora Stanisława Gieńca,
- Spółdzielni Pracy Specjalistów Rentgenologów w Warszawie pod kierownictwem prezes zarządu mgr inż. Elżbiety Łukowskiej, w roku jubileuszowym 50-lecia działalności tej placówki medycznej.

Produkt Roku w Polsce wraz z Pucharem Roku 2005 otrzymał:

- Amway Polska Sp. z o.o. w Warszawie pod kierownictwem Marka Florczuka, wiceprezesa Amway dla Regionu Europy Wschodniej – za wysokiej jakości i najnowszej generacji filtr do oczyszczania wody „System eSpring”, z przeznaczeniem do użytkowania w domu i biurze.

Za najlepsze przyjazne firmy 2005 roku w kategoriach gospodarka, wydawnictwo, szkoły językowe – Kapituła uznała:

- Daikin Airconditioning Poland Sp. z o.o. w Warszawie pod kierownictwem dyrektora Andrzeja Lorycha, przyznając tytuł promocyjny Przyjazna Firma 2005 wraz z wystawowo-targową srebrną gwiazdą „InterPromu”.
- Oficynę Wydawniczo-Poligraficzną i Reklamową Adam w Warszawie pod kierownictwem prezesa Adama Mazurka, przyznając tytuł promocyjny Wydawnictwo Przyjazne Czytelnikowi wraz z wystawowo-targową brązową gwiazdą „InterPromu”
- Academia de la Lengua w Warszawie pod kierownictwem dyrektora Fabiana Eduardo Fiallo Enriqueza, przyznając tytuł promocyjny Przyjazna Szkoła Języków Obcych.

Podczas tej uroczystości wręczono pierwszą za 2006 rok nominację do tytułu promocyjnego Lider Promocji Kultury Polskiej dla Państwowego Zespołu Ludowego Pieśni i Tańca Mazowsze im. Tadeusza Sygietyńskiego pod kierownictwem dyrektora naczelnego Jacka Kalinowskiego, za całokształt 55-letniej działalności artystycznej i promocyjnej Zespołu w Polsce i w 48 krajach świata.

Nominacje do Honorowej Rady Oddziału Polskiego Światowej Fundacji Zdrowie – Rozum – Serce otrzymali:

- Profesor Aleksander Sieroń – nominację na przewodniczącego Honorowej Rady Fundacji
- Alicja Węgorzewska – nominację na członka Honorowej Rady Fundacji.



POŻYCZKA PREMIUM

11,5% - OPROCENTOWANIE NOMINALNE

Szanowni Państwo!!!

Specjalnie dla Państwa wprowadzamy zupełnie nowy produkt, który z pewnością wzbudzi Państwa zainteresowanie. Pożyczka Premium jest ofertą bardzo atrakcyjną ze względu na niskie oprocentowanie i małą prowizję. Zainteresowanych Lekarzy i Lekarzy Dentystów prosimy o kontakt z naszymi przedstawicielami przy Okręgowych Izbach Lekarskich.

LOKATY OD 5,5% w skali roku



PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:

Infolinia 0-801 88 88 11 (opłata jak za połączenie lokalne)

www.skokil.pl

SPRAWDŹ NAS!!!

REKLAMA

REKLAMA

Anegdoty z życia lekarzy i studentów

2 grudnia 2005 r. pięciorosobowe jury pod przewodnictwem dyrektora ds. handlu i marketingu Wydawnictwa Lekarskiego PZWL Marka Kłębowskiego dokonało oceny nadesłanych prac i wyłoniło zwycięzców konkursu *Anegdoty z życia lekarzy i studentów*. Celem tego konkursu było utrwalenie najzabawniejszych wspomnień z czasów studenckich.

Jury zdecydowało **nie przyznać pierwszej nagrody**, natomiast przyznało dwie równorzędne drugie nagrody oraz jedno wyróżnienie. Wyniki konkursu zostają ogłoszone w „Gazecie Lekarskiej” oraz na stronie internetowej Wydawnictwa Lekarskiego PZWL – www.pzwl.pl. Nagrody i wyróżnienia zostaną przesłane laureatom pocztą.

II nagroda – książki Wydawnictwa Lekarskiego o wartości katalogowej 700 zł otrzymują:

Michał Szymczak, student IV roku CM UMK w Bydgoszczy oraz dr med. **Józef Świrski** z Kudowy Zdroju

Wyróżnienie – książki Wydawnictwa Lekarskiego o wartości katalogowej 500 zł otrzymuje **Piotr Rzek** z Zabrze

Ból za mostkiem

Czasami dobrze byłoby, żeby część anegdot tylko nimi pozostała, by nie miała pierwszorzutu w życiu.

Rzecz działa się zeszłej jesieni przy niedzieli w okolicach Ostrołki. Jak to się mówi w tej okolicy: *Kurpsiowie (sic!) to lud bardzo prosty, a przy tym wytrzymały jak niedźwiedzie polarne...*

Do pogotowia ratunkowego zadzwoniła kobieta uskarżając się na silny ból za mostkiem.

– Od kiedy panią boli – zapytała dyspozytorka.

– Przeszło godzinę i z każdą minutą coraz to bardziej i bardziej.

– A czy ten ból gdzieś promieniuje?

– O tak, aż cała szczęka mnie boli i rwie

Po chwili takiej rozmowy pani siedząca przy telefonie w pogotowiu była już pewna, że to nie żarty, a rozpoznanie było niemal pewne, tym bardziej że pacjentka miała za sobą, jak wynikało z dalszej rozmowy, 2 zawały i przeszło 80 wiosen...

Ta okolica ziemi kurpiowskiej obfita jest w małe, dwuchałupowe, osady zaszyte gdzieś w głębi lasu. Tak było i tym razem. Po przeszło godzinnej jeździe zespół reanimacyjny stracił pośród leśnych przecinek i ścieżek orientację. Na szczęście napotkali grzybiarze pokazali im „skróty”, którym o własnych siłach *per pedes apostolorum* dotarli do wzywającej pomoc babinki po kolejnej godzinie.

Weszli do domu. Szczupła, blada jak kartka papieru kobieta siedzi przed telewizorem, ogląda Teleekspres, popija herbatę. Wstaje:

– Czego się panowie napiją? – pyta.

– My do chorej, gdzie leży? – pytają zaskoczeni sytuacją.

– Ależ to ja – ta odpowiedź wprawiła obecnych w całkowite osłupienie.

– Ale przecież zgłaszała pani ból zamostkowy. Czy jeszcze panią coś boli?

– Oj, boli, boli, więc piję sobie ziółka, żeby przestało.

– A gdzie boli?

– O tu – mówiąc to wyjęła protezę zębową z ust i pokazała, że boli za mostkiem...

Nie mogąc otrząsnąć się ze zdziwienia dla jakiegoż to bólu zamostkowego zostali wezwani

– oni, zespół karetki reanimacyjnej, na wszelki wypadek zabrali starowinkę do szpitala na obserwację.

Nic jej nie dolegało, ale nim trafili z powrotem do karetki minęło trochę czasu – dwie czy trzy godziny, jak to w puszczy.

Taki jest lud kurpiowski. Dostę (i) prosty i twardy, wszak większość mieszkańców wsi i osad żywi się wyłącznie ziemniakami i białą kapustą! Ot i morfologia mało książkowa, oj mało...

Michał Szymczak

student Collegium Medicum

UMK w Bydgoszcz, kierunek lekarski, IV rok

W poczekalni do lekarza czeka małżeństwo. Żona tyle troskliwa co apodyktyczna stale poucza męża jak ma się zachować, co powiedzieć, czego żądać i co przed lekarzem ukryć. Mąż, jowialny, stara się w różny sposób łagodzić sytuację przed innymi oczekującymi na badanie lekarskie, ale jest przytłoczony postawą żony, należy rozumieć jak zawsze. Wreszcie lekarz zaprasza, wchodzi mąż, trochę to trwa, a żona czeka. Po chwili mąż wychodzi, a żona zasypuje go pytaniami:

– A powiedziałaś wszystko? Niczego nie zapomniałaś? No i co ci powiedział?

– Nie mogę zmywać naczyń, bo płyny czystościowe mi szkodzą, nie mogę również odkurzać i trzepać dywanów, bo mam uczulenie na kurz, prać także nie mogę, bo para i proszki mi szkodzą, no i gotować nie mogę, bo od zapachów dostanę astmy i po zakupy też nie mogę chodzić, bo kolano mnie boli i jeszcze paru rzeczy nie mogę robić, ale to w szczegółach opowiem ci później.

– No to ja już w ogóle żadnej pociechy z ciebie mieć nie będę! Wykrzyknęła żona.

dr med. Józef Świrski

Kudowa Zdrój

Pijana staruszka

Godzina 2.30. Wezwanie – uraz głowy u 85-letniej kobiety. Wyjazd – zespół wypadkowy udaje się na miejsce zdarzenia.

Przyjeżdżamy pod jeden z typowych śląskich familoków. Ciemna noc. Po podwórzu snuje się podchmielony mężczyzna. Podchodzi do nas i bełkotliwym głosem się pyta:

– Paanowie zz pogotowia?

Otrzymuje twierdzącą odpowiedź.

– A to dobrze, to znaczy, że przyjechaliście do mojej matki.

Chwiejnym krokiem, bucząc coś pod nosem prowadzi nas do mieszkania. Otwiera drzwi. A w rogu koło pieca leży kobiecina z zakrwawionym czołem. Podchodzimy bliżej. A tu zapach gorzelnii. Odwracam się do osobnika podającego się za syna kobieciny:

– Czy piliście razem dzisiaj wódeczkę? – pytam.

– Onieeee. My dzisiaj nic nie pili... Aa aa wczoooooraj to owszem aaaale osobno.

Nie wdając się w dalsze dyskusje zaopatrziliśmy ranę na głowie i próbowaliśmy spionizować staruszkę. W tym momencie w babcię wstąpił wigo. I dalej wywija to nogami. to rękoma. Z ust sypią się różne.. soczyste słowa poczynając na panienkach lekkich obyczajów, a na elementach anatomicznych kończąc.

Jakimś cudem doprowadziliśmy panią do drzwi wejściowych. Za nami, płacząc się pod nogami szedł synuś pomagając nam „zrzucić” mamusię ze schodów. I przy tych drzwiach babcia trochę zaniemogła, a to za sprawą urazu czy też wypitej gorzałki. Próbowaliśmy jej pomóc ciepłym słowem:

– No jeszcze troszeczkę i zaraz pojedziemy na izbę – mając na myśli izbę przyjeść.

A tu jakby w babkę piorun strzelił. Wzbożęła swój język o jeszcze parę niezwykłych słów. Zaparła się w drzwiach i ani kroku dalej. Tutaj włączył się syn, prosząc

– Mamusiu, to nie są „niebiescy”... Oni zabiorą cię do szpitala... noooo... mamu kochana... Jedź z nimi, oni ci zrobią dobrze.

I dopiero po tej argumentacji udało się nam zaprowadzić starszą panią do karetki.

Po przywiezieniu do szpitala okazało się, że pani nigdy nie chorowała i nie była w szpitalu. Za to izbę wytrzeźwień odwiedzała dosyć często. Stąd jej niesamowite zachowanie.

Piotr Rzek
Zabrze

Poratowanie zdrowia nauczycieli

Zainteresowaniem przeczytałam artykuł dr. Bogdana Jakubskiego („GL” nr 2/2006) na temat urlopu dla poratowania zdrowia dla nauczycieli.

Jestem laryngologiem i stykam się z tym w codziennej praktyce. Pracowałam poprzednio w komisjach udzielających urlopu, obecnie jako indywidualny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Znowelizowana ustawa z 15 lipca 2004 r. w art. 73 p. 1 mówi m.in.: „...dyrektor szkoły udziela urlopu dla poratowania zdrowia, w celu przeprowadzenia zaleconego leczenia, w wymiarze nie przekraczającym jednorazowo roku, z zastrzeżeniem ust. 2”. Obecnie stoję przed problemem interpretacji określenia „jednorazowo”. Czy pod tym pojęciem kryje się udzielenie urlopu od razu, w całości, w wymiarze jednego roku? Czy też urlop ten może być udzielony w częściach, jednak tak, aby nieprzerwanie objął okres jednego roku? Czy kolejnych części tak udzielonego urlopu nie należałoby zaliczyć do nowego urlopu, a więc odczekać ustawową przerwę jednego roku? Leczona przeze mnie nauczycielka kończy półroczny okres urlopu i nie nadaje się do dalszej pracy. Co dalej? Dokończenie urlopu czy zwolnienie lekarskie?

Ewa z Krakowa

Pozwolę sobie posłużyć się przykładem okresu zasiłkowego. Wynosi on 182 dni i pracownik ma prawo do zasiłku chorobowego przez ten okres. Nie oznacza to wcale, że każdy chory musi tyle tego okresu wykorzystać. Mieć prawo do czegoś to jedno, a korzystać z tego, to zupełnie coś innego. Podobnie jest z urlopem dla poratowania zdrowia.

Nauczyciel po spełnieniu określonych warunków ma prawo do rocznego urlopu, co wcale nie oznacza, że tyle wykorzystać musi. W aspekcie medycznym propozycję daje lekarz leczący, kierując się stanem zdrowia pacjenta i wymogami terapeutycznymi. To on składa propozycję, czy odsunięcie nauczyciela od pracy w ramach urlopu powinno trwać 3 czy 12 miesięcy. Jeżeli sprawa od początku nie jest stuprocentowo jasna co do czasu trwania urlopu i wymaga kontroli np. po 3 czy 6 miesiącach, propozycja urlopowa winna być formułowana w takim właśnie wymiarze.

Jeżeli sprawa jest od początku ewidentna i od początku wiadomo, że chory nauczyciel wymaga odsunięcia od pracy na okres 12 miesięcy, orzeczenie lekarskie może być wydane na taki właśnie okres. Ostateczną decyzję podejmie jednak dyrektor i o tym trzeba pacjenta poinformować. Przykładem, kiedy urlop może trwać znacznie krócej niż rok, jest leczenie sanatoryjne w ramach NFZ.

Nauczyciele zwykle wnioskują o przyznanie im leczenia sanatoryjnego latem, w okresie wakacji. Nie zawsze to się udaje i bywa, że skierowanie do sanatorium przychodzi w październiku czy listopadzie. Urlopu jako takiego nie mają, więc zgłaszają się wtedy do lekarza prosząc o zwolnienie lekarskie. Wydanie zwolnienia w takim przypadku jest niedopuszczalne, bo powodem niezdolności do pracy byłaby nie choroba, lecz potrzeba wyjazdu. W takich sytuacjach lekarz może wydać orzeczenie o potrzebie udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia na okres trwania leczenia sanatoryjnego. W sytuacji pani pacjentki, skoro jest ona nadal niezdolna do pracy, powinna pani wydać orzeczenie o potrzebie udzielenia urlopu na okres dalszych 6 miesięcy, po których będzie musiała wrócić do pracy.

Bogdan Jakubski

Jubileusz

W dn. 9-12 lutego w Chicago lekarze, lekarze dentyści i weterynarii polskiego pochodzenia praktykujący w Stanach Zjednoczonych świętowali 60 rocznicę założenia Związku Lekarzy Polskich w Chicago (ZLP).



Od lewej: Władysław Cebulski, Barbara Roniker, Bronisław Orawiec, Anna Szpindor, Józef Mazurek, Marek Gawrysz

ZLP uważany jest za jedną z największych (blisko 500 lekarzy) i najaktywniejszych polonijnych grup medycznych na świecie. W programie obchodów rocznicowych znalazły się m.in. dwie sesje naukowe, 56 Bal Lekarzy i specjalna, uroczysta Msza św. w intencji polonijnej służby zdrowia.

Obchody jubileuszu ZLP zaszczytli m.in. byli prezesi, członkowie Zarządu i Związku, prelegenci sesji naukowych oraz goście z zagranicy: dr Zbigniew Kostecki z Niemiec, pełniący funkcję prezesa

Związku Lekarzy Polskich w Niemczech i przewodniczącego Kongresu Polonii w Niemczech, dr Krzysztof Makuch, przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce, prof. dr hab. Ryszard Poręba, członek Rady Naukowej Ministra Zdrowia RP i dr Wiktor Bogucki z Mołdawii.

„Nasza organizacja ma na koncie wiele osiągnięć i ważnych inicjatyw. Jednakże sądzę, że to właśnie takie spotkania jak dzisiejsze – imprezy towarzyskie i sportowe – prawdziwie scalają Związek” – zapewnia Bronisław Orawiec, prezes ZLP.

W dwudniowym sympozjum naukowym w Muzeum Polskim w Ameryce wzięli udział reprezentanci świata medycznego z 7 stanów USA i kilku krajów świata. Liczna delegacja lekarzy uczestniczyła w specjalnym bankiecie zorganizowanym na cześć prezydenta Polski Lecha Kaczyńskiego przez Kongres Polonii Amerykańskiej. Podczas sesji wyróżniono pamiątkowymi medalami 60-lecia ZLP byłych prezesów Związku Lekarzy: **Władysława Cebulskiego, Barbarę Roniker, Józefa Mazurka, Marka Gawryszę i Annę Szpindor.**

Wydarzeniem koronującym jubileusz był 56 Bal Lekarzy w renomowanym hotelu Drake, w śródmieściu Chicago, z udziałem ponad trzystu gości, m.in. konsula generalnego RP w Chicago Jarosława Łasińskiego z małżonką; Christophera Kurczaba, prezesa KPA na stan Illinois; dr. Stevena Malkina, prezesa Chicago Medical Society (CMS); Jamesa Tarranta, dyrektora wykonawczego CMS; J. Mori Johnsona, dyrektora Programu Międzynarodowego w American Medical Society (AMA); dr. Josepha Ungera, Illinois State Dental Society; dr Susan Ferraro, Chicago Veterinary Medical Association; siostry Donny Marie Wołowicki, wiceprezydenta Resurrection Healthcare.

Bale Lekarzy od lat służą gromadzeniu funduszy wspierających wiele szlachetnych celów. W tym roku zyski z imprezy przekazano na Fundusz Akademicki ZLP, stworzony z myślą o studentach polonijnych z rejonu Chicago, którzy studiują na wydziałach lekarskich, stomatologicznych lub weterynaryjnych tutejszych uczelni. Część dochodów z balu wesprze inicjatywę zainstalowania grupy rzeźb pt. „Agora” autorstwa znanej polskiej artystki Magdaleny Abakanowicz w Parku Granta w Chicago. Projekt, który zakłada wystawienie 100 figur o wysokości 9 stóp, jest wyrazem współpracy miast siostrzanych Chicago i Warszawy i będzie darem Polski dla Chicago. Jego koszt szacuje się na około 3,5 miliona dolarów.

Obchody 60-lecia Związku Lekarzy Polskich w Chicago okazały się sukcesem organizacyjnym, gromadząc na spotkaniach towarzyskich, sesjach naukowych czy wreszcie na Mszy św. w wypełnionym po brzegi kościele Trójcy Świętej rzesze członków ZLP.

Świętowanie tej pięknej rocznicy dało okazję nie tylko do przypomnienia i docenienia dotychczasowych osiągnięć i inicjatyw Związku, ale też stworzyło atmosferę, w której kielkowały pomysły na dalszą działalność.

Katarzyna Miszta, Bronisław Orawiec

Więcej – www.zlpchicago.org

Benefis Ryszarda Łopucha

W lutym br., w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, ponad dwustu przyjaciół (nie tylko lekarzy, ale i sportowców, artystów, dziennikarzy) uczestniczyło w wieczorze, na który z okazji swoich 65 urodzin zaprosił Ryszard Łopuch – od początku reaktywowanego samorządu lekarskiego jeden z najbardziej rozpoznawalnych działaczy izb lekarskich: Dolnośląskiej i Naczelnej Rady Lekarskiej.

Gospodarzem wieczoru, wyjątkowego w historii samorządu lekarskiego, był przewodniczący Dolnośląskiej Rady Lekarskiej Andrzej Wojnar. A wśród gości śpiewających sto lat prezes NRL Konstanty Radziwiłł i przedstawiciele izb lekarskich (i to nie tylko lekarze dentyści) z Dolnego Śląska (co oczywiste), ale także z Warszawy, Szczecina,



Ryszard Łopuch z synem Kubą i koleżankami Halinkami ze Szczecina (fot. Marek Stankiewicz)

Kielc, Białegostoku, Częstochowy, Krakowa, Nowego Sącza, a także z Niemiec. Oprawę artystyczną zapewnił Andrzej Dziubiński z Wałbrzycha.

Człowiek jest tyle wart, ile uczyni dobrego – goście i anegdota przy okazji tego spotkania opowiadane świadczą najlepiej o przyjaźni, jaką obdarza beneficjent tak wielu ludzi i o przyjaźni, jaką darzą go uczestnicy tego niezapomnianego wieczoru.

Ewa Gwiazdowicz

II Zimowy Piknik Lekarski

W dn. 4-6 lutego w Nowym Targu odbył się II Zimowy Piknik Lekarski połączony ze zgrupowaniem kadry polskich lekarzy w hokeju na lodzie. Kilkunastu lekarzy wzięło też udział w III Podhalańskim Biegu Papieskim z Gliczarowa Górnego do Nowego Targu.

Wnajbardziej wymagającym biegu na 40 km stylem klasycznym najlepszy czas z lekarzy uzyskał Wacław Ujwary (kategoria wiekowa B) z Nowego Targu, czas 2:33.50,2. Dalsze miejsca w tej kategorii zajęli także nowotarzańscy – Lucjan Habieda i Maciej Bryniarski. W kategorii C najlepszy był Marcin Zajusz z Andrychowa (2:40.32,3), który wyprzedził Jacka Łabudzkiego z San-domierza.

W biegu na 20 km wśród pań najlepsza była Dorota Sobel z Wodzisławia Śląskiego

z czasem 1:26.13,0, wyprzedzając w kategorii C Teresę Zajusz z Andrychowa. W kategorii B najlepsza była Lucyna Cichorz (Andrychów), przed Jolantą Walczewską (Kraków). W kategorii D zwyciężyła Bożena Wydro (Kraków).

Wśród mężczyzn na 20 km najlepszy był Jerzy Sobel (Wodzisław) z czasem 1:00.36,1 (kat. C), w kat. D wygrał Kazimierz Klecz (Tarnowskie Góry), w kategorii B Mirosław Cichorz (Andrychów) przed Maciejem Jachymiakiem (Nowy Targ) i Krzysztofem Walczewskim (Kraków).

Najstarszym uczestnikiem zawodów wśród lekarzy był 74-letni nowotarński stomatolog Roman Dzioboń, który uzyskał czas znacznie lepszy od młodszych o 40 lat kolegów, a i tak narzekał, że nie pobił najlepiej.

W zgrupowaniu kadry hokejowej wzięli udział: Sebastian Zalewski, Jan Ścigalski, Jacek Prusek, Krzysztof Miśkowiec (Kraków), Paweł Wołęjsza (Krosno), Adam Dyrda (Tychy), Dariusz Możdżeń, Sła-

womir Listopadzki (Bydgoszcz), Marcin Bierć, Marian Słowik (Białystok), Hubert Wolski, Witold Kalata, Maciej Jachymiak (Nowy Targ).

W rozegranym meczu Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie – Reszta Polski zwyciężyła OIL Kraków 4:1 (0:1,1:0, 3:0); bramki: Kalata 3, Wolski 1 – Dyrda 1.

Kadra Lekarzy uległa Kadrze Prawników 5:7 (0:2, 1:4, 4:1). Bramki dla lekarzy zdobyli: Możdżeń, Jachymiak, Kalata, Bierć, Wolski.

W drużynie lekarzy zabrakło trzech podstawowych graczy, nadających do tej pory ton gry: Tomasza Wanielisty (Pułtusk), Szymona Fornagiela (Kraków) i Piotra Śwista (Nowy Targ) i nie



Pierwszy z prawej trener Marian Pysz

pomogło nawet prowadzenie zespołu przez niedawnego trenera kadry narodowej Mariana Pysza. W pełnym składzie kadra hokejowa lekarzy będzie jednak coraz groźniejsza.

Maciej Jachymiak



REKLAMA

REKLAMA

Lekarski Klub Żeglarski „Bocianie Gniazdo” OIL w Warszawie zaprasza w sezonie 2006:

- Dzieci lekarzy oraz ich znajomych na rejsy:
– Obozy Żeglarskie Szlakiem Wielkich Jezior Mazurskich: 15-29.07., 29.07.-12.08.
– Zielone Szkoły pod Żaglami: 7-14.05., 14-21.05.
- Lekarzy, dzieci lekarzy oraz ich znajomych na:
– Szkolenia na Mazurach na stopnie:



Żeglarsza Jachtowego: 18.06.-1.07., 1-15.07., 19.08.-1.09., 1-14.09.; Sternika Jachtowego: 2-13.07., 21.08.-1.09., 1-10.09.; Młodszego Instruktora Żeglarstwa PZZ: 20.08.-1.09.; Instruktora Żeglarstwa PZZ: 1-12.09.; Sternika Motorowodnego, Starszego Sternika Motorowodnego, Licencje na Holowanie Narciarza Wodnego: terminy dowolne (wiosna, lato, jesień)
– Lekarskie Rejsy Rodzinne na Mazurach
– Rejsy Morskie – Bałtyk, Chorwacja
– Czarter Jachtu – Sasanka VIVA 700

Informacje: komandor Klubu lek. med. **Michał Szatanek**, tel. kom. 607-211-196, tel. dom. 0-48-333-28-80, e-mail: michal@szatanek.pl, Gadu-Gadu: 2627420, www.bocianiegniazdo.radom.net

VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Muchowym i Spiningowym

odbędą się w dn. 2-4.06.br. na rzece San. Informacje i zgłoszenia: dr **Maciej Fortuna**, e-mail: maciejfortuna@poczta.onet.pl, tel. kom. 604-230-468

III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Przelajowym

odbędą się 18.03.br. w miejscowości Falmirowice k. Opola. Wszystkie szczegóły na www.przelaj.punkt.pl

VI Jurajski Rajd Rowerowy Lekarzy

organizowany przez OIL w Częstochowie, odbędzie się w Podlesicach k. Częstochowy w dn. 24-25.06.br. Przygotowano trzy trasy: 10, 20 i 50 km. Każda będzie pilotowana przez profesjonalnego przewodnika PTTK. Koszt uczestnictwa 25 zł. Wpłaty na konto OIL Częstochowa, ul. Waszyngtona 42 lub osobiście w siedzibie OIL. Potwierdzenie wpłaty

należy przesłać faksem. Noclegi w Zajeździe Jurajskim. Możliwość rezerwacji pokoi 2- i 4-osobowych, w cenach od osoby: 4-os. z łazienką 30 zł, 4-os. bez łazienki 20 zł, 2-os. z łazienką 40 zł. Informacje: **Rita Idziak**, tel./faks 0-34-368-18-88, w. 300, e-mail: poczta@cil.finn.pl, czestochowa@hipokrates.org; **Tomasz Klimza**, tel. 691-488-383.

Zarząd Motocyklowego Klubu Lekarzy „DoctoRRiders” przy OIL w Łodzi

informuje, że spotkanie członków rozpoczynające sezon motocyklowy odbędzie się 8.04.br. o godz. 11.00 w Klubie Lekarzy Łódzkiej OIL przy ul. Czerwonej 3. **Włodek Dłużniński**, prezes Klubu.



III Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarstwie – klasa Omega

w dn. 26-28.05.br., na akwenie Jeziora Dąbskiego w Szczecinie, organizuje Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie, przy współpracy Yacht Klubu AZS Szczecin i pod patronatem NIL w Warszawie. Biuro regat: Yacht Klubu AZS w Szczecinie, ul. Przestrzenna 9, tel. 0-91-461-43-79, od 26 do 28.05.br. Zgłoszenia: **OIL w Szczecinie**, ul. **Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin**, e-mail: biuro@oil.szczecin.pl, tel. 0-91-487-49-36 wew. 106; dr **H. Teodorczyk**, tel. 0604-416-864, e-mail: halte@wp.pl. Zgłoszenia: do 3.05.br., wraz z opłatą. Startowe opłaca każda OIL za swoich reprezentantów: 800 zł od 3-osobowej załogi (wyłącznie lekarze!); opłata obejmuje: nocleg z 26/27 i z 27/28.05., śniadanie 26, 27 i 28.05., obiad 26 i 27.05. kolację 26 i 27.05.br. Organizator zapewnia, za dodatkową opłatą, zakwaterowanie w hotelu z 25/26.05. Wpłaty na konto: ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034, z dopiskiem „Regaty-Omega”. Nagroda główna: Puchar Prezesa NRL. Informacje i formularz zgłoszeniowy: www.bip.oil.szczecin.pl (komisje problemowe – Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji). Informacje o regatach i formularze zgłoszeń są we wszystkich OIL. Przewodniczący Komisji, Kultury, Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie lek. **Maciej Mroźewski**

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym

Nowy Targ, 12-14.05.2006 r.

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 11-osobowej Zakopane, 26-28.05.2006 r.

wiadomości na www.igrzyskalekarskie.org



BOGATY PROGRAM NAUKOWY

Wykład inauguracyjny:

prof. **Tadeusz Maliński** z Ohio University, USA
„Zastosowanie nanomedycyny w chorobach układów:
sercowo-naczyniowego i nerwowego”

Sesje:

etyczna, kardiologiczne, okulistyczne, onkologiczne, psychiatryczne, stomatologiczne, traumatologiczne

Targi pracy:

oferty pracy firm zatrudniających lekarzy poza granicami Polski
oferty polskich placówek ochrony zdrowia

Interesujące imprezy integracyjne:

piknik z zespołem „Ślask” w Koszęcinie
bankiet w hotelu „Mercurie-Patria”
wieczór w klubie jazzowym „Paradoks”

Ciekawe imprezy turystyczno-krajoznawcze:

VI Jurajski Rajd Rowerowy
zwiedzanie klasztoru na Jasnej Górze (w ramach opłaty wpisowej)
zwiedzanie muzeum produkcji zapalek (w ramach opłaty wpisowej)
plenery: malarski i fotograficzny oraz wystawy poplenerowe
wycieczki: śladami Jana Pawła II; Kraków - Wieliczka; Tarnowskie Góry

Igrzyska Polonijne:

tenis, golf, biegi, pływanie

Opłaty rejestracyjne (wpisowe):

wniesienie opłaty	do 31.03.06	do 31.05.06	na miejscu
lekarz	80 EURO (300 zł)	105 EURO (400 zł)	155 EURO (600 zł)
rezydent *	55 EURO (200 zł)	80 EURO (300 zł)	105 EURO (400 zł)
os. towarzysząca	43 EURO (150 zł)	43 EURO (150 zł)	43 EURO (150 zł)

* list potwierdzający od kierownika specjalizacji lub ksero karty specjalizacyjnej

VI ŚWIATOWY KONGRES POLONII MEDYCZNEJ

Plagi naszych
czasów: choroby
układu krążenia,
nowotwory, wypadki

CZĘSTOCHOWA
21-24.06.2006 r.

Szczegółowy harmonogram, koszty i warunki uczestnictwa a także formularze zgłoszeń znajdują się na stronie internetowej kongresu, poprzez którą można również dokonać zgłoszenia i rejestracji: www.kongrespoloniamedycznej.pl

Informacje:
Biuro OIL w Częstochowie
tel.: 034/ 368 18 88

Program pomocy

Przed V Światowym Kongresem Polonii Medycznej „Gazeta Lekarska” (czerwiec 2003) zadała pytanie: „**Czy Polska jest matką czy macochą dla polskich lekarzy z zagranicy?**”

Od lekarzy rozsiadanych po wielu państwach nadeszły pochlebne komentarze, że „Polska to Matka Dobrodziejka, co wybacza i pamięta; matczyna troska zasługuje na podziękę; czy dobra, czy zła, ale zawsze pamięta” itp.

A co teraz dzieje się z tą Matką Dobrodziejką? W ciągu ostatnich trzech lat służba lekarska w Polsce dyszy z powodu braku funduszy, kasy chorych umarły, a Narodowy Fundusz Zdrowia dogorywa.

Stworzenie Funduszu Pomocy Finansowej dla Szpitali i Pacjentów w Polsce wydaje się nagłą koniecznością!

W ostatnich dekadach ubiegłego stulecia setki tysięcy polskich lekarzy znalazło się w różnych państwach świata na dochodowych stanowiskach. A w XXI w. podobno kilka tysięcy lekarzy wyjechało z Polski do Anglii, Walii, Francji, Szkocji, Holandii, Danii, Szwecji, Niemiec i innych krajów na bardzo korzystne zarobki.

Lekarze ci zdobyli w Polsce dyplomy i praktykę zawodową, co w przeliczeniu pieniężnym wyrażałoby się w dziesiątkach tysięcy euro, dolarów czy funtów szterlingów.

Patriotyzm tych kolegów jest niewątpliwie duży, a zorganizowany plan pomocy finansowej mógłby przynieść ogromny zasiłek dla szpitali i pacjentów w Polsce. Wiele akademii, uniwersytetów medycznych i okręgowych izb lekarskich ma już działy współpracy z zagranicą, więc łatwo można by odtworzyć listę wychowanków i mieć stały kontakt z nimi.

Taki system jest szeroko praktykowany w innych państwach. W USA, np., wychowankowie szkół medycznych zbierają się corocznie w Dniu Dziękczynienia i wedle roczników ukończenia studiów, z przewodniczącym i sekretarzem każdego rocznika na czele, oferują zbieranie w ciągu roku – na zjazdach koleżeńskich, balach i innych imprezach – milionów dolarów, dla Alma Mater Matki Dobrodziejki, podstawowego źródła nauki i praktyki lekarzy, stomatologów, farmaceutów i pokrewnych kierunków.

Przy dobrej woli wszystkich zainteresowanych techniczne wykonanie tego ofiarnego programu pomocy finansowej dla potrzebujących szpitali i pacjentów w Polsce może być łatwo zrealizowane pod patronatem izb lekarskich i uczelni medycznych.

prof. Łukasz Kulczycki
Arlington, Virginia, USA

VI Kongres Medycyny Rodzinnej „Człowiek, medycyna, wszechświat” Toruń, 8-11 czerwca 2006 r.

Kongres to najważniejsze w tym roku spotkanie lekarzy rodzinnych oraz przedstawicieli środowiska medycznego zajmujących się podstawową opieką zdrowotną. Organizatorem jest Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLRWP).

Głównym celem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce jest rozwój medycyny rodzinnej poprzez promowanie adekwatnej edukacji w zakresie tej dyscypliny, wspieranie rozwoju zawodowego lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, wymiana doświadczeń zawodowych, a także integracja środowiska lekarzy rodzinnych. Realizacji tego celu służy już od wielu lat doroczny kongres. W tym roku na miejsce ogólnopolskiego zjazdu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wybrano Toruń.

Część merytoryczna Kongresu odpowiada podobnym imprezom organizowanym w Europie i na świecie pod egidą Światowej Organizacji Kolegiów i Stowarzyszeń Medycyny Rodzinnej, którego aktywnym członkiem jest KLRWP. W tym roku również zaplanowaliśmy liczne sesje wykładowe, edukacyjne, warsztatowe. Wszystkie są przygotowywane przez grono wysokiej klasy specjalistów z dziedziny medycyny rodzinnej z kraju i zagranicy oraz uznane autorytety z innych dyscyplin medycznych oraz szeroko rozumianej nauki. Lekarze rodinni oraz lekarze pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej bądź osoby współpracujące z tym sektorem świadczeń medycznych będą miały możliwość zaprezentowania własnego dorobku podczas prezentacji ustnych oraz sesji plakatowej.

Kongres to nie tylko miejsce do przedstawienia najważniejszych problemów klinicznych spotykanych w pracy lekarza rodzinnego, ale również dobra okazja do omówienia najistotniejszych problemów organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Udział blisko 1500 lekarzy rodzinnych podczas zeszłorocznego kongresu świadczy, że forma tego typu spotkań cieszy się rosnącym poparciem ze strony środowiska lekarskiego, a wartość merytoryczna prezentacji oraz wystąpienia jest z każdym rokiem coraz większa.

Jak co roku do udziału w części artystycznej zaprosiliśmy artystów. Wystąpią m.in. Maryla Rodowicz z zespołem oraz kabaret muzyczny Grupa MoCarta.

Szczególne i uaktualniane informacje o kongresie można uzyskać na stronie: www.ziz.com.pl/kongres2006. Kontakt telefoniczny: 012-429-50-15. Promocyjne opłaty kongresowe obowiązują do 25 lutego br. (JK)

Wydział Lekarski AM w Gdańsku, lata 1965-1971

Mija 35 lat od ukończenia studiów. Zapraszam na V Zjazd Koleżeński w dn. **26-28.05. br.** do Hotelu „Renusz” w Sobieszewie k. Gdańska, www.renusz.com.pl. Koszt bez noclegów – od absolwenta: w dn. 26-28 – 285 zł, 27-28 – 180 zł; od osoby towarzyszącej, odpowiednio – 235 zł lub 130 zł. Koszt noclegu 1 osoba/1 doba – 100 zł (ze śniadaniem). Informacje: www.absolventus.pl. Bardzo proszę o szybką decyzję, czekam na Was i gorąco pozdrawiam. Starościna roku **Hanna Lubowska-Piotrowska**, adres do kontaktu: ul. Wiejska 3 m. 1, 14-500 Braniewo, woj. warmińsko-mazurskie, tel. 0-55-243-21-42, tel. kom. 0603-406-934, 0502-038-786, e-mail: hanpio@poczta.fm

Wydział Lekarski i Oddział Stomatologii AM w Gdańsku, rocznik 1956-1961

Zjazd koleżeński w dn. **10-11.06.br.** w Juracie, Hotel „LIDO”, ul. Wojska Polskiego 20, tel. 0-58-675-25-54. Opłata od osoby: 250 zł. Konto: PKO BP SA Oddział/Gdynia – Edward Ordyniec (zjazd), nr konta: 28 1020 1853 0000 9302 0034 2592. Informacje: tel. 0691-355-224.

Wydział Lekarski UJ, rocznik 1945-1949

Spotkanie koleżeńskie w Krakowie **3.06.br. (sobota)**. W programie Msza św. o godz. 12.00 w nawie głównej bazyliki oo. dominikanów, a następnie wspólny obiad w „Convivium” (Collegium Novum UJ). Zgłoszenie udziału do **30.04.br.** na adres: prof. dr hab. Helena Żygulska-Mach, ul. Fredleina 13 m. 6, 30-009 Kraków, tel. 0-12-633-31-28

PAM w Szczecinie, rocznik 1966

Zjazd koleżeński z okazji 40 rocznicy ukończenia PAM w Szczecinie, w dn. **6-8.10.br.** w Świnoujściu, Hotel Atol. Koszt uczestnictwa 350 zł. Wpłaty na konto: Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, ING Bank Śląski, nr 98 1050 1559 1000 0022 17 16 8034, z dopiskiem: Zjazd „40 lat”. Zgłoszenia: Maryla Jackowska ul. 1-go Maja 20/16, 71-627 Szczecin, tel. 0-91-423-07-58 lub Danka Zych ul. Słowackiego 10/4, 71-434 Szczecin, tel. 0-91-422-78-16.

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rok 1981

27.05.2006 r. w Kazimierzu Dolnym w Hotelu „Zajazd Piastowski” spotkanie koleżeńskie z okazji 25 rocznicy otrzymania dyplomów lekarza. Przew. koszt kolacji ok. 175 zł. Zgłoszenie uczestnictwa oraz ew. rezerwacja hotelu bezpośrednio w recepcji hotelu lub e-mail: zajazd@zajazdpiastowski.pl albo tel.: 0-81-889-09-00. Potwierdzeniem zgłoszenia jest dokonanie całościowej wpłaty (kolacja + ew. nocleg) do 31.03.br. na konto hotelu: BISE I Oddz. Warszawa 37 1370 1109 0000 1701 4790 3700 tytułem: Opłata uczestnictwa w zjeździe koleżeńskim – rocznik 1981. Informacje: Janusz Klatka, tel. 0-81-750-31-09 (po 20.00), kom. 0603-593-259, e-mail: janusz.klatka@poczta.onet.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl

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

- **17.03.2006 r.** Białystok. Firmy: Sanum-Polska Sp. z o.o., 3M Poland Sp. z o.o. oraz Apteka „Horn” zapraszają do udziału w spotkaniu naukowym: **Zastosowanie leków izopatycznych w stanach zapalnych i grzybicy jamy ustnej; Leczenie preparatami izopatycznymi w wybranych schorzeniach z zakresu chirurgii stomatologicznej; Kliniczne aspekty wykonywania znieczuleń miejscowych w stomatologii.** Prawo do punktów edukacyjnych. Informacje i zapisy: tel. 0-91-812-38-04, faks 0-91-812-38-05, www.sanum.com.pl, e-mail: sanum@sanum.com.pl
- **24-25.03.2006 r.** Poznań. III **Reperytorium Pulmonologiczne.** Zgłoszenia: formularz rejestracyjny na stronie Kliniki: www.sk1.am.poznan.pl/ftyzjo pod odnośnikiem konferencja, e-mail: repetytoriumpoznan@poczta.fm, tel.: 854-93-95 lub faks: 854-93-91/841-70-61. Informacje: Sekretariat Konferencji - Katedra i Klinika Ftyzjopneumonologii AM w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 84, tel. 0-61-85-49-395 lub tel./faks: 0-61-841-70-61. Opłata: 150zł; osoby poniżej 30 r. życia 70 zł. Punkty edukacyjne.
- **30 i 31.03.2006 r.** Warszawa. Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce we współpracy z OINpharma sp. z o.o. zaprasza na kolejną edycję 2-dniowego kursu medycznego z warsztatami: **Podstawowe zasady prowadzenia badań klinicznych**, przeznaczonego dla lekarzy i innych członków zespołów prowadzących **badania kliniczne leków.** Punkty edukacyjne. W sprawach organizacyjnych kontakt z Działem Szkoleń OINpharma: e-mail: szkolenia@oinpharma.pl, tel.: 0-22-578-00-03, 578-00-05, faks: 0-22-632-25-82
- **20-22.04.2006 r.** Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu, Stowarzyszenie Przyjaciół Medycyny Ro-

dzinnej i Lekarzy Rodzinnych, Studentkie Koło Naukowe Medycyny Rodzinnej przy Instytucie Pielęgniarstwa Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu zapraszają na: **XIV Ogólnopolski Zjazd Studenckich Kół Nefrologicznych oraz Medycyny Rodzinnej** z udziałem lekarzy. Ośrodek wczasowy „Stokrotka” w Karpaczu. Adres do korespondencji: Komitet Organizacyjny XIV Ogólnopolskiego Zjazdu SKN, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM, ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław, tel: 0-71-326-68-71, faks: 0-71-325-43-41, www.zmr.am.wroc.pl. Opłata zjazdowa: uczestnik: 220 zł. Osoba towarzysząca: 180 zł. W ramach opłaty zapewniamy materiały zjazdowe (uczestnik), noclegi, pełne wyżywienie, bankiet, ognisko – zarówno dla uczestnika, jak i osoby towarzyszącej. Kontakt w sprawach organizacyjnych: Alicja Jasińska, tel. kom. 0504-676-778, konferencja2006@yahoo.com. Zapraszamy serdecznie studentów, lekarzy stażystów, lekarzy rodzinnych, nefrologów oraz wszystkich zainteresowanych!

- **24.04.2006 r.** Wrocław. Ośrodek Terapii Fagowej NZOZ przy Instytucie Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu zaprasza na konferencję naukową: **Terapia fagowa – podstawy i możliwości zastosowania w medycynie.** Informacje: www.iitd.pan.wroc.pl/events/konferencja060424.html. Kontakt: Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN, ul. Weigla 12, 53-114 Wrocław, tel. 0-71-337-34-91, faks 0-71-337-21-71, e-mail: agorski@ikp.pl, weber@iitd.pan.wroc.pl lub nzoz@iitd.pan.wroc.pl
- **8-4.06.2006 r.** Ciechocinek. Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy **Stomatologów**, pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej OIL, organizuje jednodniowy kurs: **Wybrane zagadnienia: Nadwrażliwość błony. Diagnostowanie wczesnych zmian próchnicowych. Erozje zębów.**

Autotransplantacja zębów. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 0-54-231-51-57, 0-54-231-04-16.

- **8-9.04.2006 r.** Kraków. Kurs: **Diagnostyka obrazowa w pediatrii. Obrazowanie ultrasonograficzne.** Część I. Koszt uczestnictwa - 390 zł, z noclegiem - 490 zł (nocleg, wyżywienie, materiały naukowe, imprezy towarzyszące). Wpłaty do 15.03.br. na konto (z podaniem nazwy kursu): Bank BPH Oddział w Krakowie, ul. Kalwaryjska 22, nr 26 1060 0076 0000 3260 0080 7655. Zgłoszenia faksem do 15.03.br.: 0-12-654-99-79. Organizator: „KANA-Centrum” Krakowskie Centrum Szkoleniowe, 30-698 Kraków Gólkowice 135. Informacje: Katarzyna Strzępek, tel. 510-707-559.
- **18-20.05.2006 r.** Warszawa. Centrum Dydaktyczno-Kongresowe, ul. Żwirki i Wigury 61 A. Instytut Stomatologii AM w Warszawie organizuje **Pierwszą Międzynarodową Konferencję Stomatologiczną Zachód – Wschód**, dla lekarzy stomatologów, lekarzy, techników dentystycznych i higienistek stomatologicznych (do 3000 osób jednocześnie). Delegacje z 16 krajów UE i Europy Wschodniej. 22 punkty edukacyjne dla uczestniczących lekarzy stomatologów i lekarzy. Zgłoszenia: Dyrekcja Instytutu Stomatologii, 02-005 Warszawa, ul. Lindleya 4, paw. VIII, tel. 0-22-502-17-97, faks 0-22-502-21-33, e-mail: Janusz.piekarczyk@rektorat.amwaw.edu.pl
- **8-10.06.2006 r.** Local Organizing Committee cordially invites you to the **East European and Mediterranean Cerebral Palsy and Developmental Medicine Congress** which will take place from 8th to 10th June, 2006 at the Marriott Hotel in Warsaw. Address: Al. Jerozolimskie 65/79, 00-697 Warsaw, Poland. Tel: +48 22 630 63 06, +48 22-830-03-11, www.marriott.com/wawpl, marriott@it.com.pl. It is expected that the Conference will be attended by approximately 1000 experts in the field of developmental medicine, orthopedics, rehabilitation, pediatric neurology and physiotherapy from Europe and beyond. Conference topics are the clinical problems of cerebral palsy child. The conference languages will be English. English – Polish simultaneous translation will be provided. Early registration dead line 15 February, 2006. Early registration fee 250 EUR, Registration fee after 15, Feb 300 EUR, Students early registration 150 EUR, Students accompanying persons registration fee 50 EUR. Registration fee for delegates includes admission to the Meeting and the exhibition, documentation, coffee breaks, lunches, Get Together. Registration fee for accompanying persons includes Get Together, sightseeing tour – for more information please see conference website www.aacpdm.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Szkolenia w Marcu 2006

- Kurs nr 02/06 – **24.03.2006**, godz. 11.30-16.45. **Częstochowa**, ul. Zaciszańska 45 - DEK-TA. Opłata 250,- (6 godz. szkolenia – 6 pkt. edukac.)
- Kurs nr 03/06 – **25.03.2006**, godz. 10.00-17.00. **Sandomierz**, Hotel Basztowy, pl. Ks. J. Poniatowskiego 2, www.hotelbasztowy.pl. Opłata 290,- (8 godz. szkolenia – 8 pkt. edukac.)
- Kurs nr 04/06 – **26.03.2006**, godz. 10.00-17.00. **Radom**, Hotel Gromada, ul. Bulwarowa 15. Opłata 290,- (8 godz. szkolenia – 8 pkt. edukac.)
- Wykładowca: **prof. dr hab. n. med. Krystyna Lisiecka-Opalko**
- Organizator: **Towarzystwo Szkolenia Podyplomowego EURODENS, www.eurodens.pl**
- TEMAT 1: 1. Zastosowanie fizykoterapii w leczeniu powikłań, które mogą wystąpić po znieczuleniu przewodowym i po niektórych trudnych zabiegach chirurgicznych: - magnetostymulacja, - ozonoterapia, 2. Znaczenie diagnostyki fizycznej w postępowaniu klinicznym. Zalety i wady wybranych fizykalnych testów diagnostycznych - Termodiagnostyka, - Elektrodiagnostyka, - Laserodiagnostyka, - Rentgenodiagnostyka, 3. Możliwość likwidacji lęku i bólu stomatologicznego bez farmakoterapii - magnetostymulacja - magnetoledoterapia - abrazja powietrzna
- TEMAT 2: 4. Wybrane zabiegi współczesnej fizykoterapii w leczeniu endodontycznym – badania własne. - Magnetostymulacja, - Magnetoledoterapia, - Ozonoterapia, 5. Przy-padki replantacji siekaczy wspomaganie leczeniem fizykalnym

Wydawnictwo Roztoczańskiej Szkoły Ultrasonografii

22-400 Zamość, ul. Kilińskiego 75,
tel. 084-638-55-12, 638-80-90, 638-80-91, fax 084-638-80-92,
e-mail: rsu@roztocze.pl, www.usg.com.pl



Błędy i pomyłki w diagnostyce ultrasonograficznej

pod red. Wiesława Jakubowskiego
seria: **Praktyczna Ultrasonografia**
Warszawa-Zamość 2005, s. 245

Zawiera rozdziały: Źródła i przyczyny błędów i pomyłek w diagnostyce ultrasonograficznej; Zjawiska fałszujące obrazy ultrasonograficzne – artefakty; Artefakty w badaniu dopplerowskim; Błędy i pomyłki w diagnostyce ultrasonograficznej tarczycy; Błędy w diagnostyce usg ślinianek i węzłów chłonnych położonych powierzchownie; Błędy w diagnostyce sutków; Błędy w diagnostyce usg wątroby i dróg żółciowych; Błędy w diagnostyce usg zmian ogniskowych w wątrobie; Błędy w diagnostyce usg śledziony; Błędy w diagnostyce usg trzustki; Błędy w diagnostyce żołądka i jelit; Błędy w diagnostyce usg układu moczowego, stercza, moszny i przestrzeni zaotrzewnowej; Błędy i pomyłki w ultrasonografii pediatricznej; Błędy i pomyłki w diagnostyce ultrasonograficznej układu mięśniowo-szkieletowego; Błędy i pomyłki w diagnostyce usg naczyń krwionośnych.



Diagnostyka obrazowa w chorobach sutka

pod red. Wiesława Jakubowskiego
seria: **Praktyczna Ultrasonografia**
Warszawa-Zamość 2005, s. 158

Zawiera rozdziały: Rak sutka jako populacyjne zagrożenie dla zdrowia i życia kobiety zachodniego świata; Standardy i możliwości mammografii w diagnostyce chorób sutka; Komplementarność mammografii i sonomammografii w diagnostyce chorób sutka; Standardy i możliwości mammografii rezonansu magnetycznego w diagnostyce chorób sutka; Standardy i możliwości obrazowania węzłów chłonnych w chorobach sutka; Standardy i możliwości badań izotopowych w diagnostyce chorób sutka; Standardy i możliwości badań mikroskopowych w diagnostyce chorób sutka; Diagnostyka obrazowa w chorobach sutka – punkt widzenia chirurgii; Współczesne możliwości leczenia raka sutka; Choroby sutka a hormonalna terapia zastępcza; Diagnostyka obrazowa w chorobach młodzieńczego sutka; Sonomammografia męskiego sutka; Algorytm diagnostyczny z wykorzystaniem badań obrazowych i mikroskopowych w chorobach sutka.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 19. Zamówienia: (tel. 0-22-695-44-87, infolinia 0801-142-080, www.pzwl.pl, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1, skr. poczt. 379) realizowane są za zaliczeniem pocztowym (7 zł, zam. powyżej 150 zł – bezpłatnie). Realizacja: 3 dni robocze. Pełna oferta: www.pzwl.pl oraz Katalog Wydawnictwa.



Interna dla stomatologów

Gerd Oehler, Walter H. Krauze
wyd. I, Warszawa 2006, s. 560

Publikacja zwraca szczególną uwagę na związki i zależności istniejące między stomatologią a interną. Omawia schorzenia internistyczne m.in. z dziedziny kardiologii, gastroenterologii, nefrologii, pulmonologii, hematologii, endokrynologii, z którymi styka się najczęściej lekarz stomatolog. Szczegółowo omówiono obrazy kliniczne tych chorób, ich diagnostykę i leczenie. Sporo uwagi poświęcono zmianom błony śluzowej, jamy ustnej oraz schorzeniom psychosomatycznym. Książka skierowana do studentów. Opatrzona licznymi tabelami i ilustracjami, które pomagają w przyswojeniu wiadomości.



Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego

pod red. Elżbiety Walewskiej
wyd. I, Warszawa 2006, s. 388

Podręcznik adresowany do studentów wyższych studiów zawodowych oraz pielęgniarzek, które chcą zdobyć wiedzę nt. pielęgniarstwa chirurgicznego. Porządkuje wiedzę i ułatwia wykorzystanie jej w praktyce. Opracowany przez doświadczonych nauczycieli z Instytutu Pielęgniarstwa oraz Wydziału Lekarskiego Collegium

Medicum UJ. Szczegółowo omawia zasady opieki nad pacjentem leczonym chirurgicznie po zabiegu i w czasie rekonwalescencji. Przedstawia jednostki chorobowe, diagnostykę, metody operacyjnego leczenia, możliwości powikłań. Zawiera pytania testowe.

Wydawnictwo Continuo

53-505 Wrocław, ul. Lelewela 4, pok. 325, tel. 071-791-20-30,
tel./faks 071-343-90-18 w. 223, e-mail: wydawnictwo@continuo.wroclaw.pl,
www.continuo.wroclaw.pl, biuro@continuo.wroclaw.pl

Marketing w aptece

Katarzyna Szalanka

Wrocław 2005, s. 100, cena 35 zł

Poradnik dla właścicieli, kierowników i pracowników aptek oraz dla osób przygotowujących się do pracy w branży: studentów farmacji i innych uczelni kształcących specjalistów z dziedziny farmakoekonomiki oraz marketingu. W publikacji szczególnie miejsce poświęcono nowoczesnemu zarządzaniu apteką, rozpoznaniu rynku, zastosowaniu narzędzi marketingowych w aptece.



Miłość, hormony i seks

pod red. Zygmunta Zdrojewicza

Wrocław 2005, s. 108, cena 21 zł

Publikacja rekomendowana przez Pol. Tow. Seksuologiczne. Wprowadza czytelnika w mało jeszcze poznany, ale cieszący się rosnącym zainteresowaniem „świat” chemii, miłości i seksu. W oparciu o najnowsze wyniki badań naukowych przedstawia złożoność naszej seksualności łącząc poziom naukowy z popularyzacją wiedzy. Odkrywa przed nami tajemnice miłości i więzi między partnerami, przedstawiając nowe horyzonty i możliwości w leczeniu zaburzeń seksualnych i zaburzonych relacji między partnerami.



Ponadto nadesłano

Orzecznictwo rentowe

Ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii

Tomasz Zyss

Wydawnictwo Medyczne, wyd. I, Kraków 2006,
s. 206, cena detal. 35,00 zł, rozpowszechnianie: Prawnicza
Księgarnia Wyszyńska tel./faks: 012-413-68-78,
e-mail: info@interesik.pl, info@pkw.pl

Książka zawiera: rys historyczny, ramy prawne i etyczne orzekania, szczegółowe wytyczne orzecznictwa, rodzaje świadczeń, orzecznictwo o niezdolności do pracy, orzecznictwo dotyczące konkretnych jednostek chorobowych, rentowe i pozarentowe orzecznictwo psychiatryczne dot. dzieci i młodzieży, dokumentację choroby pacjenta. Publikacja może być wykorzystywana do szkoleń i w praktyce orzecznictwej zarówno przez biegłych lekarzy, sędziów orzekających i pełnomocników.



Prorok

Khalil Gibran

czyta Mirosław Neinert

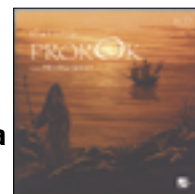
płyta 2CD, cena 35 zł

**Śląskie wydawnictwo książek do słuchania
Aleksandria,**

41-200 Sosnowiec, ul. Modrzejowska 20/6,

tel. kom. 0600-262-100, www.aleksandria.net.pl, www.audiobook.pl

28 krótkich tekstów refleksji pełnych poetyckiego uroku, zmuszających do chwili zadumy. Oto niektóre tematy: O dawaniu, O pracy, O dzieciach, O bólu, O radości, O smutku, O szatach, O rozsądku i namietności, O mówieniu. W planach wydawnictwa są jeszcze inne pozycje dla różnych grup odbiorców, np. „Wizyty aniołów” Anny Wrzosa – czyta Anna Dymna, „Święta Rito od Rzeczy Niemożliwych” Marty Fox czytany przez autorkę, a także takie jak: „Opowiadania” Henryka Sienkiewicza, czy „Pies Baskervillów” Artura Conan Doyle’a.



opr. md