

3 2008

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Pismo Izby Lekarskich

Egzemplarz bezpłatny



Projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

**Bez
społecznego
nadzoru
i bez
konkursów**



Nadzieja karmi, a nie tuczy

22,8 tys. lekarzy zabrakłoby w polskiej ochronie zdrowia, gdyby gremialnie odmówili podpisania klauzuli opt-out – ujawnił wiceminister zdrowia Marek Twardowski. Ale nie odmówili i nie dobili śmiertelnie rannego systemu. Z kraju wyjechał już co piąty anestezjolog, co szósty torakochirurg i co dziesiąty patomorfolog, często ten jedyny w powiecie. 11,5 tys. lekarzy nie wykonuje zawodu, z czego wielu poszukiwało sobie spokojniejszego i lepiej płatnego zajęcia, a niektórym zaczęło się naprawdę dobrze powodzić. Zalew medyków z zagranicy też nam nie grozi, w Polsce pracuje 777 obcokrajowców (0,6%). Opanowanie języka polskiego jest piekielnie trudne, płaca marna, perspektywy na dobre życie niepewne. Wprawdzie rządowe hufce partyjne nie straszą już lekarzy procesami o zabójstwa, to zdaniem Magdaleny Kochan z Platformy Obywatelskiej ostatnie wydarzenia pokazały, że nie można liczyć na uczciwość i rzetelność lekarzy w wydawaniu zwolnień. Górnicy z Budryka, którzy żądali wyższych pensji, w ramach protestu gremialnie się rozchorowali. Choroba dziesiątkowała również celników na granicy, pójdziem na L4 straszą policjanci, nie lepsi są sami lekarze, którym nagle braknie zdrowia na nartach w Dolomitach. Pani Magdalena jest muzykiem, nauczycielką gry na fortepianie, społecznikowskie szlify zdobywała w Goleniowie na zachodnim Pomorzu i profesjonalna wrażliwość każe jej rozprawić się z obibokami, symulantami i małwersantami również na odcinku lekarskim. Będziemy przyglądać się jej sukcesom.

Rządowa studniówka przyniosła nowe obietnice, opakowane w znane już umizgi do lekarskiej młodzieży. Minister Ewa Kopacz zapowiedziała zniesienie lekarskiego stażu podyplomowego i reorganizację ostatniego roku studiów, wzbogaconego zajęciami praktycznymi i zwieńczonego LEP-em oraz uzyskaniem prawem wykonywania zawodu, 13 miesięcy wcześniej niż dotychczas. Wszystkim absolwentom minister zapewni dostęp do specjalizacji, a zaoszczędzone pieniądze przeznaczy na podwyższenie wynagrodzeń dla rezydentów, w zależności od zaawansowania rezydentury. Zniknie podział na specjalizacje podstawowe i szczegółowe. Zrezygnujemy z rozmowy kwalifikacyjnej w postępowaniu do rozpoczęcia specjalizacji, bo jest ona tylko źródłem nadużyć – mówi chórem wódatze Ministerstwa Zdrowia. Absolutną „bombą” ma być skrócenie specjalizacji nawet o 3 lata. Na razie mówi się o neonatologii, anestezjologii, fizjatrii i pulmonologii. Po pierwszym roku specjalizacji wszystkich czeka egzamin z ratownictwa medycznego. Dlaczego oczekiwany cud jeszcze się nie ziścił? Bo poprzednicy źle oszacowali koszty wejścia w życie dyrektywy unijnej o czasie pracy, a w ogóle mamy pozorną bezpłatność ochrony zdrowia, nie odpowiadającą potrzebom pacjentów strukturę szpitali, zamieszanie związane z listą leków refundowanych, za mało specjalistów, brak właściwego nadzoru nad pracą SPZOZ-ów ze strony organów założycielskich i system, który umożliwia i wręcz skłania do niegospodarności – wylicza jednym tchem minister Ewa Kopacz. A co najgorsze, brak strategii wynagradzania personelu medycznego powiązanego z zaangażowaniem w wykonywaną pracę – dodaje.

Co się zrobi z niedobrymi szpitalami? To pacjenci dokonają wyboru – prorokuje minister. Według niej porządnym szpitali jest ok. 40 proc. Resztę czeka restrukturyzacja z pomocą państwa. „Nie boję się wypowiadać na głos słowa prywatyzacja, bo prywatyzacja nie myli mi się z prywatą” – mówi w wywiadzie dla dziennika „Polska” Ewa Kopacz.

Kiedy lekarze będą zarabiać 11 tys. zł? Niektórzy już dawno zarabiają – spieszy z wyjaśnieniem minister. Wielu osiągnie ten poziom w 2010 r., chociaż nie wszyscy – ostrzega tajemniczo dr Ewa. No cóż, pieniądze szczęścia nie dają. Dopiero zakupy.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Czy kupiłbyś akcje sprywatyzowanego szpitala?	4-5
Okiem Prezesa	5
Zagrożona reforma	6-7
Zadłużenie (nie)kontrolowane	8
Wielkanocne życzenia	10
Apel do naszego środowiska	11
Bez gruszek na wierzbie i świętego spokoju	12-13
Przekleństwo dla chorych	14-15
W pogoni za wolnym zawodem	16-19
Bez społecznego nadzoru i bez konkursów	20-23
Podpis elektroniczny dla medycyny	22
Przychodzi lekarz do prawnika	28-30
Na początku był wiek złoty, czyli o wolnym zawodzie lekarza	32-33
Lekarski sport	34,37
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	36-37
Książki nadesłane	38-39
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	46-60
Ogłoszenia różne	60
Program TVN Med	61

Biuletyn NRL 41-45

Wesołego
Alleluja!

życzy redakcja



Podaruj **1%** Twojego podatku
POLSKIEMU TOWARZYSTWU LEKARSKIEMU
KRS 0000135837

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

Czy kupiłbyś akcje sprywatyzowanego szpitala?

Nasz szpital jest w dobrej kondycji finansowej, bo kilka lat temu, kiedy wszyscy wokół się zadłużali, „postawiliśmy” na hemodynamikę i kardiologię. To okazało się strzałem w dziesiątkę i dziś przynosimy zyski, co oznacza, że wykupienie akcji takiego szpitala może być opłacalne. Dlatego bardzo chętnie, jeśli nasz szpital zostanie sprywatyzowany, kupię akcje. I sądzę, że moi koledzy też będą zainteresowani.

*Marzena Plucińska
kierownik działu wewnętrznego
SP ZOZ w Nowej Soli*

Nie bardzo sobie wyobrażam, by tak duży szpital jak WCM chciał ktoś prywatyzować. Nie mówiąc o tym, że spółka pracownicza byłaby za słabym podmiotem do prowadzenia tego typu placówki. Moim zdaniem nie miałyby to sensu, a jeśli nawet chciano by nas sprywatyzować, to z pewnością ani ja, ani moi koledzy nie pokusilibyśmy się o zakup akcji.

*Jerzy Jakubiszyn
ordynator oddziału laryngologii
Wojewódzkiego Centrum Medycznego
w Opolu*

Najpierw trzeba by było ustalić ramy prywatyzacji, jak ona ma przebiegać itp., bo obecne zapisy są nie do przyjęcia. Przede wszystkim przekształcenie szpitala w spółkę bez zapewnienia mu finansowania na odpowiednim poziomie (właściwej wyceny procedur) niczego w sytuacji placówek nie zmieni. Poza tym według ustawy akcjonariat pracowniczy nie ma sensu, bo przepisy mówią o tym, że spółka nie będzie wypłacać dywidendy, tylko zyski będzie przeznaczać na działania statutowe. To ozna-

cza, że pracownicy nic na posiadaniu akcji nie zyskają, a sprzedać je będą mogli dopiero po 5 latach. Dopóki te zapisy nie zostaną zmienione, to nie sądzę, by jakikolwiek lekarz chciał kupić akcje swojego szpitala.

*Dariusz Hankiewicz
dyrektor SP ZOZ
w Radzynie Podlaskim*

Tak, bardzo chętnie kupiłbym akcje szpitala, w którym pracuję. Chociażby po to, by mieć większy wpływ na to, co w placówce się dzieje, np. zakupy sprzętu, leków czy remonty. W końcu nie zysk (np. z obrotu akcjami) jest najważniejszy.

*Andrzej Pyrich
Szpital Specjalistyczny
w Nowym Sączu*

Oczywiście, bardzo chętnie stałabym się posiadaczką akcji swojego szpitala. Nie wiem tylko czy są jakieś plany, by prywatyzować naszą placówkę. Ale jeśli byłaby taka możliwość, to chętnie bym z niej skorzystała. Przede wszystkim dlatego, że prywatyzacja okulistyki oznacza czysty zysk – przestałyby nas obowiązywać limity NFZ i wreszcie można by racjonalnie wykorzystać i sprzęt, nie byłoby pustych łóżek. Inaczej mówiąc moglibyśmy leczyć więcej pacjentów. Mój oddział i tak jest dochodowy, ale po przekształceniu mógłby zarabiać więcej. Także cały szpital nie ma długów i dlatego myślę, że wiele moich koleżanek i kolegów też byłoby zainteresowanych akcjami.

*Halina Piotrowska
ordynator oddziału okulistycznego
Szpitala Powiatowego w Zgorzelcu*

A co o prywatyzacji sądzą pacjenci?

Jeśli prywatyzacja oznacza krótsze kolejki do zabiegów, to jak najbardziej jestem za. Ale nie jestem pewna czy – mając oczywiście trochę „wolnej” gotówki – kupiłabym akcje szpitali. Raczej wolałabym je zainwestować w inny sposób, np. w jakiś fundusz inwestycyjny czy dobrą lokatę bankową. Nie znam się dobrze na giełdzie i jeśli tam miałyby się pojawić akcje szpitali, to myślę, że raczej nie spotkałyby się z dużym zainteresowaniem.

*Dorota Mierzejewska
kosmetyczka*

Raczej nie. Wątpię bowiem czy sprywatyzowane szpitale przyniosłyby jakiś zysk. A nawet jeśli, to z pewnością trzeba by było długo na niego czekać. Na pewno najpierw trzeba byłoby je dokapitalizować, niektóre nawet o 100 proc., aby podnieść ich wartość, a nie sądzę, by rzesza drobnych akcjonariuszy była w stanie zapłacić za to. Za to bardzo chętnie kupiłabym akcje prywatnych szpitali, np. Damiana czy powstającego właśnie szpitala Medcoveru.

*Luiza Jakubiak
dziennikarka*

Nie wiem czy w ogóle prywatyzacja szpitali to dobry pomysł, a na pewno nie rozwiąże on wszystkich problemów, z jakimi dzisiaj borykają się placówki. Nie kupiłbym akcji szpitala, bo nie sądzę, aby była to opłacalna inwestycja.

*Przemysław Niewęglowski
informatyk*

Jeśli takie akcje miałby przynosić zyski albo chociażby zapewnić mnie – jako akcjonariuszowi – szybką, sprawniejszą opiekę ze strony personelu „mojego” szpitala, to dlaczego nie miałabym ich kupić? W końcu jeszcze niedawno czy pacjent chciał czy nie chciał musiał wykupić różnego rodzaju cegiełki, by dostać się na zabieg.

*Krystyna Lipińska
księgowa*

opr. Agnieszka Katrynicz

Okiem Prezesa



Miesiąc temu pisałem o nie najlepszych pomysłach zawartych w pierwszych projektach ustaw mających zapowiadać całościową reformę systemu ochrony zdrowia. Niestety, dziś po obejrzeniu kompletu projektów ustaw – nie rządowych, lecz poselskich, ponieważ przy takim dziwnym, rozmywającym odpowiedzialność i niesłuchanie utrudniającym prawdziwe konsultacje sposobie zgłaszania projektów uparł się rząd – ocena całości nie jest lepsza. Mamy do czynienia z rozbiciem na 4 projekty dotychczasowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, projektem scalającym rozproszone dotąd przepisy dotyczące praw pacjenta oraz projektem ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Jeśli chodzi o nowe przepisy dotyczące zakładów opieki zdrowotnej, to wprowadzają one możliwość przekształcania SP ZOZ-ów w spółki. Projektodawcy nie zająknęli się jednak na temat problemu poradzenia sobie z długami SP ZOZ-ów oraz takiego finansowania nowych „przedsiębiorstw opieki zdrowotnej”, aby nadal realizując misję w stosunku do pacjentów nie popadały w tarapaty finansowe. Poza pomysłem prywatyzacji nie ma w tych chaotycznie napisanych projektach nic specjalnie nowego. Nic nowego w zakresie praw pacjentów nie proponuje się w projekcie ustawy mającym uregulować tę kwestię w jednym akcie prawnym. Zaskakujące jest natomiast wprowadzenie do niego całości przepisów mających regulować sprawę dokumentacji medycznej. Kuriozalny pomysł możliwości odwoływania się przez pacjentów od postawionego przez lekarza rozpoznania wzbudził już teraz protesty środowisk medycznych. Zupełnie niezrozumiały jest projekt powołania kosztownego urzędu rzecznika praw pacjenta o niespotykanych kompetencjach w zakresie karania świadczeniodawców, za to bez dania mu politycznej pozycji umożliwiającej wpływanie na zmianę systemowych rozwiązań politycznych zagrażających bezpieczeństwu pacjentów.

Większość fachowców w dziedzinie ubezpieczeń bardzo krytycznie przyjmuje także projekt ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych opierający się na pomysle ubezpieczenia równoległego, tzn. takiego, które obejmowałoby taki sam zakres gwarancji jak powszechne ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia, za to za dodatkową składkę (przy obowiązku opłacania także składki na NFZ). Sceptycznie przyjmowane są optymistyczne kalkulacje projektodawców o możliwości pozyskania z tego tytułu znacznych kwot dla systemu ochrony zdrowia.

Poczucia niepewności co do rządowej wizji zmian koniecznych dla naprawy systemu nie zmniejszają, niestety, powtarzane przez przedstawicieli resortu zdrowia deklaracje o konieczności uszczelniania systemu w miejsce zwiększania publicznych nakładów na ochronę zdrowia, brak woli przyjęcia regulacji dotyczących wynagrodzeń pracowników medycznych oraz chaotyczne i zupełnie niespodziewane zapowiedzi zmian w karierze zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków (np. budząca zdumienie zapowiedź likwidacji stażu podyplomowego nie konsultowana wcześniej ze środowiskiem medycznym).

Niestety, nie ma także dobrych wiadomości z *Białego szczytu*, który ruszył z wielką pompą kilka tygodni temu, by ugrzęznąć w dość jałowych debatach, w których biorą udział głównie dyskutanci reprezentujący różne organizacje i instytucje „strony społecznej”, a przedstawiciele rządu patrzą na to co chwilę wychodząc do ważniejszych zajęć. Nie sądzę, aby konferencja ta doprowadzić mogła do powstania raportu choć w części tak dobrego jak komunikat Konferencji Okrągłego Stołu z 2003 r., który do dziś zalega w szufladach Ministerstwa Zdrowia.

Równolegle toczą się negocjacje organizacji reprezentujących świadczeniodawców (wśród nich Naczelnej Rady Lekarskiej) z Narodowym Funduszem Zdrowia w sprawie nowych ogólnych warunków umów na świadczenia zdrowotne. Niestety, i tu brak podstaw do optymizmu – wszystko wskazuje na to, że NFZ chce raczej „odfajkować” obowiązkowe negocjacje, niż cokolwiek w OWU zmienić. No, ale zobaczymy.

Konstanty Radziwiłł

Zagrożona reforma

Agnieszka Katrynicz

Siedem ustaw zdrowotnych trafiło już do sejmu. Na razie nie wiadomo, kiedy zajmą się nimi posłowie. Ale już wiadomo, które z projektów budzą najwięcej zastrzeżeń.

W przygotowanym pakiecie ustaw trzy mają zasadnicze znaczenie dla systemu opieki zdrowotnej: o zasadach funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, o prawach pacjenta i o dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych. Wszystkie zostały ostro skrytykowane przez samorząd lekarski. – Te projekty nie nadają się do dalszej pracy – mówi wprost Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Izba protestuje też przeciw trybowi ich procesowania – do parlamentu trafiły one jako projekty poselskie, chociaż ich autorem jest Ministerstwo Zdrowia. – Tryb poselski zamyka możliwość dyskusji nad tymi ustawami – podkreśla Radziwiłł. – Jedyne, co możemy teraz zrobić, to apelować do marszałka, by nie kierował ich na drogę legislacyjną. Z podobnym apelem zwróciła

się także „Solidarność”, która również uważa, że ustawy są źle przygotowane. Przyjrzyjmy się tym projektom.

Jakie ubezpieczenia?

Najwięcej emocji budzi projekt dotyczący ubezpieczeń dodatkowych, bo nie wpisano do niej maksymalnego czasu oczekiwania na wizytę bądź procedurę medyczną. A to zdaniem lekarzy może spowodować, że Polacy nie będą zainteresowani ich wykupieniem. W dodatku ciągle nie ma koszyka świadczeń gwarantowanych (bądź koszyka negatywnego), co sprawi, że wykupywanie tego typu polis przestanie mieć sens. – Na razie wygląda, że dodatkowo pacjenci będą płacić za jednoosobową salę czy lepsze wyżywienie, a na to stać tylko najbogatszych, którzy już dziś leczą się prywatnie – uważa Radziwiłł.

Według projektu do wyboru będą ubezpieczenia komplementarne i suplementarne. – Po wykupieniu ubezpieczenia komplementarnego pacjent ze swojej polisy sfinansuje usługi medyczne nie gwarantowane przez NFZ – tłumaczy Beata Małeczka-Libera z PO, wiceszefowa sejmowej komisji zdrowia. – Z kolei ubezpieczenie suplementarne pozwoli choremu m.in. dopłacić do usług częściowo refundowanych, np. szpitalnego pokoju o wyższym standardzie czy lepszej opieki pielęgniarzkiej.

Ustawa nie precyzuje jednak, jakie świadczenia zdrowotne będą przypisane do konkretnego rodzaju ubezpieczenia, bo wciąż nie ma koszyków świad-

czeń. – Dopóki ich nie będzie, trudno wyobrazić sobie, jak to wszystko będzie funkcjonowało. Za co dopłacimy i jakie procedury mogą być objęte ubezpieczeniem – podkreśla Konstanty Radziwiłł.

Krytycy projektu uważają, że dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne jeszcze bardziej podzieli chorych na bogatych i uprzywilejowanych oraz biednych, którzy mają ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej. W projekcie znalazł się zapis umożliwiający pracodawcom dofinansowanie zdrowotnych polis swoich pracowników z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych. Jednak zawarcie ubezpieczenia czy to indywidualnie, czy grupowo nie zwolni nas z odprowadzania obowiązkowych składek zdrowotnych.

Jakie korzyści mają przynieść te rozwiązania pacjentom i szpitalom?



– Wprowadzą do systemu ochrony zdrowia pieniądze z prywatnych ubezpieczeń pacjentów – wyjaśnia Damian Raczkowski, poseł PO z sejmowej komisji zdrowia. Szacuje się, że przy masowym zainteresowaniu takimi ubezpieczeniami mogłoby to być już w pierwszym, drugim roku funkcjonowania przynajmniej 5,5 mld zł. Jednak czy oferta znajdzie aż takie zainteresowanie? Tu eksperci mają wątpliwości i podpowiadają, że przynęta byłyby ulgi podatkowe po wykupieniu polisy. O takim zapisie jednak w ustawie „zapomniano”. Eksperci przestrzegają też, że posiadacze polis zmonopolizują dostęp do najlepszych szpitali i specjalistów. I dlatego należałoby zadbać w ustawie o pacjenta „niekomercyjnego”. Można to osiągnąć usta-

lając w placówkach publicznych limit świadczeń opłacanych prywatnie na poziomie 30-50 proc.

Jaki rzecznik?

Nie podoba się także powołanie instytucji rzecznika praw pacjenta. – To wydawanie publicznych pieniędzy na nieefektywną administrację – uważa Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL. Zdaniem związku ustawa jest plagiatem istniejących już aktów prawnych.

– Ta instytucja jest potrzebna – odpowiada wiceminister Grzegorek. – To dla nas bardzo ważny projekt. Możemy za to dyskutować o uprawnieniach rzecznika.

Obok oczywistych praw do udzielenia pacjentom świadczenia w stanie nagłego zagrożenia zdrowia czy porodu w projekcie ustawy zapisano prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonego do nich dostępu – do „rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń”.

Pacjent ma też prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń lekarz zasięgnął opinii innej osoby wykonującej zawód medyczny lub zwołał konsylium lekarskie, a także, by świadczenia medyczne były udzielane ze szczególną starannością w warunkach odpowiadających „wymaganiom fachowym i sanitarnym”.

Inny zapis mówi, że pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do: dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną przez siebie wskazaną (dotyczy to także obecności w trakcie porodu), kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami na zewnątrz, opieki duszpasterskiej czy przechowywania wartościowych rzeczy w depozycie.

Po analizie projektu ustawy NRL stwierdziła, że wbrew uzasadnieniu nie jest on kompletnym zbiorem praw pacjenta, a sposób ich przedstawienia jest chaotyczny. Według Rady pominięto m.in. prawa związane z udziałem w eksperymentach medycznych i z przeszczepianiem narządów. – Najbardziej uderzające jest pominięcie praw ubezpieczonych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i całkowicie chybiony byłby argument, że te prawa są zagwarantowane w innej ustawie. Wszystkie prawa wymienione w projekcie są zawarte w innych aktach prawnych i powody dla wybiórczego ich traktowania są niezrozumiałe – twierdzi NRL.

Zadłużenie (nie)kontrolowane

Agnieszka Katrynicz

Wiele placówek podpisało porozumienie z lekarzami i przyznało im podwyżki, ale to nie oznacza końca kłopotów. Jest to raczej odroczone wyrok.

Niektóre śląskie szpitale (np. Szpital dla Nerwowo Chorych w Rybniku) z powodu podwyżek dla personelu przekroczyły swój roczny budżet nawet o ponad 9 mln zł. Centrum Psychiatrii w Katowicach z powodu podwyżek przekroczyło roczny budżet o prawie 3 mln zł, Szpital Kolejowy w Katowicach o 3 mln zł, czyli 16 proc., a Obwód Lecznictwa Kolejowego w Bielsku-Białej – o 18 proc. Dane pochodzą ze Śląskiego Urzędu Marszałkowskiego.

Będzie dobrze?

W trakcie sejmowej debaty poświęconej systemowi ochrony zdrowia została przedstawiona m.in. informacja rządu o aktualnej sytuacji w szpitalach w związku z wprowadzeniem od 1 stycznia 2008 r. skróconego czasu pracy lekarzy.

Z danych przekazanych resortowi zdrowia przez poszczególne urzędy wojewódzkie wynika, że najwięcej problemów z zapewnieniem właściwego funkcjonowania oddziałów mają szpitale mazowieckie, śląskie i łódzkie.

Do połowy stycznia na terenie kraju wypowiedzenia z pracy złożyło 422 lekarzy (na około 34 tys. zatrudnionych na etatach), natomiast z umów cywilnoprawnych zrezygnowało 514 medyków (na około 14 tys. lekarzy kontraktowych).

Resort zdrowia uspokaja, że nie ma mowy o masowej akcji likwidacji oddziałów szpitalnych w związku z brakiem obsady lekarskiej. Z informacji uzyskanych od wojewodów wynika, że tylko w przypadku 112 oddziałów występuje realne zagrożenie zaprzestania ich działalności.

Jednak mimo zapewnień rządu, że sytuacja w szpitalach jest opanowana, w 15 placówkach trwa akcja strajkowa. W wielu zakładach dyrekcje nadal nie zawarły ostatecznego porozumienia z lekarzami.

Najtrudniej w klinicznych

Bardzo trudna sytuacja jest w szpitalach klinicznych należących do akademii medycznych. Najgorsza – w szpitalu gdańskiej AM, gdzie komornik zajął konto placówki. – Na szczęście na razie udało się zatrzymać działania komornika, ale nie wiemy na jak długo – mówi Tomasz Gorczyński, ordynator oddziału kardiologii. – Poza tym skończyły nam się stymulatory dwujonowe i nie ma pieniędzy na zakup następnych, co poważnie ogranicza funkcjonowanie oddziału.

W dodatku sytuacja placówki może się jeszcze pogorszyć, bo lekarzom nie wyliczono (a więc i nie wypłacono) nadgodzin, mimo że dyżurują w systemie 24/24. – Dyrekcja ratuje się zmniejszaniem pensji nauczycielom akademickim – dodaje Gorczyński. Lekarze z tej placówki na razie nie planują strajków, bo zależy im na uzdrowieniu sytuacji.

Nie ma za to porozumienia w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Warszawie. – Wciąż uzgadniamy jego warunki. Nie mamy również pełnego grafiku dyżurów na ten miesiąc – mówi Małgorzata Kalińska, dyrektor warszawskiej placówki.

W związku z nowymi przepisami od stycznia lekarze warszawskiego szpitala pracują w systemie mieszanym, czyli na podstawie etatu i kontraktu. W ramach tego ostatniego specjaliści pełnią dyżury medyczne.

– Taki system to balansowanie na granicy prawa. Nie wiem, czy w trakcie kontroli np. inspekcji pracy nie okaże się, że nie można go stosować – podkreśla Małgorzata Kalińska.

Wynika to z tego, że zgodnie z kodeksem pracy pracownik nie może w tym samym zakładzie pracy zawierać dwóch odrębnych umów, które dotyczą wykonywania tego samego zakresu obowiązków.

Tylko czasowo

Ale nawet w tych placówkach, gdzie porozumienia zostały zawarte nie można mówić o sukcesie. – Podpisałem porozumienie i z lekarzami, i pielęgniarkami, ale tylko na 4 miesiące, bo nie wiem jaki kontrakt dostanę – mówi Dariusz Hankiewicz, dyrektor szpitala powiatowego w Radzynie Podlaskim. – Bardzo możliwe, że na wiosnę czeka nas kolejna fala strajków.

– Mamy tylko aneksy kontraktów na cztery miesiące. Co będzie potem, nikt naprawdę nie wie – potwierdza Urszula Urbanowicz, dyrektorka Szpitala św. Barbary w Sosnowcu. Przyznała ona lekarzom podwyżki mimo ponad 50-milionowego długu, bo jej zdaniem lepiej dać podwyżki, niż ryzykować strajk i wstrzymanie leczenia, gdyż powoduje to większe straty.

– Właściwie nie mieliśmy wyjścia, bo wobec zmiany przepisów o czasie pracy zostaliśmy pozostawieni sami sobie – mówi Ryszard Batycki, dyrektor szpitala wojewódzkiego w Bielsku-Białej. – Dlatego nie pozostało nam nic innego jak podpisać porozumienia z lekarzami nawet za cenę zadłużenia placówki. Chociaż może dostanę większy kontrakt i nie będzie problemu. Lepiej być optymistą.

Jednak Ministerstwo Zdrowia ostrzega. – Rozumiem dyrektorów, którzy godzą się na podwyżki pod groźbą strajku, ale jeśli ktoś wie, że przekroczy przez to budżet o 30 proc., to źle zarządza. Trzeba podnieść jakość zarządzania. Chcemy to zrobić przekształcając szpitale w spółki – mówi wprost wiceminister Adam Fronczak i dodaje: – Symulacja kosztów wprowadzenia 48-godzinnego tygodnia pracy dla lekarzy wykonana na zlecenie poprzedniej ekipy w ministerstwie mówiła o 750 mln zł. Okazuje się, że wydaliśmy już trzy razy więcej, a apetyt na podwyżki dalej jest.

rys. Małgorzata Gnyś



Wielkanocne życzenia

Dopiero co niedawno składaliśmy sobie życzenia i dzieliiliśmy się opłatkiem, a tu już koniec karnawału, Wielki Post i Wielkanoc.

Przed nami Wielki Post z ceremonią posypania głów popiołem i radosny czas Wielkiej Nocy. Mamy okazję i zadanie ponownego odkrywania Boga i uczenia się Jego miłości. W hałasie codziennego dnia dobrze podjąć próbę wyciszenia. Obrzęd posypania popiołem przypomina dwie prawdy życiowe: pierwsza – jesteśmy istotami grzesznymi, dlatego potrzebujemy nawrócenia; druga – nawrócenie jest możliwe, ponieważ Bóg jest miłosierny i przebacza grzechy. Trafne wydają się słowa papieża z rodu Polaków: Trzeba odkryć poczucie grzechu, a żeby to osiągnąć, trzeba odkryć poczucie Boga.

Chrystus ma zmartwychwstać w tobie, w twoim życiu, w twojej religijności. Twoja wiara na tyle jest chrześcijańska, na ile w jej centrum stoi Chrystus zmartwychwstały. I człowiek musi Mu na to zmartwychwstanie pozwolić. Bez twojej zgody to się nie może stać.

Pięknie to wyraził św. Augustyn: Bóg stworzył cię bez ciebie, ale nie może bez twojej woli ciebie zbawić. W jaki sposób ma się to dokonać?

Trzeba pozwolić Chrystusowi zmartwychwstać w swoim sercu, to jest odsunąć z niego kamień.

Lekarz chirurg usuwa wiele niepotrzebnych schorzeń z ciała ludzkiego. Dokonuje wielu operacji i tym samym, jeśli to jest tylko możliwe, przywraca choremu zdrowie. Czasem o wiele trudniej jest usunąć schorzenia duchowe. Odsunąć kamień grzechu – nie jakiegoś abstrakcyjnego, ale tego konkretnego, twojego, którego masz świadomość, z którym może się oswoiłeś i który zbagatelizowałeś. Odsuń kamień fałszywej pobożności i taniego chrześcijaństwa; kamień obmowy i oszczerstwa, kamień intryg, knoń, żądzy brudnego zysku i zgody na nadużycie; odrzuć kamień największy: brak miłości do drugiego człowieka! Odrzuć i pozwól Chrystu-

sowi zmartwychwstać w twoim życiu, tak aby nastał pierwszy dzień tygodnia, by skoro świt pójść do grobu własnego serca.

Wiem, że piszę bardzo trudne słowa. Ale wiem również, że w wierze chrześcijańskiego lekarza trwa nieustanny proces pogłębienia, burzenia i odbudowania. Ten proces nie skończył się na etapie szkolnych lekcji religii ani dyplomu ukończenia studiów i najwyższych osiągnięć naukowych. Wiara szuka zrozumienia karmiąc się nieustannymi pytaniami, a nawet wątpliwościami.

Kiedy to czytasz – spodziewam się zadziwienia, ale to właśnie od tego zadziwienia niejednokrotnie wiara bierze swój początek.

Kilka lat temu uczestniczyłem w prapremierze znakomitego koncertu „Świętokrzyska Głoga”. Pośród piękna i głębi, jakie niesło bogactwo treści składającej się na libretto, znalazłem i taki fragment: Wciąż rozmieniając na pytania/Boga-

Człowieka, człek uparty/Uwierz w Jego zmartwychwstanie/Nie wierząc, że wsta- niemy z martwych.

Czy jeszcze mnie stać na zadziwienie nad tajemnicą Wielkiej Nocy?

Drodzy Lekarze i Pracownicy w służbie zdrowia, życzę Wam radosnego wielkanocnego poranka, abyście spróbowali oderwać się od lęków, zgryzot codziennego dnia. Jesteście tą częścią wspólnoty polskiej, która niesie nadzieję i odkrywa zaufanie. Bo mimo wszystko piękny ten świat Boży, kiedy po zimowej śmierci zmartwychwstaje nowy, czysty, nieskalany... Radujmy się z tego. Alleluja!

Wielkanoc 2008

ks. Józef Jachimczak CM
krajowy duszpasterz służby zdrowia



Zmartwychwstanie, miniatura Stanisława Samostrzelnika

Apel do naszego środowiska

Przeszczepy

Szanowni i Drodzy Koledzy!

prof. Marek Stankiewicz

Minęło ponad 40 lat od pierwszego w Polsce przeszczepienia nerki pobranej od osoby zmarłej. Byłem jedną z osób uczestniczących w tym zabiegu i opiekowałem się poddaną mu chorą i kolejnymi podobnymi pacjentami w okresie pooperacyjnym. Rozwój programu przeszczepiania narządów następował powoli. Brakowało przepisów prawnych, odpowiedniej liczby przygotowanych ośrodków i wyszkolonych profesjonalistów, ale przede wszystkim ten nowy sposób leczenia był obcy zarówno środowisku lekarskiemu, jak i społeczeństwu. Początkowo przez kilkanaście lat przeszczepiano jedynie nerki; udane przeszczepienie serca wykonane w 1986 r. przez profesora Zbigniewa Religę wyraźnie poprawiło atmosferę społeczną wokół tego sposobu leczenia i spowodowało, że liczba wykonywanych operacji przeszczepienia nerek, serca, a później i wątroby wzrastała co roku.

W 1966 r. parlament uchwalił ustawę o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Ustawa ta w pełni uregulowała wszystkie aspekty medyczne i prawne transplantacji. Ustanowiono, że wolno pobierać narządy od osób zmarłych, jeżeli człowiek ten za życia nie wyraził sprzeciwu. Określiła zasady dotyczące rozpoznawania śmierci mózgu przez niezależną komisję, określiła, w jakiej sytuacji możliwe jest pobieranie nerki (i fragmentu wątroby) od dawców żywych. Ustawa ta została znowelizowana zgodnie z Dyrektywą Europejską przed dwoma laty.

Wprowadzona ustawa i wysiłek całego środowiska lekarskiego oraz poparcie samorządu lekarskiego spowodowały, że pod względem liczby przeszczepianych narządów pobieranych od zmarłych przed 2 laty znaleźliśmy się w pierwszej połowie krajów Unii Europejskiej. Niestety, w ubiegłym roku, prawdopodobnie między innymi na skutek niektórych wydarzeń polityczno-medialnych, doszło do zmniejszenia liczby narządów pobieranych od osób zmarłych o 45%. Dokonałmy zaledwie 651 przeszczepień nerki, 178 wątroby i 63 przeszczepień serca. Brak danych, ilu chorych zmarło nie doczekawszy zabiegu.

Zazwyczaj uważaliśmy, że zbyt mała liczba wykonywanych przeszczepień wynika z niepełnej akceptacji społecznej tej metody leczenia. Wydaje się jednak, że obecnie równie istotną przyczyną staje się pewna niechęć naszego środowiska do identyfikacji możliwości pobierania narządów od zmarłych oraz odmowa uczestniczenia w komisyjnym rozpoznawaniu zgonu. Moim zdaniem jest w tym wiele prawdy.

Po ukazaniu się apelu do społeczeństwa, parlamentu i środowiska lekarskiego w „Gazecie Wyborczej” 29 stycznia br. miałem kilka telefonów od nie znanych mi osób, które mówiły mi, że po zgonie ich bliskich, lekarze odmawiali ich prośbie o pobranie narządów. Odpowiadałem moim rozmówcom, że były to zapewne nie liczne przypadki. Podejrzewam jednak, że to nieprawda!

Doskonale rozumiem, że pomówienia o zabijanie pacjentów w celu uzyskania narządów dla korzyści materialnej, są obrzydliwe. Sam byłem w ubiegłym roku podmiotem wielu pomówień w kilku gazetach. Wiem, że aktualna sytuacja w ochronie zdrowia, jałowe dyskusje w sejmie (przy pustej sali), nasze zarobki i brak perspektyw mogą powodować zniechęcenie. Uważam jednak, że walcząc o nasze prawa, powinniśmy pokazać, że nie zapominamy jednocześnie o obowiązku ratowania życia naszych chorych. A przeszczepianie narządów jest zabiegiem ratującym życie.

Pamiętajmy, że nie ma przeszczepienia narządu bez jego pobrania od osoby zmarłej. Nie ma pobrania bez identyfikacji możliwości pobrania!

Pokażmy społeczeństwu, że walcząc o swoje słuszne prawa nie zapominamy o ludziach, którzy bez naszej pomocy umrą.

Wojciech Rowiński

Prof. Wojciech Rowiński jest chirurgiem. Brał udział w pierwszym udanym przeszczepieniu nerki w Polsce w 1966 roku. Jest konsultantem krajowym w dziedzinie transplantologii klinicznej.



Niemal w sercu Zamościa już trzeci rok działa jeden z pierwszych utworzonych w Polsce – i wciąż jedyny na Lubelszczyźnie – szpital niepubliczny, w którym sto procent udziałów ma samorząd miejski. Placówka funkcjonuje jako spółka prawa handlowego.

Bez gruszek na wierzbie i świętego spokoju

Z **Krzysztofem Tuczapskim**, prezesem zarządu spółki Zamojskiego Szpitala Niepublicznego rozmawia Anna Augustowska

• *Nie ma strajku lekarzy, nie ma protestujących pielęgniarek. Nie ma kłopotu z dyżurami lekarskimi. Budżet placówki w pełni się bilansuje. Czy to dlatego, że szpital został przekształcony w spółkę prawa handlowego?*

– Z całą pewnością tak. Ale też takie przekształcanie nie jest dla wszystkich. Bo każda sytuacja jest inna, szpitale działają w różnych warunkach nie tylko ekonomicznych, ale także politycznych. Protestów nie ma, ale problemy płacowe są takie same jak w placówkach publicznych. Zdaję sobie sprawę, że poszczególne grupy zawodowe nie zarabiają tyle, ile powinny. Wierzę, że kiedyś to nastąpi. To jest możliwe do przeprowadzenia tylko na szczeblu centralnym.

Ten szpital – jestem o tym głęboko przekonany – uratowała przed likwidacją śmiała decyzja władz miasta, które zdecydowały się na całkowite oddłużenie szpitala, który mimo podej-

mowanych wcześniej działań restrukturyzacyjnych i wdrażania programów naprawczych nie umiał się uporać z narastającym do blisko 30 mln zł zadłużeniem. W momencie decyzji o przekształceniu miasto całkowicie przejęło cały dług i wypuszczono obligacje o tej wartości. Wierzyciele zostali spłaćni, w tym także zarówno byli, jaki i obecni pracownicy. Zrobiliśmy nowy nabór załogi. 87 proc. z 330 zatrudnionych to dawni pracownicy.

• *A pan został powołany na prezesa jednoosobowego zarządu spółki.*

– Długo się wahałem, to nie była łatwa decyzja. Od tej chwili przecież odpowiadam całym moim osobistym majątkiem. Ale warto było podjąć takie wyzwanie. Miasto przekazało nam aportem sprzęt, grunt, nieruchomości. Ponieważ w mieście działa też duży, wysokospecjalistyczny Szpital im. Jana Pawła II, musieliśmy zrobić wszystko, aby nasza placówka nie dublowała z nim swoich usług. Zlikwidowaliśmy więc położnictwo, ale otworzyliśmy oddział hematologii (drugi w całym regionie). To się zaczęło sprawdzać.

Już w pierwszym roku osiągnęliśmy zysk. Mogłem dać pracownikom pierwsze podwyżki – niezbyt duże, ale jednak. To był także znak, że za dobrą pracę są pieniądze. Bo najtrudniej jest zmienić mentalność ludzi. Przeszawić ich myślenie na poczucie, że pracują „na swoim”, że warto identyfikować się ze swoim zakładem pracy, bo to przynosi wymierne korzyści.



• *Wymierne? Czy to znaczy, że pracownicy nie protestują, bo zarabiają więcej niż pracownicy publicznych ZOZ-ów?*

– Podam przykłady: ordynator zarabia brutto i bez dyżurów ok. 6,9 tys. zł, specjalista z „dwójką” – 4,5 tys. zł, z „jedynką” – 4 tys. zł. Farmaceuta – 5 tys. zł. Pielęgniarka oddziałowa – 3,2 tys. zł, pielęgniarka z wyższym wykształceniem – 2,6 tys. zł. Nie są to więc zarobki imponujące, ale każdy z pracowników wie, że jeśli chce więcej zarabiać, musi coraz lepiej pracować.

Są szpitale publiczne mające większe płace i dobrze, ale o ile mają pokrycie na te płace. Środki na podwyżki

możemy czerpać z tego, co sami wypracujemy. Chcę, aby pracownicy dostawali coraz więcej pieniędzy, ale nie mogę obiecywać gruszek na wierzbie i pogrążyć szpital w długach kosztem świętego spokoju! Tymczasem w wielu placówkach dyrektorzy pod groźbą strajku decydują się na takie ruchy. To droga do katastrofy.

Ja mogłem obiecać swoim pracownikom, że od stycznia tego roku dostaną średnio 12 proc. podwyżki, którą dostali, a nie wykluczam, że będzie następna w marcu br. dla wszystkich grup zawodowych, z tym że najwięcej dostaną tym razem pielęgniarzy.

• *Jednak kontrakt z NFZ-em to chyba zbyt mało, aby zaspokoić wszystkie potrzeby szpitala?*

– Kontrakt stanowi ok. 90 proc. naszych dochodów. Dlatego nie ustajemy w podejmowaniu starań, które pozwalają nam pozyskiwać własne dochody. Ich gros pochodzi z dzierżawy pomieszczeń, sprzedaży usług medycznych (m.in. usługi diagnostyczne dla innych szpitali), ogólnodostępnej apteki, barku i sklepiu. Z uzyskanych w ten sposób pieniędzy mogliśmy już ponad 2 mln zł przeznaczyć na remonty i modernizację.

• *A jak od nowego roku poradził pan sobie z dyżurami lekarskimi?*

– Już w październiku ogłosiłem konkurs na zabezpieczenie opieki lekarskiej

Zamojski Szpital Niepubliczny Sp. z o. o.

przy ul. Peowiaków 1 (przez mieszkańców Zamościa nazywany „starym”) działa na bazie jednostki, której historia rozpoczęła się w 1886 r., kiedy to odbyło się uroczyste poświęcenie Szpitala św. Mikołaja. Posiada oddziały: chorób wewnętrznych, hematologii, chirurgii urazowo-ortopedycznej, ginekologicznej, gruźlicy i chorób płuc, pediatryczny, chirurgiczny dla dzieci, medycyny paliatywnej z hospicjum domowym, oddział dla przewlekłych chorych i zakład opiekuńczo-leczniczy z wydzielonymi łózkami dla pacjentów w stanie apalicznym. W 2007 r. hospitalizowano tu ponad 11 tys. chorych na 273 łózkach. W 2007 r. szpital uzyskał certyfikat Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2000.

na dyżurach (potrzebujemy 6-7 dyżurnych). Wygrał NZOZ, w którym skupieni są specjaliści. Tak więc lekarze ze szpitala nie musieli podpisywać klauzuli *opt-out*.

• *Czy są jakieś cienie w prowadzeniu szpitala będącego spółką prawa handlowego?*

– Są, są! Najbardziej dotkliwa jest nierówność w traktowaniu nas w stosunku do szpitali publicznych. Ot, choćby konieczność płacenia przez szpitale niepubliczne podatku dochodowego od osób prawnych (CIT). Z tej daniny w zakresie działalności medycznej jednostki publiczne są zwolnione! Ja musiałem z tego tytułu oddać już 1 mln zł, a przecież mógłbym te pieniądze przeznaczyć na remonty. Już nie chcę wyliczać ile mógłbym zainwestować w szpital, gdyby takie zwolnienie obowiązywało chociaż przez 3 lata!

• *Mimo to w Polsce działa już 61 takich szpitali...*

– I kolejni ustawiają się w kolejce do takich przekształceń. Nie ma dnia, aby ktoś z dyrektorów nie dzwonił do mnie po radę, z prośbą o spotkanie czy wizytację w Zamościu. Chętnie dzielę się swoją wiedzą, chociaż nie kryję też obaw czy w świetle przygotowywanych właśnie regulacji prawnych ma to jakiś sens. Nie ma co ukrywać, że istnieje realna obawa masowej likwidacji placówek powiatowych, bo wg nowego projektu ustawy o ZOZ-ach ich nadzorowaniem będą mogły zajmować się wyłącznie samorządy województwa, a nie jak dotychczas także powiaty i gminy. A tymczasem samorządy wojewódzkie nie będą zainteresowane przekształcaniem szpitali w spółki, bo nie stać ich na spłatę długów tych placówek.

• *Minister Ewa Kopacz od pierwszych chwil swego urzędowania zachęca do przekształcania ZOZ-ów w spółki prawa handlowego. To chyba dobrze?*

– Też tak uważam, takie zdanie reprezentuję na posiedzeniach *Białego szczytu*, ale nie sprzyjają temu szykowane zmiany w ustawie o ZOZ-ach, które są bardziej polityczne niż merytoryczne. Jeśli zaczną obowiązywać, to zamiast nowych podmiotów będzie powstawać coś, co ja określam jako „SPZOZ-bis”. Nie widzę sensu.

REKLAMA

REKLAMA

Przekleństwo dla chorych

Ryszard Kijak



W niektórych szpitalach lekarze od kilku lat pracują w systemie zmianowym i niektórzy z nich wyrażają z tego powodu zadowolenie. Bierze się ono stąd, że do wynagrodzenia zasadniczego wliczona im została tzw. średnia dyżurowa, omijają ich wyczerpujące 16- i 24-godzinne dyżury, do pracy przychodzą tylko kilkanaście razy w miesiącu, a po zmianie mają jedną lub półtorej doby czasu wolnego.

Płodozmian

Znacznie mniej usatysfakcjonowani z tego systemu są ordynatorzy. Bo to na ich głowie (czasem tylko z pomocą jednego czy dwóch asystentów pracujących w systemie jednozmianowym) pozostaje większość obowiązków związanych m.in. z diagnostyką, terapią, przyjęciami i wypisami pacjentów oraz oczywiście wszystkie stałe zadania dotyczące administrowania oddziałem.

A już całkiem nie mają się z czego cieszyć pacjenci. Brakuje im „lekarza prowadzącego”. Kto inny ich przyjmuje, kto inny opiekuje się nimi w nocy, kto inny diagnozuje, kto inny leczy, kto inny wypisuje. Przy ustawicznej rotacji lekarzy, zmieniających się co 12 godzin, trudno mówić o ciągłości procesu terapeutycznego. Na szczęście dla chorych w wielu szpitalach liczba lekarzy jest tak mała, że wprowadzenie pracy zmianowej jest po prostu fizycznie niemożliwe.

Kojarzenie

Funkcjonowanie pracy zmianowej lekarzy umożliwia ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (przewidująca możliwość stosowania skróconego, równoważnego i wydłużonego czasu pracy) oraz Kodeks pracy. Zgodnie z art. 128 par. 2 pkt. 1 Kp. przez pracę zmianową należy rozumieć wykonywanie pracy według ustalonego rozkładu czasu pracy uwzględniającego zmianę pory wykonywania pracy przez poszczególnych pracowników po upływie określonej liczby godzin, dni lub tygodni. Z kolei art. 104¹ par. 1 pkt. 2 Kp. wymaga, aby systemy i rozkłady czasu pracy oraz przyjęte okresy rozliczeniowe czasu pracy ustalał regulamin pracy. Podobnie mówi art. 150 par. 1 Kp. Art. 146 Kp. stwierdza natomiast, że praca zmianowa jest dopuszczalna bez względu na stosowany system czasu pracy, a więc również w rów-

noważnym czasie pracy. W tym przypadku możliwe jest także jednoczesne stosowanie dyżurów medycznych.

Pracę zmianową, która jest tylko elementem rozkładu czasu pracy, można łączyć z każdym przyjętym w zakładzie pracy systemem czasu pracy. Polega ona na wykonywaniu pracy według ustalonego rozkładu czasu pracy, przewidującego zmianę pory wypełniania obowiązków służbowych przez poszczególnych pracowników po upływie określonej liczby godzin, dni lub tygodni.

Stosując pracę zmianową można dostosować jej organizację, liczbę zmian oraz czas ich trwania do indywidualnych potrzeb zakładu. W typowym układzie trzyzmianowym zmiany ustalane są w taki sposób, iż pracownicy wymieniają się przy jednym stanowisku pracy co 8 godzin (I zmiana: 6.00-14.00, II zmiana: 14.00-22.00, III zmiana: 22.00-6.00). Można zaplanować zmiany również tak, aby zachodziły na siebie, np. I zmiana: 9.00-17.00, II zmiana: 14.00-22.00. W zakładach opieki zdrowotnej najczęściej stosowany jest (np. w odniesieniu do pielęgniarek) układ dwuzmianowy, 12-godzinny. Zawsze jednak musi być przestrzegana zasada, że nie można przekroczyć dobowej normy czasu pracy i dobowego okresu wypoczynku.

Ponieważ zarówno praca zmianowa, jak i system równoważnego czasu pracy można łączyć z nadgodzinami, zastosowanie tych rozwiązań nie wyklucza kojarzenia ich z dyżurami medycznymi, które od 1 stycznia br. zostały wliczone do czasu pracy i traktowane są jako praca w godzinach nadliczbowych, o ile wykraczają poza ustalone normy czasu pracy.

Dyspozycyjność

System zmianowy według określonego harmonogramu w zakładzie opieki zdrowotnej, i rozkład czasu pracy w tym

systemie, musi być ustalony przez pracodawcę w regulaminie pracy i w regulaminie porządkowym, w uzgodnieniu z zakładowymi organizacjami związkowymi (art. 104² par. 1 Kp.).

W opinii Jacka Marczaka, radcy prawnego OZZL, po przeprowadzeniu tej procedury pracodawca musi także wypowiedzieć pracownikom objętym nowym systemem dotychczasowe warunki pracy. Jeżeli bowiem, wskutek wieloletniego stosowania, ukształtowała się praktyka pracy lekarza w systemie jednozmianowym, to system ten i rozkład czasu pracy stał się jednym z istotnych elementów umowy o pracę, nawet gdy w treści umowy nie został on określony. I jeśli zostaje wprowadzony inny, to wymaga wypowiedzenia zmieniającego (art. 42 Kp.: *pracodawca, który zamierza zmienić warunki pracy lub płacy na niekorzyść pracownika, może tego dokonać w drodze wypowiedzenia warunków pracy i płacy, chyba że zmiana ta nastąpi na mocy porozumienia stron*).

Kwestia ta była przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Najwyższy, który w wyroku z 2 kwietnia 1998 r. I PKN 559/97 (OSNAP i US 1999, nr 6, poz. 205) orzekł: *Istotna zmiana rozkładu czasu pracy, uzgodniona przez pracodawcę z pracownikiem, wymaga wypowiedzenia warunków pracy* (art. 42 par. 1 Kp.).

Sprawa staje się jeszcze bardziej oczywista, jeżeli informacje o systemie i godzinach pracy zawarte zostały w zakresie czynności bądź w powiadomieniu dostarczonemu przez pracodawcę pracownikowi w trybie art. 29 par. 3 Kp.

Wypowiedzenie warunków pracy ma ten skutek – uznaje Marczak – że do połowy okresu wypowiedzenia pracownik może złożyć oświadczenie o odmowie przyjęcia zaproponowanych warunków. W takim przypadku umowa o pracę rozwiązuje się z upływem okresu wypowiedzenia. W razie niezłożenia oświadcze-

nia o odmowie uważa się, że pracownik zgodził się na proponowane warunki; zaczną one obowiązywać po upływie okresu wypowiedzenia.

Istnieją również opinie, iż zmiana systemu czasu pracy jest uprawnieniem pracodawcy, w związku z czym ustalenie obowiązującego pracowników rozkładu czasu pracy należy do uprawnień dyspozycyjnych kierownictwa zakładu pracy, zatem zmiana stosowanego w placówce systemu rozkładu czasu pracy nie wymaga dokonania wypowiedzenia zmieniającego. Chyba, że system organizacji czasu pracy został wyraźnie zastrzeżony w umowie o pracę. Wówczas zmiana zastrzeżonego w tej umowie systemu pracy wymagałaby wypowiedzenia przez zakład pracy warunków pracy i płacy albo porozumienia stron co do takiej zmiany (wyrok SN z 25 marca 1977 r., I PRN 5/77, OSP 1978/12/218).

Robole

Jakie implikacje wynikają z wprowadzenia w szpitalach pracy zmianowej lekarzy? Trafnie wyodrębnił je w 10 punktach prof. Jan Stasiewicz, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Białymstoku (Biuletyn OIL w Białymstoku, nr 4/2007 r.), który jest zdecydowanym przeciwnikiem takiej organizacji pracy, uważając ją za formę nieprzyjazną zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy.

1. Wprowadzenie pracy zmianowej lekarzy uderza przede wszystkim w chorego. Pacjent chce mieć „swojego” lekarza, opiekującego się nim stale podczas pobytu w szpitalu. Lekarz w pojęciu chorego jest przecież nie tylko wykonawcą poszczególnych czynności wynikających z algorytmów diagnostyczno-leczniczych, ale także przyjacielem, powiernikiem i doradcą, co wymaga zdecydowanie dłuższego kontaktu niż krótkotrwała wizyta wieczorem lub rano, podczas której lekarz zmianowy rozmawia z wieloma pacjentami.
2. Zmianowy tryb zatrudnienia uderza też w lekarza, który stając się wykonawcą tylko częściowego zadania podczas swojej zmiany nie może objąć całokształtu problemów zdrowotnych chorego. Z biegiem lat lekarz zaczyna myśleć wycinkowo, rutynowo i powierzchownie.
3. Traci też ordynator. Tylko on pełni w oddziale całościową opiekę nad chorymi – ma więcej pracy oraz coraz mniejszy wpływ na swoich „zmianowych” asystentów. Widzi ich tylko, gdy wypadnie im ranna zmiana, tzn. co 3-4 dni oraz

podczas przekazywania informacji o chorych.

4. Następuje niekorzystna zmiana organizacji pracy przy chorym. Zamiast obchodu ordynatorskiego, który w większości oddziałów ma podstawowe znaczenie, następuje ciągle przekazywanie sobie nawzajem danych o pacjentach. Grozi to powierzchowną nieraz i niepełną informacją (np. wskutek pośpiechu) bądź też zjawiskiem „głuchego telefonu” (błędne przekazanie wypaczonej informacji na drodze między ordynatorem a kolejnymi asystentami).
5. Praca zmianowa znacznie utrudnia wykonywanie zadań szkoleniowych. Starszy asystent, z dużym doświadczeniem, pełniący często rolę „guru” w stosunku do młodszego kolegi, przestaje go szkolić. Wzajemne kontakty asystentów skracają się bowiem do jednej trzeciej czasu pracy. Zanika więc także istotna forma szkolenia przy łóżku chorego. Likwiduje się zdobywanie wiedzy praktycznej oraz umiejętności manualnych na zasadzie mistrz-uczeń.
6. System pracy zmianowej wpływa ujemnie na atmosferę panującą w zespole lekarskim, a właściwie dezintegruje ten zespół. Następuje rozluźnienie wzajemnej więzi koleżeńskej oraz brak płaszczyzny do bieżących konsultacji na temat stanu zdrowia pacjentów i możliwości terapeutycznych.
7. Praca zmianowa prowadzi do wytworzenia w szpitalu „taśmy produkcyjnej”. Szpital zaczyna przypominać przysłowiową „fabrykę guzików”. Lekarz na zmianie przekręca swoje śrubki, pobiera zapłatę i udaje się na odpoczynek. Staje się typowym najemnikiem; o resztę „produkcji” niech martwi się or-

dynator. Asystent uprawia rzemiosło, a gdzie sztuka leczenia?

8. Tryb pracy zmianowej w dużym stopniu utrudnia prowadzenie badań klinicznych i zbieranie materiału do opracowań naukowych, zwłaszcza do prac doktorskich, o których w szpitalach nieuniwersyteckich należy chyba zapomnieć – z wielu powodów.
9. Choroba lekarza, wydarzenie losowe, wyjazd szkoleniowy lub naukowy w sposób istotny zaburzają nawet precyzyjnie ustalony system zmian. Powoduje to częste nieprzewidziane zastępstwa, przyprowadzające ordynatora o ciągły ból głowy.
10. Wreszcie praca zmianowa dezorganizuje życie osobiste lekarza – utrudnia wykonywanie zwykle popołudniowej pracy zarobkowej, np. w prywatnym gabinecie oraz uniemożliwia prowadzenie ustabilizowanego życia rodzinnego. Zasada: najpierw praca, a dopiero potem rodzina – nie może być obecnie akceptowana.

Przedmioty

Prof. Stasiewicz konkluduje: *dużej grupie lekarzy szpitalnych (tych najważniejszych – specjalistów na asystenckich etatach) grozi powrót do kategorii „roboli”, jeżeli decydenci wprowadzą w szpitalach system pracy zmianowej lekarzy*.

Praca zmianowa lekarzy, aczkolwiek w niektórych przypadkach wygodna do zastosowania dla pracodawców w zakładach opieki zdrowotnej (jeśli dysponują oni odpowiednią liczbą pracowników na oddziale), jest przekleństwem dla chorych i powrotem do archaicznych rozwiązań, gdzie zarówno pacjent, jak i lekarz traktowani byli przedmiotowo: lekarz – jako robot, a pacjent – jako zło konieczne.

II Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Studentów Medycyny

Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland Oddział Lublin we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym zaprasza wszystkich studentów kierunków medycznych do wzięcia udziału w konkursie fotograficznym.

To jedyny taki konkurs TYLKO dla studentów kierunków medycznych! Studiujesz farmację, analitykę, fizjoterapię a może stomatologię? Zgłoś się.

Maksymalnie 15 fotografii czarno-białych lub kolorowych w formacie min. 20x30 cm, o dowolnej tematyce oraz dołączony do nich formularz zgłoszeniowy należy nadsyłać **do 14 kwietnia 2008 r.** Dla najlepszych ufundowano bardzo atrakcyjne nagrody!

Informacje o Konkursie oraz formularz zgłoszeniowy dostępne są na stronie: **www.lublin.ifmsa.pl**

Wszelkie pytania prosimy kierować na adres: **konkursfoto.med@gmail.com**

Zapomniano, że praktyka ma być własnością lekarza, jego miejscem pracy, realizowania ambicji zawodowych, źródłem zarobku, ale także jego dumą i dobrem, które może przekazać dzieciom lub wychowanym przez siebie następcom.

W pogoni za wolnym zawodem



Halina Porębska

W ubiegłym roku w biuletynach okręgowych izb lekarskich i w „Gazecie Lekarskiej” ukazywały się sporadycznie artykuły na temat umożliwienia lekarzom dentystom rejestracji praktyk w miejscu wezwania, a także na temat zatrudniania lekarzy w praktykach.

foto: Marek Stankiewicz

Doniosłe i groźne w skutkach wydarzenia, które rozegrały się w naszym środowisku w związku z koniecznością zmiany systemu pracy w szpitalach, odsunęły inne sprawy na dalszy plan. Wypada żałować, że w niektórych publikacjach na temat prawa do rejestracji praktyk ich autorzy ograniczali się jedynie do podnoszenia aspektu nierówności wobec prawa bez sięgania do meritum sprawy.

Moim zdaniem to nie lekarze dentyści byli ograniczeni w swoich prawach, to niektórzy lekarze specjaliści rejestrując praktyki w miejscu wezwania znaleźli się, nie ze swojej winy, w niezgodzie z przepisami, a okręgowe izby lekarskie stojąc w obliczu konieczności zapewnienia swoim członkom możliwości wykonywania zawodu dokonywały i dokonują nadal ekwilibrystyki przysmakując oczy na oczywistą niezgodność praktyki z przepisami.

Wszystko odbywało się na zasadzie gaszenia małego pożaru w obawie, że wybuchnie większy. Jak większość działań w ochronie zdrowia w Polsce.

Wróćmy na chwilę do lat 1990-1996. Tworzono ustawę o zawodzie lekarza, a w raczkującym samorządzie lekarskim w gronie Komisji Legislacyjnej i poza nią trwały gorące dyskusje na temat: czym ma być zawód lekarski, jakie powinny być zasady i formy jego wykonywania i na czym powinien polegać nadzór izb lekarskich nad prawidłowym wykonywaniem zawodu lekarza.

Pragnieniem wszystkich było wykonywanie wolnego zawodu lekarza na własny rachunek i własną odpowiedzialność.

Mam dziwne uczucie, że piszę o zamierzchłej przeszłości, o której być może nikt już nie myśli, ale ta przeszłość była i byliśmy w niej my, pełni nadziei na lepszy los.

Kiedy w 1990 r. rozpoczęliśmy prace nad projektem ustawy o zawodzie lekarza, towarzyszyło nam przekonanie, że wchodzimy w okres zmian ustrojowych przyjaznych lekarzom i korzystnych dla pacjentów. Dlatego projekt powstawał z przywołaniem takiego określenia pojęcia wykonywania zawodu, jaki licować miał z poważnym i godnym statusem lekarza.

Przez poważny i godny rozumieliśmy również odpowiedni do włożonej pracy status materialny, pozwalający lekarzowi ograniczyć się do jednego miejsca pracy, najchętniej własnej praktyki.

Powodzenie tego zamierzenia zależało od wielu czynników, między innymi od:

- wprowadzenia korzystnych warunków kredytowych, umożliwiających lekarzom organizowanie dobrze wyposażonych gabinetów, zakup odpowiedniego sprzętu,
- różnicowania rynku towarzystw ubezpieczeniowych,
- wprowadzenia koszyka świadczeń,
- stabilizacji gospodarczej i ogólnego wzrostu dobrobytu społeczeństwa.

Wiara w zapowiadane zmiany spowodowała, że tak wiele miejsca w ustawie poświęcono praktykom lekarskim, mając nadzieję, że większość lekarzy w ten właśnie sposób będzie wykonywać swój zawód.

Jaki przyświecał nam cel?

Dążyliśmy do podniesienia rangi zawodu przez zapewnienie wysokiego poziomu świadczeń, umożliwienie doskonalenia zawodowego i kształcenia młodych kolegów w układzie mistrz – uczeń.

Można było to osiągnąć pod warunkiem:

- stworzenia nowej formy wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa w postaci praktyk lekarskich z możli-

wością zatrudnienia młodych kolegów do czasu osiągnięcia przez nich właściwego poziomu umiejętności praktycznych, a także do czasu zdobycia finansów potrzebnych do stworzenia własnej praktyki. Niebagatelnym powodem, dla którego optowano za możliwością zatrudnienia innego lekarza, była naturalna chęć wpływu na to, co będzie się działo z utworzoną i rozwiniętą firmą, gdy jej właściciel lekarz, dobiegając kresu sprawności zawodowej, będzie chciał przekazać dorobek swojego życia wychowanemu przez siebie następcy, utrwalając w ten sposób pamięć o twórcy i założycielu praktyki,

- zmiany systemu ochrony zdrowia w sposób umożliwiający wszystkim chętnym lekarzom i lekarzom denty stom uczestniczenie jako świadczeniodawcy w krajowym programie powszechnego ubezpieczenia.

Zakładaliśmy, że przepisy ustawy powinny promować i chronić solidnych, uczciwych i dobrze wykształconych lekarzy, natomiast uniemożliwiać prowadzenie praktyk bylejakich, pokątnych i niesprawdzalnych. Szczególną uwagę przykładaliśmy do praktyk zabiegowych, opisując szczegółowo, w mozołnych uzgodnieniach ze służbami sanitarnymi wymagania dotyczące pomieszczeń, sprzętu, aby nikt nie mógł nam zarzucić, że praktyki prowadzone przez lekarzy nie spełniają warunków, w jakich powinni być przyjmowani pacjenci kraju, który właśnie wracał do Europy.

Widząc konieczność uproszczenia przepisów w uzasadnionych przypadkach, po długich dyskusjach, zaproponowaliśmy lekarzom internistom i pediatrom formę praktyki, która **nie wymagała wyposażania pomieszczenia**, była bowiem pomyślana jako możliwość udzielania porad wyłącznie w domach pacjentów, podczas tzw. wizyt domowych.

Szczególnie podkreślali tę potrzebę pediatrzy, tłumacząc, że odwiedzanie chorych maluchów w domach, zamiast przyjmowania ich w zatłoczonych gabinetach, będzie bardzo wskazane ze względów epidemiologicznych.

Praktykę tę nazwaliśmy praktyką w miejscu wezwania.

Oczywiście wszyscy lekarze, którzy mieli praktykę stacjonarną, zawsze mogli i mogą również obecnie takie wizyty domowe wykonywać.

Naczelna Rada Lekarska, następnie Krajowy Zjazd Lekarzy, a w końcu sejm i senat zaakceptowały ten sposób myślenia Komisji Legislacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej, przyjmując projekt ustawy opracowany przez Izbę (ustawa o zawodzie lekarza z 5 grudnia 1996 r., opublikowana w Dz.U. nr 28 z 26 marca 1997 r., poz. 152).

Co się wydarzyło potem?

Samorząd lekarski wykonał swoją część zadania. Zawiodła strona rządowa. Nie doczekaliśmy się:

- reformy systemu,
- zróżnicowanych ubezpieczeń zdrowotnych,
- niskoprocentowanych kredytów,
- stabilizacji i poprawy bytu społeczeństwa.

Lekarze zostali wmanewrowani w wysoco niedoskonały system monopolistycznego NFZ-u i zmuszeni do szukania takich form wykonywania zawodu, które nie mieściły się w spójnym systemie ustawy o zawodzie.

Pierwsi do ataku na logiczny system art. 50 ustawy o zawodzie lekarza z 5 grudnia 1996 r. ruszyli lekarze anesteziolodzy. Po nieudanych negocjacjach placowych większość z nich zrezygnowała z umów o pracę. Zaoferowali zakładom opieki zdrowotnej swoje usługi jako właściciele praktyk lekarskich w miejscu wezwania. „Wzywającym” stał się zakład. W tym momencie samorząd lekarski chcąc być w zgodzie z przepisami miał prawo odmówić rejestracji takich praktyk, bowiem z art. 50. ust. 6 wynika co następuje:

Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązany:

1. spełniać warunki, o których mowa w ust. 4 pkt 1,2 i 4,
2. posiadać produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym również w zakresie określonym w art. 30,
3. posiadać adres siedziby indywidualnej praktyki lekarskiej wykonywanej w miejscu wezwania oraz miejsca

przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej oraz produktów leczniczych i sprzętu medycznego, o których mowa w ust. 4 pkt 1,2 i 4, ust. 5 pkt 2 i ust. 6 pkt 2 i 3.

Zwracam uwagę na pkt 2, ponieważ stał się on główną przyczyną kłopotów rejestracyjnych lekarzy zamierzających zarejestrować praktykę w miejscu wezwania i być nią nie przestał.

Zapis stawia okręgowe izby lekarskie w kłopotliwej sytuacji, chcąc bowiem iść na rękę lekarzom w ich beznadziejnej jak na razie walce z systemem muszą przemykać oko na oczywisty fakt, że lekarz, w opisywanym przypadku anesteziolog, nie posiada sprzętu umożliwiającego wykonywanie świadczeń zdrowotnych, który ma obowiązek zadeklarować w dokumencie rejestracyjnym. Na początku tego zamieszania, właśnie w okresie, kiedy o praktyki wyjazdowe starali się anesteziolodzy, znaleziono wyjście rejestrując takie praktyki jako indywidualne (a więc niespecialistyczne) praktyki w miejscu wezwania. To, że prowadzący taką praktykę lekarz miał specjalizację z anesteziologii i intensywnej terapii, nie miało nic do rzeczy, bo sam tego chciał. Ten sam lekarz mając zarejestrowaną praktykę w miejscu wezwania, czyli będąc samodzielnym podmiotem, zawierał umowę z dyrektorem zakładu opieki zdrowotnej jako lekarz ze specjalizacją, zobowiązując się do wykonywania bardzo specjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Wkrótce zaniechano takich wybiegów, ponieważ dyrektorzy placówek zorientowali się, że mogą być pociągnięci do odpowiedzialności za zawarcie umowy z niewłaściwym podmiotem.

Izby zrezygnowały w tym przypadku z przestrzegania czystości prawa, nikt bowiem nie podważał ich postępowania, nigdzie nie zapisano też sankcji za takie praktyki.

Wydawało się, że wilk syty i owca cała.

Niestety, okazało się, że owca ma poważnie nadgryzione członki, a wilk dostał niestrawności, gdyż pracodawcy dostrzegając korzyści zawierania umów z przedsiębiorcami, a nie osobami fizycznymi, zmusili lekarzy do rejestrowania działalności gospodarczej, dając im znać z pewnej pozycji filmowej „propozycję nie do odrzucenia”.

Pozbyli się w ten sposób obciążeń pracodawcy, przerzucając na barki lekarzy koszty związane z prowadzeniem działalności, a także całkowitą odpowiedzialność w przypadku roszczeń. Upłynęło wiele czasu i trzeba było wielu wysiłków samorządu lekarskiego, żeby skłonić lekarzy do uważnego przyjrzenia się umowom zawierającym przez nich z dotychczasowym pracodawcą i żądania, aby w umowach znalazły się sformułowania dotyczące sprzętu i wyposażenia, a także solidarnego podziału odpowiedzialności w razie niezawinionego przez lekarza błędu. Nadal jednak nieuregulowana została kwestia dokumentacji, której właścicielem pozostał podmiot zawierający z lekarzem umowę. Komplikuje to bardzo udostępnianie w razie konieczności dokumentacji pacjentom i innym podmiotom. Do takich kłopotów prowadzi zawsze naganianie prawa do życiowych konieczności, zamiast jego sensownej zmiany.

Pożądaną zmianą, wobec nieodwracalnej, jak się wydaje, sytuacji na rynku byłoby wprowadzenie odrębnej formy praktyki, wykonywanej wyłącznie w zakładzie opieki zdrowotnej, chociaż budzi to także mój sprzeciw, cały bowiem czas uważam, że praktyka powinna być jedna, wykonywana na podstawie posiadanego prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru izbowego.

Na razie upragnioną przez lekarzy formą wykonywania praktyki jest ta „w miejscu wezwania”, bo nie trzeba pomieszczenia, sprzętu, całej procedury dopuszczania przez organa sanitarne itd. To, że potrzebny jest sprzęt w formie przenośnej, a nade wszystko, że le-

dokończenie na str. 18

Komisja Stomatologiczna Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu serdecznie zaprasza na

I Ogólnopolską Konferencję Naukowo-Szkoleniową Lekarzy Dentystów nt.

Aktualne problemy specjalizacyjnego i ustawicznego kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów w Polsce z uwzględnieniem standardów Unii Europejskiej,

która odbędzie się w dn. **5-8.06.br.**

w przepięknych okolicach **Karkonoszy** w miejscowości **Miechowice** w **Hotelu „Las”**.

Udział w konferencji, potwierdzony certyfikatem, będzie upoważniał do otrzymania punktów edukacyjnych zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 6.10.2004 r. Liczba miejsc ograniczona. Uczestnicy będą rejestrowani wg kolejności zgłoszeń do końca kwietnia br. Zgłoszenia prosimy kierować na adres: **Dolnośląska Izba Lekarska, ul. Matejki 6, 50-333 Wrocław**, e-mail: **sekretaria@dilnet.wroc.pl**, tel. **071-798-80-88**, faks **071-798-80-51**. Informacji w biurze udziela **Agnieszka Jamroziak**. Koszt uczestnictwa w konferencji dla jednej osoby wynosi 520 zł. Wpłaty na konto: BGŻ S.A. O/Wrocław 26 2030 0045 1110 0000 0035 6500.

W pogoni za wolnym zawodem

dokńczenie ze str. 17

karz zawsze i w każdym przypadku musi prowadzić i przechowywać dokumentację, do której w każdym momencie, także w przypadku roszczenia, ma dostęp, umknęło jakoś naszym kolegom.

W pogoni za ułatwieniami zapomniano o podstawowym założeniu, że praktyka ma być własnością lekarza, jego miejscem pracy, realizowania ambicji zawodowych i źródłem zarobku; ma być także jego dumą i dobrem, które może przekazać dzieciom lub wychowanym przez siebie następcom.

W tym wszystkim pojęcie wolnego zawodu, który był szansą jedynie dla lekarzy prowadzących praktyki, oddalało się z wolna i nieubłaganie.

Co nam zostało z tych lat?

Jedynie wspomnienia miłego snu. Rzeczywistość okazała się skrzeczącą jak zwykle. Przez wrodzone poczucie przyzwoitości nie wspomnę gdzie znalazła się zbiorowa ręka lekarska po obudzeniu. Oczywiście ręka tych, którzy śnili, bo byli wśród naszych kolegów tacy, którzy

podczas drzemki innych urządzali świat po swojemu, czyli zgodnie z zasadą korzystania z kłopotów innych.

Wiele osób, wśród nich także rządzący, zarzuca lekarzom, że nie mają wizji swojego zawodu.

Zarzuty te w dużej mierze słuszne nie dotyczą na pewno lekarzy dentystów, bo wiem to oni śmiało podążyli w stronę wolnego zawodu podejmując wielki trud prywatyzacji, wciąż mając nadzieję, że zmiany systemowe umożliwią im właściwe prowadzenie działalności gospodarczej.

To bardzo cieszy. Martwi natomiast fakt, że działalność ta zaabsorbowała lekarzy dentystów tak dalece, iż nie starczyło im już czasu, a może ochoty na zaangażowanie w pracę społeczną, aby na terenie samorządu lekarskiego prezentować interesy praktyk lekarskich.

Dotychczas w imieniu środowiska, które jest prawie w 100 % sprywatyzowane, występowali głównie koledzy prowadzący niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Być może mieli więcej czasu (na nich przecież częściowo pracują inni), więcej energii, na pewno większą wiedzę na temat organizacji ochrony zdrowia.

Niestety, ich problemy nie w pełni pokrywały się i pokrywają z problemami indywidualnych praktyk prowadzonych przez lekarzy dentystów. Mam wrażenie, że stąd lobbing na rzecz dopłat, stąd również pomysły w sprawie praktyk w miejscu wezwania, które to pomysły niekoniecznie wpływają korzystnie na sytuację całego zawodu.

A może wrócić do źródeł, czyli do argumentów, które mieliśmy tworząc projekt ustawy i zażądać, aby organizatorzy ochrony zdrowia zdali sobie sprawę z faktu, że w **środku Europy, w dwudziestym pierwszym wieku, po przemianach ustrojowych jest kraj, w którym istniejące sektory gospodarcze dzielą się nadal na równe i równiejsze, gdzie właściciele firm mają równe obowiązki, ale nierówne prawa i gdzie państwo ciągnie za uszy jednych, a kopniakiem spycha innych w wykopany przez siebie dołek.**

Dlaczego tak dramatycznie? A dlatego nie, skoro wprowadzając dopłaty niszczy się sektor prywatny, zgadzając się na rejestrację praktyk w miejscu

wezwania napędza się właścicielom stomatologicznych NZOZ-ów – niewolników, którzy przyjmując na siebie obciążenia wynikające z rejestracji działalności gospodarczej oraz całą odpowiedzialność w razie ewentualnych roszczeń pracują za marny procent po to, aby właściciele mogli realizować swobodnie kontrakt z NFZ-em przez podwykonawców, sami przyjmując prywatnych pacjentów przyciąganych przez tychże „wezwniowców”.

Mam wrażenie, że głównie stąd biorą się ciągoty do utworzenia oddzielnego samorządu lekarzy dentystów, aby już zupełnie zamknąć możliwość dyskusowania o zasadach wykonywania zawodu przez rozproszonych i słabszych w rozważaniach na temat organizacji ochrony zdrowia indywidualnie praktykujących lekarzy dentystów. Jednym słowem, aby ze stomatologii uczynić rzemieślniczą dentystykę.

Potem dopiero zacznie się płacz i lamenty, że o wszystkim decydują ludzie, którzy z wykonywaniem zawodu w formie praktyki nie mają wiele wspólnego. Że znów decydują za lekarzy wyłącznie pracodawcy.

Padają argumenty, że tak jest w innych krajach. To żaden argument, w tychże bowiem krajach nie ma instytucji niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Są praktyki lekarskie, które mogą, choć nie muszą zatrudniać innych lekarzy, pracować we współpracy z różnymi firmami ubezpieczeniowymi, nie użerając się z monopolistą i mieć poczucie, że lekarze sami odpowiadają za siebie, ale i sami ponoszą konsekwencje własnego postępowania.

Lekarze stomatolodzy, jeszcze kiedy nimi byli, zdecydowanie odrzucili pomysł odrębnej izby, uznając, że nie czas na to w dobie trudnych przemian ustrojowych. Wierzę, że obecni lekarze dentyści nie zmienili zdania i nadal chcą być uważani nie tylko za dentystów, ale także za lekarzy.

Zastanówmy się czy praktyka w miejscu wezwania dla lekarza dentysty jest wielkim złem. Uważam, że nie, chociaż dość trudne do spełnienia będzie określenie co mianowicie ma stanowić „sprzęt i wyposażenie lekarza dentysty przystosowane do transportu”. Tak naprawdę uważam, że **chcąc być w zgodzie z przepisami** lekarz dentysta będzie mógł wpisać we wniosku rejestracyjnym w rubryce „Rozdaj deklarowanych świadczeń medycznych” jedynie **porady stomatologiczne**. Oznaczać to może, że lekarz dentysta uda się do pacjenta wyłącznie po to, aby udzielić mu porady jak myć zęby. Będzie to najkosztowniejsza forma profilaktyki, jaką zna świat. Oczywiście możemy so-

bie pozartować, bo wyjście na pewno się znajdzie, wszak „Polak potrafi”. Nie chodzi jednak o obchodzenie prawa, chodzi o rzecz znacznie ważniejszą, a mianowicie jak odbudować to, o co chodziło lekarzom i lekarzom stomatologom na początku drogi i o co, mam nadzieję, chodzi nam wszystkim teraz:

Należy wrócić do możliwości zatrudniania lekarza w praktyce lekarskiej.

Mamy sytuację, w której poważnym problemem nadal będzie byt młodych i najstarszych lekarzy.

Z jednej strony:

- młodzi lekarze i lekarze dentyści, którzy nadal nie mogą liczyć na spodziewane korzystne kredyty,
- starzy lekarze i lekarze dentyści, pracujący dotychczas na umowie o pracę, którzy nie mają siły ani odwagi na zarejestrowanie i prowadzenie własnej praktyki, a ich bardzo niskie emerytury nie pozwalają na całkowitą rezygnację z wykonywania zawodu (jeśli chodzi o lekarzy dentystów – w tej grupie mieszczą się głównie kobiety, które odeszły na emeryturę po pracy w gabinetach szkolnych lub w dawnych przychodniach),
- dobiegający wieku emerytalnego dotychczasowi właściciele małych praktyk, którzy nie odłożyli dostatecznie dużo pieniędzy, aby spędzać resztę życia odwiedzając luksusowe kurorty, a brak im już sił do dalszego, samodzielnego prowadzenia praktyki.

Z drugiej strony:

- **Właściciele praktyk** zawierający umowy kontraktowe z NFZ-em, którzy uwiązani są jak, proszę wybaczyc porównanie, pies na łańcuchu do miejsca pracy, bowiem kontrakt zezwala jedynie na wykorzystanie krótkiego urlopu. W przypadku dłuższej choroby i koniecznej nieobecności w praktyce kontrakt rozwiązuje się, a lekarze pozostają bez środków do życia. Dotychczas żadna poważna firma ubezpieczeniowa nie ma w swoim pakiecie ubezpieczenia na wypadek utraty zdolności wykonywania zawodu, a jeśli nawet ktoś przymierza się do takiego ubezpieczenia proponowane składki są zawrotne. Zatrudnienie lekarza dentysty, być może właśnie emeryta, rozwiązywałoby problem absencji chorobowej i zapewniało właścicielowi praktyki pewien dochód z pracy zatrudnionego lekarza.
- **Doświadczeni specjaliści**, pracujący wiele lat, a nie mający naturalnych na-

stępców, czyli dzieci wykonujących ten sam zawód, mają zrozumiałą dążność do przekazania swojej praktyki młodszemu lekarzowi, uczniowi, który wyszkolony pod okiem mistrza przejąłby po jego ustąpieniu praktykę wraz z pacjentami, przyzwyczajonymi do gabinetu i sposobu bycia starego lekarza. Jest to praktyka przyjęta i stosowana w wielu krajach, w których tradycja praktyk lekarskich i układu mistrz – uczeń zdała doskonale egzamin.

Zatrudnienie lekarza dentysty, w tym przypadku młodego, dałoby możliwość bezkolizyjnego przekazania praktyki.

– **Potencjalni kierownicy specjalizacji**. Istotnym problemem w stomatologii jest brak miejsc specjalizacyjnych i brak chętnych do przyjmowania młodych adeptów na szkolenie. Zgoda na zatrudnienie lekarzy w praktykach mogłaby rozwiązać i ten problem, gdyż właściciele praktyk mogliby się okazać zainteresowani wykształceniem młodego specjalisty, który potem mógłby przejąć część obowiązków, np. kontraktowych. Tak więc i w tym przypadku umożliwienie zatrudnienia w praktykach jest jak najbardziej celowe.

Umożliwienie zatrudnienia lekarza w praktyce lekarskiej wymagałaby zmian w kilku aktach prawnych, poczynając od ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, być może zmiany nazwy praktyk, ale zamykanie oczu na potrzebę takiego rozwiązania jest błędem, co więcej daje w efekcie niedopuszczalne przyzwolenie na omijanie prawa.

Dostrzegł to Nadzwyczajny IX Krajowy Zjazd Lekarzy, który na wniosek Komisji Stomatologicznej NRL 12 stycznia 2008 r. określił kierunek nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Nadzwyczajny IX Krajowy Zjazd Lekarzy zobowiązuje Naczelną Radę do podjęcia działań zmierzających do nowelizacji art. 53 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty poprzez nadanie mu brzmienia, które umożliwiłoby lekarzom dentystom prowadzącym indywidualne praktyki i wykonującym zawód przez co najmniej pięć lat zatrudnienie innego lekarza dentysty.

Dla dobra nas samych, jako zabezpieczenie na wypadek dłuższej choroby, dla dobra naszych młodych i najstarszych kolegów, dla czystości prawa połączmy wysiłki w celu uzyskania możliwości zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów w praktykach lekarskich.

Halina Porębska

REKLAMA

REKLAMA

Bez społecznego nadzoru i bez konkursów



Wojciech Marquardt

Projekt ustawy zawiera regulacje dotyczące organizacji i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. Ministerstwo Zdrowia przygotowało nową ustawę, a nie jej kolejną nowelizację, ze względu na konieczność dokonania znaczących zmian w zakresie organizacji i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. Utrzymano w niej podział na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Proponuje się, aby szpitale mogły być tworzone i prowadzone wyłącznie przez samorząd województwa, a nie jak dotychczas przez wszystkie szczeble samorządu terytorialnego, co spotkało się z negatywną oceną Naczelnej Rady Lekarskiej.

foto: Marek Stankiewicz

Po raz pierwszy wprowadza się obowiązek zawarcia przez każdy zakład opieki zdrowotnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby udzielające tych świadczeń w zakładzie. I to niezależnie od tego, czy ZOZ udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych czy też na zasadach wyłączności komercyjnych.

W ostatnich latach dyskutowano na temat sprawowania nadzoru i zarządzania oddziałami w zakładach opieki zdrowotnej. W dotychczasowej praktyce upowszechnił się przede wszystkim system nazywany ordynatorskim, z ordynatorem wybieranym w drodze konkursu. W tym systemie ordynator wykonuje funkcje organizacyjne, administracyjne i koordynujące w oddziale szpitalnym. Próba zmiany tego stanu rzeczy jest wprowadzenie – na razie na poziomie rozporządzeń ministra zdrowia – możliwości zarządzania oddziałem szpitala przez innego niż ordynator lekarza. Dalsze zmiany w tym zakresie wymagają regulacji ustawowych. Stąd też propozycja dopuszczenia alternatywnego systemu zarządzania oddziałem, tzw. systemu konsultanckiego.

Projekt nie precyzuje co oznacza „system konsultancki”, a także nie przesądza o wyborze jednej z wymienionych koncepcji pozostawiając w tej sprawie swobodę decyzji poszczególnym zakładom opieki zdrowotnej. Wybrany sposób kierowania oddziałami zostanie określony w statucie zakładu opieki zdrowotnej. Niezależnie od wybranego sposobu kierowania oddziałem minister zdrowia planuje odstąpienie od wymogu przeprowadzania konkursu.

NRL bardzo krytycznie oceniła niezwyczajnie uproszczone potraktowanie problemu kierowania oddziałem szpitalnym. Użyte w projekcie terminy „ordynator”, „konsultant” i odpowiadające im „systemy” są bardzo niejednoznaczne i wymagają bardziej precyzyjnego określe-

nia. W szczególności niezrozumiałe jest pominięcie roli ordynatora w doskonałym zawodowym medycznych pracowników oddziału (zwłaszcza lekarzy i lekarzy dentyistów), a z drugiej strony pominięcie sprawy odpowiedzialności administracyjno-gospodarczej konsultantów. Przede wszystkim jednak Rada stanowczo protestuje przeciw pomysłowi bezkonkursowego obsadzania stanowisk kierowniczych w oddziałach szpitalnych.

Ustawa dzieli zakłady opieki zdrowotnej na stacjonarne i ambulatoryjne. W obu przypadkach określa ich zamknięty katalog.

Stacjonarnym zakładem opieki zdrowotnej jest: szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład rehabilitacji leczniczej, sanatorium i hospicjum. Niektóre zapisy projektu budzą wątpliwość, czy w ramach szpitala może być prowadzona ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz czy mogą być w nich utworzone inne jednostki organizacyjne opieki zdrowotnej.

Zmianie w stosunku do obecnych regulacji ulega tryb kierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego. Następować będzie ono na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza leczącego na wniosek osoby ubiegającej się o skierowanie. Nie ulega zmianie sposób ustalania wysokości miesięcznej opłaty za wyżywienie i zakwaterowanie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Wyraźnie dopuszczono możliwość zapewnienia przez zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy pielęgnacji i rehabilitacji w warunkach domowych oraz prowadzenia w warunkach domowych działalności hospicjum.

Ambulatoryjnymi zakładami opieki zdrowotnej są: przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium, lecznica, pogotowie ratunkowe, medyczne laboratorium diagnostyczne. Nowym rozwiązaniem proponowanym w projekcie ustawy jest wprowadzenie możliwości

pobierania przez szpital opłaty za zapewnienie pacjentowi, na jego życzenie, pomieszczenia o wyższym standardzie. Rozwiązanie to wymaga określenia przez ministra zdrowia standardu wyposażenia pomieszczeń dla pacjentów. Wysokość opłaty za pomieszczenie o wyższym niż ustalony w przepisach standardzie ustala kierownik zakładu opieki zdrowotnej.

Najważniejszym z punktu widzenia funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej są propozycje przepisów zakładające dopuszczenie możliwości działania zakładu opieki zdrowotnej w formie spółek handlowych, z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółek akcyjnych. O przekształceniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę akcyjną albo spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością decyduje zawsze organ założycielski. Wniosek musi poprzeć ponad połowa pracowników zakładu w głosowaniu tajnym. Następnie taki wniosek kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przekazuje podmiotowi, który utworzył zakład. Dopiero wówczas podmiot, który utworzył zakład wyraża zgodę na przekształcenie albo odmawia zgody na to przekształcenie.

Spółka taka wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

Grunt Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego przekazywane są spółce na własność. Budynki i inne urządzenia oraz lokale znajdujące się na tych gruntach, będące przedmiotem użytkowania w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia, stają się z mocy prawa nieodpłatnie własnością spółki.

Projekt jednoznacznie rozstrzyga kwestię zatrudnienia pracowników przekształcanego zakładu. Obowiązuje zasada, iż z dniem przekształcenia pracownicy przekształcanego samodzielnego publicznego zakładu

opieki zdrowotnej stają się, z mocy prawa, pracownikami spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej.

Minimalną wysokość kapitału zakładowego dla spółki będącej szpitalem ustalono na 500 tys. zł, co zagwarantuje powstawanie silnych finansowo podmiotów. W przypadku szpitali klinicznych proponuje się ustalenie wysokości udziału publicznej uczelni medycznej, publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w spółce na poziomie co najmniej 75%, bez możliwości zbywania akcji lub udziałów, w wyniku którego udział podmiotu publicznego w kapitale zakładowym byłby mniejszy niż 75%. W odniesieniu do pozostałych zakładów opieki zdrowotnej minimalny udział Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego ustalono na 51%. Projekt ustawy umożliwia nieodpłatne nabycie udziałów albo akcji przez uprawnionych pracowników SPZOZ-u, przekształcanego w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną. Wysokość udziału pracowników w publicznej spółce nie może przekraczać 15%.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które nie zostaną przekształcone w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną będą mogły nadal funkcjonować w dotychczasowej formie.

Łączenie samodzielnych publicznych ZOZ-ów uregulowane zostało analogicznie jak ma to miejsce w obecnie obowiązującej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Odpowiedzialność za zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej ponosi kierownik zakładu, a w zakładzie działającym w formie spółki – zarząd spółki, do którego stosuje się przepisy kodeksu spółek handlowych. Zarządowi podlega bezpośrednio kierownik medyczny, który zarządza zakładem pod względem diagnostyczno-leczniczym. Ustawa określa wymagania, jakie spełniać powinien kierownik zakładu opieki zdrowotnej oraz okoliczności jego odwołania. Po raz pierwszy znalazła odzwierciedlenie kwestia jego odpowiedzialności za sytuację finansową zakładu.

Minister zdrowia zrezygnował z powoływania w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej rady społecznej, jako organu doradczego kierownika oraz inicjującego i opiniodawczego podmiotu, który zakład utworzył.

W projekcie ustawy wprowadza się ograniczenie w zakresie udzielania przez podmioty niepubliczne na obszarze nieruchomości będących w posiadaniu publicznego zakładu opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych konkurencyjnych w stosunku do tych, których – zgodnie ze swoim statutem – udziela zakład publiczny, z wyjątkiem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii.

Doprecyzowano zasady gospodarki finansowej publicznych ZOZ-ów, w szczególności źródła pozyskiwania środków finansowych, a także cele, na jakie samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskać dotację budżetową. Odrębny rozdział poświęcono gospodarce finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Określony został szczegółowo tryb postępowania w przypadku, gdy ujemny wynik finansowy nie może być pokryty przez zakład we własnym zakresie. Podmiot, który utworzył zakład, może wówczas pokryć ujemny wynik finansowy zakładu w stopniu umożliwiającym dalsze nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych, przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy. Jednocześnie zakład zobligowany jest do opracowania programu naprawczego, określającego działania naprawcze mające na celu osiągnięcie przez zakład takiej sytuacji finansowo-ekonomicznej, która pozwoli na nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych. Sytuacja, w której podmiot tworzący pokrywa ujemny wynik finansowy zakładu, może nastąpić nie częściej niż raz na 3 lata. Przepisy mają na celu wymuszenie na podmiotach tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej podejmowanie określonych działań w sytuacjach kryzysowych, tak aby uniknąć narastającego pogarszania się kondycji finansowej zakładów.

Zdaniem NRL zobowiązania dotyczące spłaty długu, rozliczeń i obowiązku pokrycia ujemnego wyniku finansowego nie mogą być wprowadzane przed zapewnieniem realnej wyceny procedur medycznych, co umożliwiłoby powolne wprowadzenie równowagi finansowania się placówek ochrony zdrowia. To bardzo istotne, zwłaszcza jeśli istnieje ryzyko ich likwidacji.

W odniesieniu do ZOZ-ów prowadzonych w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej ustawa ogranicza zaciąganie zobowiązań. Zakład taki nie może zaciągać długów odpowiadających ponad połowie wartości jego aktywów.

Projekt ustawy stwarza możliwość nieodpłatnego nabycia udziałów albo akcji przez uprawnionych pracowników SPZOZ-u, przekształcanego w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną. Wysokości udziału pracowników w publicznej spółce nie może przekraczać 15%.

Przepisy dotyczące kontroli i nadzoru wzorowane są na obecnie obowiązujących regulacjach ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

NRL z dezaprobatą przyjęła fakt, że akt prawny o charakterze rozwiązania systemowego nie przechodzi przez zwykły rządowy proces legislacyjny. W znaczny sposób utrudnia to możliwość wpływania na jego

dokończenie na str. 23



Podpis elektroniczny dla medycyny

Romuald Krajewski

Od co najmniej kilkunastu lat wiemy, że dokumentację medyczną można by prowadzić w formie elektronicznej, rezygnując z używania papieru.

foto: Marek Stankiewicz

Umożliwiająca to technologia istnieje od dawna i w wielu krajach, w tym i w Polsce, jest powszechnie używana. W „obrocie wewnętrznym”, czyli wykorzystaniu danych elektronicznych do dokumentowania przebiegu leczenia dla potrzeb leczących, korzystanie z dokumentacji elektronicznej wystarcza, jeżeli spełnione są wymogi bezpieczeństwa. Jednak w każdej sytuacji związanej ze względami formalno-prawnymi zwykły zapis elektroniczny jest niewystarczający. W odróżnieniu od wydruku i zapisu odręcznego, nie można jednoznacznie ustalić ani autora, ani czasu sporządzenia i modyfikacji danych w formie elektronicznej.

Technologia umożliwiająca jednoznaczne i niemożliwe do sfalszowania oznaczenie dokumentu elektronicznego podpisem i datą również istnieje od dość dawna. Uniemożliwia ona jakiegokolwiek, choćby najmniejsze, modyfikacje zawartości dokumentu, czyli zabezpiecza go znacznie lepiej niż tradycyjny wydruk i podpis. Aby ją stosować na co dzień potrzebne są odpowiednie przepisy prawa oraz względnie łatwy dostęp do niezbędnych urządzeń.

Rozporządzenie ministra zdrowia z 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania umożliwiło prowadzenie w Polsce dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej od czerwca 2007 r. Komputery są powszechnie używane w ochronie zdrowia. Spełnione są więc oba niezbędne warunki.

Dlaczego warto skorzystać z tej możliwości? Jednym z powodów są problemy związane z dokumentacją w tradycyjnej - na papierze - formie. Ważna jest ilość zużywanego papieru, ale również trudności w przechowywaniu przez 20 lub więcej lat dużych ilości dokumentów. Dostęp do dokumentów sporządzonych na papierze czy filmie jest również nielätwy. Kiedy trzeba je przesłać, pojawiają się dodatkowe koszty związane z kopiowaniem i korespondencją, a zainteresowany odbiorca otrzyma je dopiero

po jakimś czasie. Dokumentacja w formie elektronicznej nie ma wymienionych wad, zapewnia najwyższy możliwy poziom autentyczności i stwarza zupełnie nowe możliwości wykorzystania nagromadzonych danych.

Jak tworzy się dokumentację w formie wyłącznie elektronicznej? Dokument elektroniczny oprócz treści zawiera również podpis elektroniczny i informację o czasie utworzenia. Dane zawarte w dokumencie pochodzą zwykle z oprogramowania obsługującego zakład opieki zdrowotnej lub praktykę. Podpis jest ciągiem liczb, który unikalnie i w sposób nie dający się sfalszować identyfikuje autora dokumentu. Oznakowanie czasem polega na dołączeniu do dokumentu ciągu liczb pochodzącego z upoważnionej do znakowania instytucji. Po podpisaniu i oznakowaniu czasem każda zmiana pliku spowoduje zmianę jego struktury i stanie się on nieautentyczny. Znakowanie czasem zachowuje ważność przez określony czas, po którym potrzebne jest ponowienie znakowania.

Większość wymienionych czynności wykonuje oprogramowanie. Podpis jest jednak własnością autora, który sam musi „podpisać” dokument. Służy do tego karta podobna do innych używanych obecnie powszechnie elektronicznych kart identyfikacyjnych lub inny nośnik danych elektronicznych (najczęściej podłączany przez złącze USB). Kiedy program tworzący dokument ma dołączyć podpis elektroniczny, należy włożyć do czytnika kartę lub nośnik do złącza USB, ciąg cyfr zostanie odczytany, zweryfikowany i dołączony do dokumentu. Ważnym elementem podpisu elektronicznego jest weryfikacja, której dokonuje upoważniona instytucja dostarczająca podpisu. W ten sposób można z pewnością stwierdzić, że podpis jest autentyczny i ważny. Oczywiście technologia podpisu, znakowania i szyfrowania jest trochę bardziej skomplikowana, ale użytkownik podpisu wcale nie musi jej znać.

Dokumentacja medyczna nie jest pierwszym ani najważniejszym zasto-

sowaniem podpisu elektronicznego. Jest on stosowany w operacjach finansowych i w wymianie oficjalnych dokumentów. W Polsce już słyszymy, że wkrótce dokumenty ZUS-u i podatkowe oraz wiele innych będzie można składać drogą elektroniczną. Od 1 maja wszystkie urzędy administracji publicznej powinny umożliwić wnoszenie podań i przekazywanie innych dokumentów w postaci elektronicznej. Z czasem będzie to praktycznie jedyna droga i praktycznie każdy będzie potrzebował podpisu elektronicznego.

Aby ułatwić zastosowanie podpisu w ochronie zdrowia Naczelna Izba Lekarska i Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia podpisały porozumienie o współpracy. Po przeprowadzeniu konkursu wśród dostawców podpisu elektronicznego zawarliśmy umowę z UNIZETO, firmą oferującą najkorzystniejsze warunki. Z oferty mogą skorzystać wszyscy lekarze i lekarze dentyści, praktyki lekarskie oraz zakłady opieki zdrowotnej. O szczegółach można dowiedzieć się na stronach UNIZETO (www.unizeto.pl). W skrócie, osoba lub firma chcąc uzyskać podpis elektroniczny wypełnia odpowiednie formularze na stronie internetowej, następnie potwierdza poprawność danych, zgłasza się do punktu potwierdzającego tożsamość i po dokonaniu wpłaty otrzymuje kartę z podpisem i czytnik. Aby wykorzystać podpis w prowadzeniu dokumentacji potrzebne jest odpowiednie oprogramowanie obsługujące praktykę lub zakład opieki zdrowotnej.

Zachęcamy wszystkich lekarzy do zapoznania się z możliwościami, które daje korzystanie z podpisu elektronicznego. Oprócz prowadzenia dokumentacji i wymiany dokumentów z urzędami podpis może służyć do bezpiecznej wymiany korespondencji prywatnej, zabezpieczania prywatnych danych itp. Za jakiś czas na pewno będzie w powszechnym użyciu. Nasza inicjatywa „Podpis elektroniczny dla medycyny” może ułatwić skorzystanie z tej technologii już teraz.

Bez społecznego nadzoru i bez konkursów

dokńczenie ze str. 21

ostateczny kształt zarówno instytucjom państwowym, jak i zainteresowanym organizacjom i obywatelom oraz zagraża stworzeniem prawa, które spowoduje wiele kontrowersji i zaraz po wejściu w życie będzie wymagało licznych korekt. Naczelna Rada Lekarska bardzo krytycznie oceniła także merytoryczną zawartość projektu.

Określenie czytelnych zasad przekształceń własnościowych publicznych placówek opieki zdrowotnej jest od wielu lat postulatem samorządu lekarskiego. W stanowiskach najwyższych władz wyrażano konieczność stworzenia prostych możliwości przechodzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego. Zdaniem samorządu warunkami takich przekształceń dla znacznej części SP ZOZ-ów jest zapewnienie poziomu finansowania przynajmniej na poziomie realnych kosztów oraz systemowe rozwiązania problemu zadłużenia przed przekształceniem. W przeciwnym razie przekształcenia nie będą w ogóle możliwe lub mogą zagrozić poważnym niebezpieczeństwem pracownikom prze-

kształcanych placówek, a przede wszystkim pacjentom mogącym stawać się przedmiotem tzw. hazardu moralnego osób odpowiedzialnych za stan finansów powstających spółek wynikającego z konfliktu między interesem finansowym placówki a potrzebami pacjentów.

NRL stwierdza także, że wobec braku regulacji dotyczących spraw związanych ze szczególnymi problemami zatrudnienia (zwłaszcza lekarzy i lekarzy dentyistów) w ZOZ-ach, prowadzeniem i udostępnianiem dokumentacji medycznej, zakazem reklamy, akredytacją i innymi dotychczas regulowanymi przez ustawę z 30 sierpnia 1991 r. o ZOZ-ach nie sposób traktować projektu jako mającego zastąpić dotychczasową ustawę. Rada uważa, że powinny one pozostać w jednym akcie określającym prowadzenie ZOZ-u.

Zupełnie niezrozumiałe jest umieszczenie w projekcie przepisów dotyczących doskonalenia zawodowego pracowników ZOZ-ów. Po pierwsze, nie jest jasne, kogo one dotyczą: pracowników medycznych czy także zawodów, w których doskonalenie jest już regulowane odrębnymi przepisami, czy też wszystkich pracowników. Po wtóre, przepis o obowiązku doskonalenia zawodowego ceduje całkowite koszty na pracownika. Nie przewiduje nawet ulg podatkowych w tym zakresie.

Projekt nowej ustawy o ZOZ-ach zupełnie odmiennie od dotychczasowej prakty-

ki stwierdza, że tytuł specjalisty jest jednocześnie uprawnieniem do wykonywania określonych czynności. W obecnej praktyce tytuł specjalisty w zawodach medycznych jest raczej potwierdzeniem określonych programem wiedzy i umiejętności, a tylko w wyjątkowych, określonych konkretnymi przepisami przypadkach bywa warunkiem objęcia niektórych funkcji lub wykonania niektórych czynności. Rada stanowczo protestuje przeciwko proponowanej zmianie tej zasady.

Nie do przyjęcia jest przepis, że minister właściwy do spraw zdrowia miałby arbitralnie dokonywać wyboru organizatora prowadzącego specjalizację. Nie jest jasne, czy zapis ten ma dotyczyć także specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów.

Liczba merytorycznych błędów i usterek w projekcie ustawy uniemożliwia dalszą pracę nad tym dokumentem również na etapie prac w parlamencie. 8 lutego 2008 r. NRL zwróciła się do Rządu RP, aby po dokonaniu odpowiednich korekt ponownie poddać projekt konsultacjom na zwykłej drodze legislacyjnej.

Wojciech Marquardt

Autor jest ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w Szpitalu im. Rydygiera w Katowicach, długoletnim szefem śląskiego samorządu lekarskiego, obecnie zasiada w Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

REKLAMA

REKLAMA



POŻYCZKA

Mieszkanie w kolorach

TYLKO 8,9%

BEZ PORĘCZYCIELI

BEZ HIPOTEKI – DO 80 000 PLN

Przykładowa kwota pożyczki	60 miesięcy Rata	48 miesięcy Rata	36 miesięcy Rata
30 000	621,26	745,06	952,51
50 000	1 035,44	1 241,76	1 587,51
80 000	1 656,70	1 986,82	2 540,02

OPROCENTOWANIE 8,9%

PROWIZJA 3,6% – 4,6%

POŻYCZKA PREMIUM

BEZ ZBĘDNYCH FORMALNOŚCI - do 80 000 PLN

Przykładowa kwota pożyczki	36 miesięcy Rata	24 miesięcy Rata	12 miesięcy Rata
10 000	329,72	468,35	886,04
30 000	989,16	1 405,04	2 658,12

OPROCENTOWANIE 11,6%

PROWIZJA 2% – 4%

POŻYCZKA „MINI”

SZYBKA SPŁATA MAŁYCH RAT – DO 5 000 PLN

Kwota pożyczki w PLN	24 miesiące Rata	12 miesięcy Rata	6 miesięcy Rata
1000	46,09	87,86	171,47
3000	138,28	263,58	514,40
5000	230,47	439,30	857,34

OPROCENTOWANIE 9,9%

PROWIZJA 2,9%

POŻYCZKA ŻŁOTA

DLA SOLIDNYCH KREDYTOBIORCÓW DO 20 000 PLN

Kwota pożyczki w PLN	36 miesięcy Rata	24 miesięcy Rata	12 miesięcy Rata
10 000	322,17	460,94	878,60
20 000	644,34	931,88	1 757,20

OPROCENTOWANIE 9,9%

PROWIZJA 2%

PAKIET MERITUM

Pożyczka do 20 000 PLN

+

OC gratis do 200 000 PLN

najlepsze ubezpieczenie dla lekarzy na rynku

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK

www.skokil.pl

infolinia: 0 801 88 88 11

tel. 0 22 331 66 07, fax. 0 22 331 66 06



Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 8 III 2008

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **szczegółowego wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych finansowanych ze środków publicznych**. Zwrócono uwagę, że wprowadzenie odpłatności za sprzęt stomijny uniemożliwi dostęp do zaopatrzenia dla wszystkich pacjentów – tym bardziej, że tylko kilka procent pacjentów ze stomią ma orzeczoną umiarkowaną lub znaczącą niepełnosprawność (orzeczoną nie z powodu stomii).

Delegowano – **Konstantego Radziwiła**, prezesa NRL oraz **Klaudiusza Komora**, członka NRL, przewodniczącego Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej, na posiedzenie **Stalego Komitetu Lekarzy Europejskich**, w dn. 14-15.03.br. w Lublaniu.

NRL – 8 III 2008

Prezes NRL przedstawił informację dotyczącą realizacji dokumentów przyjętych przez **Nadzwyczajny IX Krajowy Zjazd Lekarzy**.

NRL przyjęła uchwałę w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie **ustawy o izbach lekarskich**. Zaproponowano wprowadzenie do ustawy zapisu obligującego członków samorządu lekarskiego do obowiązku ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu zawodu. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii NRL, miałby określić, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres wykonywanych czynności. W efekcie znikłaby konieczność zawierania przez lekarzy pracujących w kilku miejscach kilku kosztownych polis OC. Upoważniono Prezesa NRL do podjęcia działań w celu wszczęcia inicjatywy legislacyjnej dotyczącej projektu ustawy.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie powołania **Komitetu Redakcyjnego CPT-PL**. Komitet będzie miał za zadanie merytoryczną ocenę i akceptację zmian wprowadzanych do kolejnych wydań klasyfikacji procedur CPT-PL. W skład komitetu wejdą: **Romuald**

Krajewski – przewodniczący, **Jerzy Jakubiszyn**, **Adam Kozierekiewicz**, **Piotr Ruciński**, **Małgorzata Symonides**, **Jacek Sieńko**, przedstawiciel ministra zdrowia, przedstawiciel prezesa NFZ, przedstawiciel ubezpieczycieli prywatnych.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **zlecenia konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych przez lekarzy i lekarzy dentystów – emerytów i rencistów**. NRL po raz kolejny z pełną stanowczością stwierdza, iż niezbędna jest zmiana obowiązujących przepisów prawnych, która pozwoliłaby lekarzom i lekarzom dentystom – emerytom i rencistom na zlecenie konsultacji specjalistycznych oraz badań diagnostycznych dla nich samych, ich współmałżonków, rodzeństwa oraz wstępnych i zstępnych na zasadach przysługujących lekarzom i lekarzom dentystom podstawowej opieki zdrowotnej w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Podstawą do finansowania tych świadczeń byłaby indywidualna umowa lekarza lub lekarza dentysty z NFZ, który udzielałby zgody na korzystanie z określonego zakresu tych badań (np. do pewnej kwoty lub liczby badań).

NRL przyjęła stanowisko w sprawie projektu **ustawy o zakładach opieki zdrowotnej**. Rada bardzo krytycznie ocenia merytoryczną zawartość projektu ustawy. Wyrażono jednocześnie pozytywną opinię o konieczności stworzenia prostych możliwości przechodzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego. Rada zwróciła się do marszałka sejmu o niepodejmowanie dalszych prac nad tym projektem w jego obecnej formie.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie projektu ustawy o **dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych**. NRL negatywnie oceniła przedstawiony projekt i zwróciła się do marszałka sejmu o niepodejmowanie dalszych prac nad projektem w jego obecnej formie.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie ustawy o **ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o rzeczniku praw pacjenta**. Rada pozytywnie ocenia zamiar całościowego i spójnego ujęcia praw pacjenta, ale jednocześnie negatywnie ocenia przedstawiony projekt i zwraca się do marszałka sejmu o niepodejmowanie dalszych prac nad projektem w jego obecnej formie.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie projektu ustawy o **zmianie ustawy o lekarzu sądowym**. NRL uważa, że projektowana zmiana ustawy o lekarzu sądowym jest próbą rozwiązania problemu braku chętnych do pełnienia funkcji lekarza sądowego, który wynika z małej atrakcyjności zawodowej czynności orzeczniczych lekarza sądowego, a także z niedostatecznego wynagrodzenia przewi-

foto: Marek Staniewicz

dzianego dla lekarzy sądowych, a nie – jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy – z ustanowienia szeregu warunków, które musi spełnić lekarz, który chce zostać lekarzem sądowym. Zdaniem NRL projektowana zmiana nie spowoduje gwałtownego napływu chętnych do objęcia funkcji lekarza sądowego, a więc zmiana ustawy nie wywoła celu, dla którego jest dokonywana. Ponadto należy wskazać, że przedmiotowa regulacja jest bardzo lakoniczna, a w związku tym niejasna i nieprecyzyjna.

NRL przyjęła uchwałę w sprawie wystąpienia do ministra sprawiedliwości o **rozszerzenie katalogu organizacji społecznych uprawnionych do działania przed sądem w imieniu i na rzecz obywateli**. Postanowiono wystąpić o zmianę rozporządzenia ministra sprawiedliwości z 10.11.2000 r. w sprawie określenia wykazu organizacji społecznych uprawnionych do działania przed sądem w imieniu lub na rzecz obywateli poprzez rozszerzenie katalogu organizacji społecznych uprawnionych do występowania przed sądem w imieniu i na rzecz obywateli, o jednostki organizacyjne samorządu lekarskiego.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w spotkaniu inauguracyjnym Białej szczyt.
- List do Jacka Paszkiewicza, prezesa NFZ, w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
- List do Zbigniewa Cwiakalskiego, ministra sprawiedliwości – prośba o rozważenie zagadnień związanych ze stosowaniem przez prokuraturę oraz sądy środka zapobiegawczego w postaci zawieszenia w prawie wykonywania zawodu lekarza.
- Uroczyste podpisanie umowy na dostarczanie podpisu elektronicznego dla lekarzy i lekarzy dentystów.
- Udział w konferencji „Czas pracy lekarzy. Początek reformy?”, zorganizowanej przez ZPP, STOMOZ i ZZA.
- Udział w redakcyjnej debacie „Rzeczpospolitej” nt. nowych przepisów dot. czasu pracy lekarzy.
- List do Jacka Paszkiewicza, prezesa NFZ – stanowczo zaprotestowano wobec trybu przeprowadzenia procedury, o której mowa w art. 137 ustawy o świadczeniach, tj. procedury zmiany ogólnych warunków umów o świadczeniach usług zdrowotnych.
- Udział w posiedzeniu Komitetu Wykonawczego CPME w Brukseli.
- Udział w posiedzeniach zespołu ds. finansowania systemu ochrony zdrowia i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych Białego szczytu.

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

REKLAMA

REKLAMA



Kolejną odznaczoną „Meritus Pro Medici” została dr n. med. **Halina Porebska**, lekarz dentysta i poetka z Gdańska. Przypomnijmy, że MERITUS PRO MEDICIS to zaszczyt nadawany co roku nie więcej niż dziesięciu lekarzom zasłużonym dla samorządu lekarskiego. (fot. Marek Stankiewicz)

Rozszyfruj receptę

Zamieszczone w poprzednim numerze „GL” recepty miały o wiele więcej propozycji rozwiązań niż słynna historyczna „maść na oko” z numeru styczniowego. Laureatami naszego konkursu zostają: dr **Katarzyna Gawor**, stomatolog z Łodzi oraz dr **Marcin Chuć**, który niedawno zdał LEP. Gratuluję obojgu laureatom oraz proszę, aby przestali drogą mailową swoje aktualne adresy pocztowe, pod które zostaną wysłane nagrody książkowe.

Z czytelnością recept zmagają się nie tylko polscy farmaceuci. Pragmatyczni Amerykanie usiłują zachęcić lekarzy do wystawiania recept elektronicznych i po roku działania programu NEPSI (<http://www.nationalerx.com/> – zainteresowanych szczegółami wdrażania zachęcam do odwiedzenia tej strony) elektroniczne recepty wybrało ponad 40 tys. lekarzy. Jak widać przekonanie się do dobrej inicjatywy też wymaga czasu. W każdym razie coraz szersze wprowadzanie elektronicznych rozwiązań w medycynie jest nieuchronne.

Od grudnia 2007 r. możemy w polskiej ochronie zdrowia posługiwać się dokumentacją elektroniczną. Musi ona jednak być opatrzona podpisem elektronicznym. Lekarze będą mogli zaopatrywać się w taki podpis oraz niezbędne do jego wygenerowania urządzenia po preferencyjnych cenach dzięki umowie podpisanej przez NIL oraz firmę UNIZETO, która jest jednym z dostawców wspomnianego podpisu. Tak więc prawdopodobnie elektronika będzie najlepszym lekarstwem na nieczytelne pisanie.

Przed dwoma laty prosiłam Kolegów o nadsyłanie kuriozalnie zredagowanych rozpoznań. Borykamy się z tajemniczymi receptami, ale jeszcze nie rozmawialiśmy o ciekawych przypadkach – mam na myśli przypadki trudne i nieszablone, w których rozpoznanie ustalono w niepowtarzalny sposób. Czekam na maile z opisem najtrudniejszych rozpoznań z Państwa praktyki oraz propozycję rozszyfrowania kolejnej recepty, pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl

Nasz artykuł w lutym numerze „Gazety Lekarskiej” spotkał się z ogromnym zainteresowaniem Czytelników. Dziękujemy za listy, e-maile i telefony, zwłaszcza krytyczne. Prośby Czytelników o uściślenie i szerszą analizę regulacji dotyczących czasu pracy lekarza i dyżurów medycznych świadczą o tym jak złożona, skomplikowana i często niezrozumiała jest ta tematyka.



Znowelizowana Ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej z 30.08.1991 r. (tj. Dz.U. 2007, nr 12, poz. 89, ze zm. – dalej UoZOZ) w szczegółowy sposób uregulowała kwestie związane z systemem czasu pracy osób zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej.

W stosunku do lekarzy i pracowników z wyższym wykształceniem, którzy wykonują inne zawody medyczne, UoZOZ przewidziała trzy rodzaje systemów czasu pracy. Należą do nich:

Podstawowy czas pracy – norma dobową nie może przekraczać w tym systemie 7 godz. 35 min. (art. 32g ust. 1 UoZOZ). Jak wspomniałam poprzednio jest to maksymalny podstawowy czas pracy lekarza i innych pracowników z wyższym wykształceniem, którzy wykonują zawody medyczne.

Dlaczego maksymalny? Dlatego, że przepis ten należy traktować jako zasadę, od której istnieją wyjątki umożliwiające pracę w większym wymiarze. Wyjątki są jednak czymś szczególnym i mają zastosowanie w ściśle określonych przypadkach. Co do zasady maksymalny podstawowy czas pracy lekarza określa art. 32g ust. 1 UoZOZ. Maksymalna tygodniowa norma w podstawowym systemie czasu pracy nie może z kolei przekroczyć 37 godz. 55 min.

Należy również podkreślić, że podstawowy maksymalny czas pracy niektórych pracowników wynosi 5 godz. i 25 min. na dobę. Do pracowników tych należą osoby zatrudnione w pracowniach i zakładach:

- radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej, jeśli pracownicy ci stosują źródła promieniowania jonizującego w celach diagnostycznych lub leczniczych,
- fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki,

medycyny sądowej lub prosektoriach (art. 32g ust. 3 pkt. 1-2 UoZOZ).

W odniesieniu do pracowników wymienionych w pkt. a maksymalny tygodniowy wymiar czasu pracy wynosi 30 godz. i 25 min. w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym nie przekraczającym 3 miesięcy.

Równoważny czas pracy – norma dobową nie może przekraczać 12 godz. Wzrostem jest, że maksymalny tygodniowy czas pracy (w przeciętnym pięciodniowym tygodniu pracy) nie może wówczas przekroczyć 37 godz. 55 min. w okresie rozliczeniowym nie przekraczającym jednego miesiąca, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach 4 miesięcy. Warto podkreślić, że równoważny czas pracy może zostać zastosowany, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub organizacją pracy w danym zakładzie opieki zdrowotnej.

Jeżeli na podstawie układu zbiorowego pracy został przyjęty podstawowy system czasu pracy, nie można wprowadzić równoważnego systemu czasu pracy regulaminem pracy. Możliwość taka istnieje jedynie wówczas, gdy zostanie zmieniony zbiorowy układ pracy i przyjmie się w nim równoważny czas pracy. Zbiorowy układ pracy jest aktem wyższej rangi niż regulamin pracy. Ponadto wprowadzenie równoważnego czasu pracy jest mniej korzystne dla pracownika, dlatego też wprowadzenie tego systemu wymaga zmiany układu zbiorowego.

W związku ze szczególnymi potrzebami pracodawcy (np. zwiększonym obciążeniem oddziałów chirurgii urazowej w związku z warunkami klimatycznymi) równoważny system czasu pracy można zastosować w odniesieniu do pracowników w ciąży i pracowników opiekujących się dziećmi, które nie ukończyły 4 lat. Wymiar czasu pracy

nie będzie jednak wynosił 12 godz. na dobę, tak jak w odniesieniu do pozostałych pracowników, ale maksymalnie 8 godzin na dobę (art. 32i ust. 4 UoZOZ).

Wydłużony czas pracy (mający zastosowanie na podstawie klauzuli opt-out) – dobowy wymiar czasu pracy nie może przekraczać 12 godz., zaś tygodniowy wymiar czasu pracy może przekraczać przeciętnie 48 godz. w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 4 miesiące. Należy podkreślić, że ten system czasu pracy może być stosowany tylko w odniesieniu do lekarzy oraz innych posiadających wyższe wykształcenie pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych i tylko za ich zgodą wyrażoną na piśmie.

Zdaniem Państwowej Inspekcji Pracy lekarz pracujący w systemie wydłużonego czasu pracy może pracować 78 godz. w ciągu pięciodniowego tygodnia pracy. Z czego to wynika? Jeśli lekarz ma w ciągu doby prawo do 11-godzinnego odpoczynku i prawo do nieprzerwanego 35-godzinnego odpoczynku w tygodniu (jest to odpoczynek stanowiący sumę jednego z 11-godzinnych dobowych odpoczynków i dodatkowych 24 godz.), to łączny okres wypoczynku w ciągu tygodnia wynosi 90 godz. (5x11=55; 55+35=90). Kiedy odejmiemy tę liczbę od liczby 168 (która stanowi pomnożenie liczby 7 dni tygodnia przez dobę czyli 24 godz.) okaże się, że lekarz pracujący w tym systemie może przepracować maksymalnie 78 godz.

Oddzielnego omówienia wymaga kwestia dotycząca pracy w godzinach nadliczbowych.

„Nadliczbówki”

– praca w godzinach nadliczbowych

Zgodnie z art. 151 § 1 pkt. 1-2 Kodeksu Pracy z 26.06.1974 r. (tj. Dz.U. 1998, nr 21, poz. 94, ze zm. – dalej KP) pracownicy zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej mogą zostać zobowiązani do pracy w godzinach nadliczbowych. Pra-

ca w godzinach nadliczbowych może być uzasadniona wyłącznie:

- szczególnymi potrzebami pracodawcy. Szczególne potrzeby pracodawcy nie mogą „być zaplanowane”. Jest oczywiste, że wynikają w związku z zaistnieniem sytuacji nagłych, a czasem nieprzewidywalnych,
- koniecznością prowadzenia akcji ratowniczej, koniecznością ochrony życia i zdrowia ludzkiego, koniecznością usunięcia awarii.

W związku z mylnymi opiniami i nieporozumieniami na szczególną uwagę zasługuje rozróżnienie czasu pracy w ramach dyżuru medycznego i czasu pracy w godzinach nadliczbowych. Należy podkreślić, że dyżur medyczny nie jest pracą w godzinach nadliczbowych! To, że dyżur medyczny nie może być identyfikowany z godzinami nadliczbowymi, wynika z faktu, że godzin nadliczbowych nie można w przeciwieństwie do dyżuru medycznego zaplanować.

Limity godzin nadliczbowych Limit dobowy

Pracodawca powinien organizować pracę w ten sposób, żeby lekarz mógł ją wykonać w przyjętym dobowym czasie pracy. Jeżeli nie jest to możliwe, pracownik może wykonywać swoją pracę w godzinach nadliczbowych, czyli na przykład po zakończeniu podstawowego dobowego wymiaru czasu pracy (po upływie 7 godz. 35 min. w ciągu dnia). Dobowy limit godzin nadliczbowych nie jest określony przez Kodeks Pracy. Limit ten można jednak określić w oparciu o przepisy dotyczące minimalnego czasu odpoczynku, jaki pracodawca musi przyznać lekarzowi w ciągu każdej doby pracowniczej.

Przykład: Każdemu lekarzowi (bez względu na przyjęty system czasu pracy) przysługuje 11 godz. odpoczynku w ciągu doby pracowniczej. Przyjmując, że wykonuje pracę w wymiarze 7 godz. 35 min. i ma prawo do 11 godzinnego, nieprzerwanego odpoczynku (w ciągu doby pracowniczej), liczba godzin nadliczbowych, jakie może przepracować w ciągu doby, wynosi maksymalnie 5 godz. i 25 min.

Limit tygodniowy

Tygodniowy limit pracy w godzinach nadliczbowych również nie jest określony w Kodeksie Pracy. Można go ustalić na podstawie norm dotyczących maksymalnego tygodniowego czasu pracy. Zgodnie z art. 131 § 1 KP tygodniowy czas pracy nie może przekroczyć (z wyłączeniem osób pracujących na podstawie opcji *opt-out*) łącznie z ewentualnymi godzinami nadliczbowymi 48 godz. w przyjętym okresie rozliczeniowym. Zasadą jest, że tygo-

dniowy wymiar podstawowego czasu pracy lekarza nie może przekroczyć 37 godz. i 55 min. W związku z tym liczba godzin nadliczbowych w ciągu tygodnia w odniesieniu do lekarza pracującego w podstawowym systemie czasu pracy nie może przekroczyć 10 godz. i 5 min.

Limit roczny

Roczny limit pracy w godzinach nadliczbowych został określony w Kodeksie Pracy. W myśl art. 150 § 3 KP limit ten wynosi 150 godz. w ciągu roku kalendarzowego. Zgodnie z art. 150 § 4 KP pracodawca może w układzie zbiorowym, regulaminie pracy lub w umowie o pracę wprowadzić limit nadliczbowek przekraczający 150 godzin rocznie. Możliwość taką posiadają pracodawcy, którzy nie są objęci zbiorowym układem pracy i nie mają obowiązku wprowadzania regulaminu pracy. Należy jednak zaznaczyć, że możliwość określenia limitu godzin nadliczbowych na wyższym poziomie nie odnosi się do zakładów opieki zdrowotnej. Wynika to z faktu, że pracodawca może wprowadzić wyższy limit „nadliczbowek”, jeżeli nie ma obowiązku wprowadzania regulaminu pracy. Zgodnie z art. 104 § 2 KP obowiązek ten ciąży na pracodawcach zatrudniających powyżej 20 pracowników, co w zakładach opieki zdrowotnej jest normą.

Zgodnie ze znowelizowaną UoZOZ za pracę w godzinach nadliczbowych lekarzowi przysługuje dodatek w wysokości (art. 151¹ § 1 i 2 KP):

- 100% godzinnego wynagrodzenia zasadniczego za „nadliczbówki” w porze nocnej, niedziele oraz święta,
- 50% godzinnego wynagrodzenia zasadniczego za „nadliczbówki” w każdej innej porze.

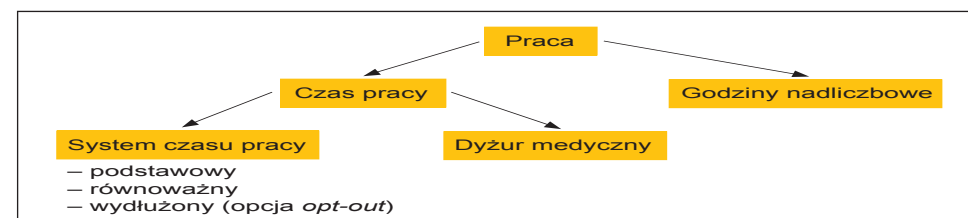
Dyżur medyczny

Zgodnie z art. 18d ust. 1 pkt 4 UoZOZ przez dyżur medyczny należy rozumieć wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez lekarza lub innego posiadającego wyższe wykształcenie pracownika wykonującego zawód medyczny.

Dyżur medyczny pełniony jest poza normalnymi godzinami pracy, a więc zawsze ponad obowiązującym pracownika dobowym lub tygodniowym wymiarem czasu pracy.

Analizując kwestie dotyczące dyżuru medycznego należy podkreślić, że inaczej kształtują się kwestie dotyczące pełnienia dyżuru przez lekarza pracującego w podstawowym systemie pracy (7 godz. 35 min. dziennie i 37 godz. 55 min. w tygodniu), a inaczej w odniesieniu do lekarza pracującego w wydłużonym systemie czasu pracy.

dokończenie na str. 30



Schemat okresów pracy lekarza. Dyżur medyczny od 1.01.2008 r. wliczany jest do czasu pracy.

Jak już wspominałam poprzednio praca lekarza w wydłużonym systemie czasu pracy zależy od podpisania przez lekarza tak zwanej klauzuli *opt-out*.

Klauzula *opt-out*

Klauzulę *opt-out* można zastosować wyłącznie do lekarzy i pracowników z wyższym wykształceniem, którzy wykonują zawód medyczny w ramach jednostek udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych.

Do zastosowania klauzuli *opt-out* niezbędna jest zgoda pracownika. Zgoda taka musi zostać wyrażona indywidualnie przez każdego z pracowników na piśmie. Należy podkreślić, że skorzystanie z klauzuli *opt-out* jest prawem, a nie obowiązkiem pracownika. Jeśli pracownik odmówi pracy w systemie *opt-out* (w wymiarze większym niż 48 godz. w tygodniu), pracodawca nie może go zwolnić z tego powodu z pracy, a także nie może go w żaden sposób dyskryminować.

Pracownik, który wyraził pisemną zgodę na pracę w wymiarze większym niż 48 godzin w tygodniu, ma prawo do zmiany swojej decyzji. Wyrażoną zgodę pracownik może cofnąć, z zachowaniem trzydziestodniowego okresu wypowiedzenia. Oznacza to, że jeżeli pracownik wycofa swoją zgodę 1.03.2008 r., możliwość powrotu do 48-godzinnego tygodnia pracy nabydzie 31.03.2008 r. Cofnięcie zgody musi mieć – podobnie jak wyrażenie zgody – formę pisemną.

Znowelizowana UoZoz nie zna pojęcia „zwykłego” dyżuru medycznego i dyżuru pełnionego w systemie „ponad 48 godz. na tydzień”. Artykuł 18d ust. 1 pkt 4 UoZoz stanowi, że przez dyżur medyczny należy rozumieć wykonywanie czynności zawodowych przez lekarza lub innego pracownika z wyższym wykształceniem, który wykonuje zawód medyczny poza normalnymi godzinami pracy. Z przytoczonej definicji wynika, że dyżur medyczny zawsze wykonywany jest poza normalnymi godzinami pracy. Należy jednak jeszcze raz podkreślić, że dyżur nie jest także pracą w godzinach nadliczbowych. W związku z powyższym uznać należy, że ustawa o zakładach opieki zdrowotnej przewiduje dwa rodzaje dyżurów:

- zwykły dyżur medyczny wykonywany powyżej przeciętnie 37 godz. i 55 min. na tydzień i nie więcej niż przeciętnie 48 godz. na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym,
- dyżur medyczny pełniony na zasadach szczególnych „ponad 48 godzin na tydzień”. Jest to dyżur świadczony przez

pracownika zatrudnionego w wydłużonym czasie pracy.

W związku z nowymi przepisami UoZoz kwestią budzącą najwięcej wątpliwości jest wymiar dyżuru medycznego, czyli pytanie: Ile w rzeczywistości może on trwać? Artykuł 32jb ust. 1 UoZoz stanowi, że bez względu na przyjęty system czasu pracy (podstawowy, równoważny, wydłużony) lekarzowi przysługuje w każdej dobie pracownicz 11-godzinny nieprzerwany odpoczynek. Należy podkreślić, że UoZoz nie przewiduje wyjątków od tej zasady. W związku z tym, bez względu na to jak długo lekarz pracuje w ciągu dnia, pracodawca jest zobowiązany do zapewnienia pracownikowi odpoczynku w wymiarze 11 godz. w ciągu każdej doby. Aby zapewnić lekarzowi 11 godz. odpoczynku w ciągu doby, czas jego pracy może wynosić w podstawowym systemie czasu pracy 7 godz. 35 min. czasu pracy w ciągu dnia + 5 godz. 25 min. dyżuru lub 12 godz. w ciągu dnia + 1 godz. dyżuru w równoważnym i wydłużonym systemie czasu pracy. Niezależnie więc od przyjętego systemu czasu pracy dobowy wymiar czasu pracy wraz z wliczanym do niego czasem trwania dyżuru w każdej dobie nie powinien przekraczać 13 godz. Zdaniem niektórych specjalistów nawet podpisanie klauzuli *opt-out* nie pozwala lekarzowi na pracę dłuższą niż 13 godz. dziennie, ponieważ w przypadku dłuższej pracy pracodawca nie jest w stanie zapewnić pracownikowi 11-godzinnego odpoczynku. Problemy dotyczące wymiaru czasu pracy lekarza wynikają z faktu, że kwestii tych nie reguluje jasno UoZoz. W związku z tym, że UoZoz nie zawiera niezbędnych w tym zakresie regulacji, należy stosować odpowiednie przepisy Kodeksu Pracy. Odpowiednim przepisem KP jest w tym przypadku art. 131 § 1 KP, który stanowi, że *tygodniowy czas pracy (wybrany system czasu pracy + dyżury medyczne) łącznie z godzinami nadliczbowymi nie może przekraczać przeciętnie 48 godz. w przyjętym okresie rozliczeniowym*.

Wynagrodzenie za dyżur medyczny

Od 1.01.2008 r. wynagrodzenie za dyżury medyczne regulowane jest przez przepisy Kodeksu Pracy. Wynika to wprost z brzmienia art. 32j ust. 4 UoZoz, który stanowi, że *do wynagrodzenia za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego stosuje się przepisy art. 151¹ § 1-3 KP*. Powoduje to, że wynagrodzenie za dyżury medyczne i za godziny nadliczbowe regulowane jest przez ten sam przepis prawa.

W związku z powyższym wysokość wynagrodzenia za dyżury medyczne jest

obecnie identyczna z wysokością wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych. W związku z mylnymi opiniami dotyczącymi wyliczania podstawy wynagrodzenia należy podkreślić, że wynagrodzenie za pracę na dyżurze i prace w godzinach nadliczbowych obejmuje wynagrodzenie zasadnicze, a także dodatkowe składniki wynagrodzenia o charakterze stałym (np. dodatek funkcyjny). Do wynagrodzenia tego nie wlicza się natomiast dodatku stażowego, deputatów bądź innych ekwiwalentów pieniężnych).

W myśl art. 151¹ § 1 KP za dyżur medyczny pełniony w porze nocnej, niedzielę i święta przysługuje dodatek w wysokości 100% stawki godzinowej wynagrodzenia (wynagrodzenie zasadnicze + dodatkowe składniki wynagrodzenia o charakterze stałym).

Za dyżur medyczny pełniony w każdym innym czasie (np. w godzinach 9.00-13.00 dnia powszedniego) lekarzowi przysługuje dodatek w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia (art. 151¹ § 1 pkt 2 UoZoz).

Znowelizowane przepisy UoZoz określają tylko minimalne stawki wynagrodzenia za dyżury medyczne. Umożliwia to indywidualne określenie wyższych stawek przez poszczególne zakłady opieki zdrowotnej.

Należy zaznaczyć, że inaczej kształtują się kwestie dotyczące wynagrodzenia za dyżur pod telefonem. Za każdą godzinę pozostawiania do dyspozycji pracodawcy lekarzowi przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej przewiduje tylko jedną stawkę wynagrodzenia za czas pozostawiania do dyspozycji pracodawcy. Oznacza to, że lekarz otrzyma zawsze 50% stawki godzinowej wynagrodzenia, bez względu na to czy będzie pełnił dyżur pod telefonem w nocy, w niedzielę lub święta, czy też w ciągu dnia powszedniego.

Jeżeli lekarz pozostający do dyspozycji pracodawcy zostanie wezwany do zakładu opieki zdrowotnej, do pełnionego dyżuru będą miały zastosowanie przepisy dotyczące stacjonarnego dyżuru medycznego. Ma to również odniesienie do kwestii finansowych. Z chwilą wezwania do ZOZ-u lekarz otrzyma za dyżur medyczny wynagrodzenie, którego wysokość uzależniona będzie od pory pełnienia dyżuru.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

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

Na początku był wiek złoty czyli o wolnym zawodzie lekarza

Zygmunt Wiśniewski

Aurea prima satas etasque vindice nullo...

Kto nie pamięta wiersza poety rzymskiego Owidiusza? Na początku był wiek złoty, później nastał srebrny, następnie ze spiżu, a na koniec z żelaza. W tym ostatnim żyjemy. Czy współcześnie? Nie – czwarty, czyli żelazny wiek w dziejach ludzkości trwa od zamierchłej przeszłości, doświadczał jego niegodziwości już Owidiusz, który przecież żył i tworzył na przełomie starożytności i czasów nowożytnych.

Kiedy więc był wiek złoty? Czy to aby nie mit?

W latach dwudziestych ubiegłego stulecia w publikacjach wielu lekarzy piszących o doświadczanej powszechnie niedoli lekarskiej pojawia się przekonanie, że wcześniej było lepiej, że lekarz był wolnym człowiekiem. Był niezależny, pozbawiony trosk bytowych, mógł być twórcą, rozwijać swoje umiejętności i talenty, korzystać z uroków świata, który był otwarty i przyjazny. Był taki czas – wdychali lekarze – był to wiek złoty.

Czy aby na pewno taki czas był? Czy w latach dwudziestych, dla zdystansowania się do nieprzyjemnej współczesności, nie stworzono jeszcze jednego mitu o lekarskim złotym wieku?

Kasy chorych czyli wiek żelaza

Kiedy w 1925 r. prof. Adam Karwowski z Poznania, z okazji pobytu w Warszawie na XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich, agitował lekarzy warszawskich do podjęcia walki z kasami chorych – odwoływał się do pojęcia „wolnego zawodu lekarza” i przeciwstawiał mu „lekarzy zależnych”. Pojęcia były na tyle oczywiste, że prelegent nie zadał sobie trudu ich zdefiniowania. W dużym uproszczeniu można stwierdzić, że „wolnym” był – według Karwowskiego - lekarz przyjmujący pacjentów w swoim prywatnym gabinecie; „zależnym” był jego kolega, który podpisał kontrakt z kasą chorych. Liczył się więc praktyczny aspekt wykonywania zawodu, a nie wymiar osobisty, filozoficzny, moralny. Ten wymiar pozapraktyczny mogli sobie słuchacze

dopowiedzieć, ponieważ byli w dużym procencie lekarzami zatrudnionymi etatowo w administracji, wojsku, kolejnictwie, więziennictwie, szkolnictwie. Pracowali „na posadach”. Leczenie urzędników, chociaż związane z zatrudnieniem etatowym, uchodziło, ale podjęcie pracy w kasie chorych oznaczało przekroczenie progu, za którym zaczynała się „zależność”. Nie była to zależność iluzoryczna, ale rzeczywista, nazwana jako uzależnienie lekarza „wolnego” od kontroli urzędniczej.

Jakby nie patrzeć krytycznie na kampanię prof. Karwowskiego – wskazywał on na rzeczywistą zmianę jakości w pracy lekarza ubezpieczeniowego. Lekarzów stał się niewolnikiem przepisów, pragmatyki urzędowej, a także zależności służbowych.

Z kasami chorych, jako sprawcą tak zdefiniowanego stanu, można było walczyć – jak chciał Adam Karwowski – albo je reformować w kierunku przywrócenia niezbywalnych atrybutów wolnego zawodu lekarza.

Hipokrates czyli wiek srebrny

Hipokrates, powszechnie uważany za ojca medycyny, żył na przełomie V i IV wieku starej ery na greckiej wyspie Kos. W tym samym czasie w Atenach, za sprawą wpływowego polityka Peryklesa, uważanego z kolei za ojca ateńskiej demokracji, nastąpił znaczący rozwój gospodarki, budownictwa i obronności. Wyspa Kos, znajdująca się u wybrzeży Azji Mniejszej, była częścią państwa ateńskiego. Jeśli odstąpić od poetyckiego nazewnictwa Owidiusza – to ten okres w historii Aten trzeba uznać przynajmniej za srebrny, a nazywany bywa wiekiem złotym.

Wracając do medycyny. W tym czasie Ateny, a także inne miasta greckie miały urzędowych lekarzy sprawujących nadzór sanitarny. Początki zatrudniania lekarzy przez władze sięgają więc samych początków medycyny. Pobierali oni od samorządów stałe pensje, a do ich obowiązków należało także bezpłatne lecze-

nie biednych. Powszechne jednak było leczenie pacjentów oparte na systemie wolnej praktyki lekarskiej. Istniał więc już dualizm w sposobach wykonywania zawodu lekarza.

W wiekach średnich nastąpił upadek medycyny indywidualnej. Wzięło się to z filozofii życia ówczesnych ludzi, którzy sprawom ciała nie poświęcali wiele uwagi. Zmalała wielokrotnie, w stosunku do starożytności, liczba lekarzy. Przetrwiała instytucja lekarza miejskiego – nadzorcy sanitarnego. Nastąpił przełom w kształceniu lekarzy. Nauczaniem medycyny zajęły się uniwersytety. Ich absolwenci tworzyli zastępy lekarzy uniwersyteckich i urzędowych, także wolno praktykujących. Pojawiła się nowa instytucja zatrudniająca lekarzy: szpitale, a w nich kadra mistrzów i asystentów.

W wieku XVIII, jak pisze historyk medycyny Tadeusz Brzeziński, na ogół nie uprawiano prywatnej praktyki lekarskiej. Lekarze zatrudniani byli na posadach urzędowych, dworskich, wojskowych. Nowe porządki w organizacji służb sanitarnych pojawiły się pod koniec wieku XVIII w Austrii wraz z reformami ustrojowymi wprowadzonymi przez cesarza Józefa II oraz w Prusach, gdzie wprowadzono podobne reformy. W państwach tych wykształcił się system dualistyczny lecznictwa: państwowej służby sanitarnej oraz lekarskiej praktyki prywatnej. Przetrwał on do czasów, od których zaczęliśmy rozważania o wolnym zawodzie lekarza.

W zwierciadle literatury

Jeżeli literatura jest zwierciadłem życia, to odbity w niej obraz lekarzy jest albo satyryczny, albo wyidealizowany. W obu przypadkach nieprawdziwy.

Lew Tołstoj (jego twórczość przypada na II połowę XIX w.) nienawidził lekarzy. Znakomity polski lekarz Władysław Biegański uzasadniał fobię Tołstoja tym, że *wśród współczesnych przedstawicieli sztuki lekarskiej nie widział ludzi poświęcenia, ludzi oddanych prawdziwie miłości bliźniego. Otóż ten rozbrat pomiędzy*

tym, co być powinno, a tym, co jest, gruby materializm pod maską filantropii, musiał wywołać w szlachetnej duszy autora wstręt, dochodzący do nienawiści.

Nie pytamy jeszcze, czy to byli lekarze „wolni” czy „zależni”. Przypatrzmy się ich literackim wizerunkom.

Honoriusz Balzac wydał w 1833 r. powieść pt. „Lekarz wiejski”. Sportretował w niej szlachetnego lekarza, który, po przeżytym zawodzie miłosnym, poświęcił się pracy filantropijnej wśród mieszkańców. Nie tylko leczył ich bezpłatnie, ale także służył im radami w sprawach gospodarczych, a jako mer zapewnił im bezpieczeństwo przed przestępcami.

Powieść tę przetłumaczył na język polski Tadeusz Boy-Żeleński, z profesji również lekarz, który zdradził przy okazji powody szlachetnych intencji Balzaca. Otóż prawdziwy zawód miłosny przeżył sam pisarz. W nostalgii, którą potem przeżywał, wyobraził sam siebie jako szlachetnego człowieka rekompensującego zawód miłosny ofiarą pracą dla innych.

On, *pomawiany, że jest malarzem zepsucia paryskiego, pokaże, że umie być piewcą cnoty*. Cnota – dodaje Boy – była całe życie nieszczęśliwą miłością autora. Chce, jak pisze, *osiągnąć prostej piękności Ewangelii, pokazać w czynie upoetyzowane naśladowanie Chrystusa*.

Postać lekarza wiejskiego była kompletnie zmyślona, a sam Balzac nie wiódł życia według ewangelicznych norm swojego bohatera powieściowego. Książka nie przyniosła mu też oczekiwanego rozgłosu i apanaży.

Od „Lekarza wiejskiego” niedaleko do Żeromskiego, „Ludzi bezdomnych” i doktora Judyma. Motywy, jakimi się kierował Stefan Żeromski, były naprawdę szlachetne, a postać wzięta z doświadczeń i obserwacji polskiej rzeczywistości. Realistyczny obraz życia warszawskiej biedoty, mieszkańców folwarcznych czworaków i zagłębiowskich górników konfrontuje pisarz ze szlachetnymi, ale odosobnionymi w świecie lekarskim porywami społecznymi młodego lekarza. Pokazuje jego rozdarcie i niewykonalskość szlachetnych zamiarów w pojedynkę. Ta znacząca w polskiej literaturze powieść przyniosła też najlepszy w literaturze europejskiej portret lekarza.

Doktor Judym był lekarzem „wolnym”. Na niewiele zdała się ta wolność w świecie pozbawionym ludzkiej wrażliwości.

Obraz ten, jak cała twórczość Stefana Żeromskiego, nie przebił się do europejskiej świadomości literackiej i historycznej. Jeśli pojawia się temat lekarza

w literaturze – ciągle wskazuje się na „Lekarza wiejskiego” Balzaca, a nie na bohatera „Ludzi bezdomnych”. U nas spłaszczono skomplikowany wymiar moralny jego sylwetki czyniąc go patronem akcji osiedlania lekarzy w wiejskich ośrodkach zdrowia.

Powrót do wieku żelaza

W dziesięć lat po podjęciu przez Adama Karwowskiego problemu „wolnego zawodu lekarza” wrócił do niego Adam Huszcza, lekarz warszawski, który w połowie lat trzydziestych XX w. sportretował w wielu artykułach prasowych polskie środowisko lekarskie. Działo się to już w czasie, kiedy wszystkie organizacje lekarskie, również związkowe, pogodziły się z faktem istnienia kas chorych i skoncentrowały się na określeniu miejsca i roli lekarza w tej trudnej, ale realnie istniejącej rzeczywistości.

Jak pogodzić wolny zawód lekarski z uspołecznieniem medycyny? – zapytywał Huszcza w artykule opublikowanym w „Nowinach Społeczno-Lekarskich”, piśmie firmowanym przez Związek Lekarzy Państwa Polskiego.

Sztuka lekarska w znaczeniu wykonawstwa leczniczego była i jest z natury swojej par excellence wolnym zawodem, uprawianym przez jej adeptów w sposób na wskroś indywidualny, regulowany jedynie przez stosunek wzajemny pomiędzy lekarzem a pacjentem, i nie podlegający żadnym innym nakazom – poza nakazami wiedzy i etyki lekarskiej.

Definicję tę można by i dzisiaj przyjąć za trafną. Wskazuje ona na relacje między lekarzem a pacjentem, które są podstawowe w wykonywaniu wolnego zawodu lekarza. Ten kameralny i intymny stosunek

powstaje w gabinecie lekarskim. Gabinet ten funkcjonuje jednak jako część zorganizowanej maszyny służby zdrowia. Czy dalej więc, w warunkach instytucjonalizacji, możliwe jest zachowanie podstawowych cech wolnego zawodu lekarza?

Adam Huszcza odpowiada na to pytanie przecząco.

Lekarz „upaństwowiony” lub „uspołeczniony” wyzbywa się cech niezależnego wykonawcy prawdziwie wolnego zawodu. Staje się tylko skromnym przedstawicielem jednej z odmian pracy najemnej, tracąc stopniowo swe dawne oblicze. Pociąga to za sobą cały szereg skutków natury moralnej i materialnej wywołujących prawdziwy powrót w ustosunkowaniu się lekarza do swoich zadań oraz w ustosunkowaniu się do niego władz i społeczeństwa.

Publicysta „Lekarza Polskiego”, pisma wyrażającego poglądy niezależne środowiska lekarzy warszawskich, wytykał Huszczy aspołeczność jego definicji.

„Wolny zawód” to nie zawód o cechach „niezależnego wykonawcy”, gdyż zależność tę w chwili obecnej ścisłej współzależności organizacyjnej nakazuje współzycie gromady.

Spełnianie czynności lekarskich niezbędnych dla społeczeństwa i państwa, pojętych jako funkcja społeczna, nie może dawać prawa do specjalnych przywilejów, wyróżnień i zaszczytów, a musi być oceniana z punktu widzenia potrzeb, celowości i skutków.

Gdyby dzisiaj ktoś podjął problem „wolnego zawodu lekarza”, to pewnie te dwa stanowiska, zaprezentowane dawno, bo w latach trzydziestych XX w. znów by się pojawiły. Jedno eksponuje osobowość lekarza, drugie – jego rolę w społeczeństwie.



Hipokrates w czasach Peryklesa był człowiekiem wolnym i wykonywał wolny zawód lekarza. Adam Karwowski i Adam Huszcza mogli już tylko opisać okoliczności zniewolenia lekarzy przez „upaństwowienie” i „uspołecznienie”.

Lekarz kowboj mistrzem Polski

Jeździectwo to dyscyplina sportu, w której jednym z najważniejszych elementów jest współpraca między jeźdźcą a koniem. Western pleasure jest jedną z konkurencji jazdy konnej, w której element współpracy odgrywa najważniejsze znaczenie. Mistrzem Polski w tej dyscyplinie w 2007 r. został warszawski ginekolog Paweł Siekierski.

Wpaździerniku ub.r. na terenie Wrocławskiego Toru Wyścigów Konnych odbyły się VI Mistrzostwa Polski Polskiej Ligi Western i Rodeo. W dyscyplinie Western Pleasure Senior Open tytuł Mistrza Polski zdobył dosiadający 13-letniego wałacha rasy American Quarter Horse o imieniu Strip on Lip lekarz Paweł Siekierski. Prawo rywalizacji o tytuł mistrzowski miało 16 najlepszych par, które uzyskały największą liczbę punktów w całosezonowych ogólnopolskich zawodach kwalifikacyjnych.

Specyfiką western pleasure, zaliczanej do stylu zachodniego jazdy konnej (western horse riding), jest ocena przejazdu zawodników w tym samym czasie oraz wyłonienie pary poruszającej się w największej harmonii. Jak sama nazwa konkurencji wskazuje jest ona pokazem przyjemności jazdy konnej i idealnego zgrania między człowiekiem i zwierzęciem przy użyciu minimalnych, niemal niewidocznych form pomocy.

Głównym kryterium oceny jest perfekcyjny ruch zwierzęcia w trzech chodach: stępie, kłusie i galopie, z zachowaniem płynnych przejść wykonywanych w pełnym dosiady przy zachowaniu przez konia naturalnej niewymuszonej postawy. Przejścia pomiędzy poszczególnymi chodami oraz cofanie winny

być wykonane natychmiast po wydaniu polecenia przez sędziego przy zachowaniu stałego tempa w każdym ruchu.

Wyjątkowości tej konkurencji dodaje strój jeźdźcy oraz odświeżone szczegóły bogato zdobionego końskiego rzędu. Zawodników obowiązuje kowbojski kapelusz, koszula z długim rękawem zapinana na guziki, jeansy i skórzane ochraniacze na nogi (chapsy).

Kluczem do sukcesu jest oczywiście długotrwały specyficzny trening we współpracy z trenerami i hodowcami. Dlatego szczególnie należy podkreślić sukces Pawła Siekierskiego, który jako jeden z nie zrzeszonych, trenujący na własną rękę, zdobył tytuł mistrza Polski pokonując, między innymi, zeszłoroczną mistrzynię Polski i Europy Centralnej w tej konkurencji. Dla Pawła, na co dzień szefa ginekologów renomowanego warszawskiego szpitala im św. Zofii przy ul. Żelaznej, treningowi tej pięknej dyscypliny sprzyja atmosfera podwarszawskiego Lipkowa, położonego w otulinie Puszczy Kampinoskiej, w którym od wielu lat mieszka. W czasie wędrówek po Puszczy Kampinoskiej, do czego wszystkich zachęcam, wypatrujcie więc samotnego kowboja, bo może być nim nasz lekarski mistrz.

Krzysztof Makuch



W środku mistrz polski – lekarz Paweł Siekierski

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy (2008 r.)

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**, kursy:

- 7.03., 8.03. **Echokardiografia płodowa** – warsztaty
 - 13.03. **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie i ultrasonografia w ginekologii** – warsztaty
 - 14-16.03. **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie i ultrasonografia w ginekologii**. 30 pkt. do Certyfikatu PTG
 - 15.03. **Echokardiografia w kardiologii** – warsztaty
 - 4-6.04. **Ultrasonografia jamy brzusznej w aspekcie klinicznym**. 6 pkt do Certyfikatu PTU
 - 11-12.04. **Niepłodność – diagnostyka i leczenie w prywatnej praktyce lekarskiej**
 - 11.04., 12.04. **Echokardiografia płodowa** – warsztaty
 - 25-27.04. **Ultrasonografia w urologii**
 - 9-11.05. **Echokardiografia w kardiologii**. 6 pkt do Certyfikatu PTU
 - 16-18.05. **Diagnostyka wad wrodzonych i Ultrasonografia w ginekologii z ultrasonografią sutka**. 30 pkt. do Certyfikatu PTG
 - 30.05-1.06. **Echokardiografia płodowa** – kurs do Dyplomu Skriningowego Badania Serca Płodu. 6 pkt do Certyfikatu PTU
 - 27-29.06. **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie i ultrasonografia w ginekologii**. 30 pkt. do Certyfikatu PTG
 - 4-6.07. **Ultrasonografia jamy brzusznej w aspekcie klinicznym**. 6 pkt do Certyfikatu PTU
 - 7-8.11. **Echokardiografia i kardiologia płodu** – kurs dla zaawansowanych. 6 pkt do Certyfikatu PTU.
- Programy kursów i zapisy: www.mszu.pl, mazowiecka@mszu.pl, tel. 0602-122-513

Interdyscyplinarna Akademia **Medycyny Praktycznej**, szkolenia:

- 1.03. Poznań, • 8.03. Katowice, • 15.03. Warszawa, • 29.03. Kraków. **Symposium z zakresu Chorób Narządu Ruchu**
 - 8.03. Gdańsk, • 29.03. Białystok, • 12.04. Kraków. **Symposium z zakresu Chorób Cywilizacyjnych**
 - 5.04. Poznań. **Reumatologiczne Warsztaty Specjalistyczne** – tylko dla spec. reumatologów
- Informacje: Arkadiusz Bakalarski IAMP, tel. 0501-792-031

MSP PAKT, kursy:

- 8-9.03. Katowice. **Medycyna manualna**
 - 5-6.04. Katowice. **Neuroradiologia**. Zgłoszenia do 15.03.
 - 10-11.05. Katowice. **Rozwójowa dysplazja stawu biodrowego – diagnostyka ultrasonograficzna i leczenie**. Zgłoszenia do 31.03.
 - 6-7.06. Katowice. **Mózgowe porażenia dziecięce – leczenie z zastosowaniem toksyny botulinowej**. Zgłoszenia do 31.03.
 - 6-7.06. Ustroń. **Warsztaty osteoporotyczne**. Zgłoszenia do 31.03.
- Informacje: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, tel./faks 032-251-22-64, e-mail: medycznesympozja@mzp-pakt.med.pl, www.mzp-pakt.med.pl

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej**.

Praktyczne szkolenia **ultrasonograficzne**:

- 13-16.03. **Ultrasonografia dopplerowska w neurologii, tętnice dogłowe i wewnątrzczaszkowe** (Puszczykowo);
- 27-30.03. **Jama brzuszna** (Puszczykowo)
- 3-6.04. **Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych, tętnice szyjne i kręgowie, tętnice i żyły kończyn dolnych** (Brodnica)
- 10-13.04. **Ultrasonografia w pediatrii (w tym badanie przeziemięczkowe)** (Puszczykowo)
- 11-13.04. **Narządy powierzchowne szyi: tarczycza, ślinianki, węzły** (Brodnica)
- 24-27.04. **Ultrasonografia gruczołu piersiowego** (Brodnica)
- 8-11.05. **Echokardiografia** (Brodnica)
- 15-18.05. **Ultrasonografia dopplerowska w neurologii** (Brodnica)
- 5-8.06. **Ultrasonografia jamy brzusznej** (Brodnica)
- 12-15.06. **Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych, tętnice szyjne i kręgowie, tętnice kończyn dolnych, żyły kończyn dolnych** (Brodnica)

Kursy doskonalące:

- 18-20.04. **Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych** (Brodnica)
 - 16-18.06. **Gruczoł piersiowy**
 - 6-8.06. **Ultrasonografia w neurologii**
- Kursy mają akredytację izby lekarskiej (pkt. edukac.).
Zgłoszenia: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel. 0603-762-041, www.obraz.pl

EVMACO, szkolenia:

- 29.03. Warszawa. Polskie Towarzystwo **Diabetologiczne** zaprasza na konferencję: **50 lat Metforminy**. 8 pkt. edukac. (www.50latmetforminy.evmaco.pl)
 - 10-12.04. Zakopane. Sekcja **Pediatryczna** PTD oraz PTD zapraszają na: **XI Konferencję Cukrzycy typu 1**. 18 pkt. edukac. (www.11konf-polpediab.evmaco.pl)
- Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, e-mail: evmaco@evamco.pl, tel. 012-429-69-06, faks 012-423-41-92

- 4-5.04. Poznań. V jubileuszowe repetytorium **pulmonologiczne**. Coroczna konferencja szkoleniowo-naukowa dla **lekarzy rodzinnych, internistów i pulmonologów** o tematyce pulmonologicznej. Informacje: Sekretariat Konferencji, Katedra i Klinika Ftyzjopneumonologii UM w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 84, tel. 061-854-93-95, tel./faks 061-841-70-61, www.sk1.am.poznan.pl/ftyzjo pod odnośnikiem konferencja, e-mail: repetytoriumpoznan@poczta.fm, tel. 061-854-93-95, faks 061-841-70-61. Pkt. edukac.

Instytut Problemów **Ochrony Zdrowia** Sp. z o.o., kursy:

- 4-5.04. Warszawa. Kurs medyczny: **Problemy Proktologiczne w Położnictwie i Ginekologii**.
- 26-27.05. III Ogólnopolskie Sympozjum: **Inwazyjne Zakażenia Grzybicze**.
- 12-13.06. IX Ogólnopolskie Sympozjum: **Blok Operacyjny – Organizacja i Funkcjonowanie**.

Organizator: Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o. Informacje: www.abacus.edu.pl

- 8.03., 2.04., 9.05., 4.06. Warsztaty z **planowania i rozliczania czasu pracy w ZOZ**.
 - 17-18.04. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: **Medycyna – nauką czy miejscem spełniania życzeń pacjenta**.
 - 7-8.05. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: **Ochrona medycznych danych osobowych**.
 - 5-6.06. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: **Ochrona dóbr osobistych pracowników ochrony zdrowia i ZOZ**.
- Organizator: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o. Informacje: www.prawoimedycyna.pl; www.ipoz.pl

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

- 8-11.04., 13-16.05., 24-27.06. **Diagnostyka USG jamy brzusznej** – kurs podstawowy
 - 2-4.06. **Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci**
 - 2-6.06. **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – kurs podstawowy
- Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66 lub 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, <http://www.usg.webd.pl/>

- 11.04. Wrocław. XII Wrocławska Wiosna **Gastrologiczna**. Dla lekarzy bezpłatny. Tematyka, m. in.: 1. *Nieswoiste zapalenia jelit*; 2. *Eradykacja Helicobacter pylori*; 3. *Suplementy diety*; 4. *Rak przełyku*; 5. *Guzy trzustki*; 6. *Endoskopia*; 7. *Badania anorektalne*. Informacje: tel. 071-792-80-76, 071-792-80-77; www.abranetis.pl

- 12.04. Ciechocinek. Katedra **Stomatologii Zachowawczej** UM w Łodzi i Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, pod patronatem Kuj.-Pom. OIL, organizuje szkolenie: **Ocena skuteczności terapii endodontycznej w aspekcie nowych możliwości powtórnego leczenia. Włókno szklane w stomatologii i protetyce**. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 054-231-51-57, 054-231-04-16.

- 18.04. Warszawa. Oddział **Immunologii** Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka i Pol. Tow. **Pediatryczne**, Pol. Tow. **Wakcynologii** organizują symposium z udziałem znanych wykładów nt. **Szczepienia Ochronne**. Tematy wiodące: *Program Szczepień Ochronnych, 2008 – nowe kierunki zmian; Szczepienia zalecane – aktualne rekomendacje; Najnowsze informacje dotyczące bezpieczeństwa szczepień ochronnych*. Uczestnicy otrzymują pełny zestaw materiałów naukowych. Opłata 100 zł. Wpłata na konto: Zychora-Lipke Małgorzata, ul. Pińczowska 2, 04-925 Warszawa Bank Zachodni WBK SA 33 10901753 0000 0000 7403 0966,

z dopiskiem „Szczepienia Ochronne”. Miejsce obrad: Centrum Hotelowo-Konferencyjne „GROMADA”, ul. 17 Stycznia 32, 02-148 Warszawa (dojazd w kier. Okęcia, autobusy: 188, 182). Prosimy o telefoniczne potwierdzenie uczestnictwa. Adres kontaktowy: prof. dr hab. n. med. Ewa Bernatowska, Oddział Immunologii, Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii IP CZD, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, tel. 022-815-73-84, 022-815-73-85, e-mail: oddzial.immunologia@czd.pl

- 8-10.05. I Kongres **Ginekologii Małoinwazyjnej** w Lublinie. Organizatorzy: Pol. Tow. Ginekologiczne, I Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii AM w Lublinie, Stowarzyszenie „Zdrowie Kobiety”. Tematyka: *Czy leczenie nowotworów narządów płciowych może być mniej inwazyjne; uroginekologia; chirurgia szyjki macicy; nowe techniki małoinwazyjne; bezpieczeństwo zabiegów ambulatoryjnych; krwawienia z macicy*. Warsztaty – *pokazy na żywo z dwóch sal operacyjnych; zaawansowana laparoscopia; leczenie krwawień czynnościowych i nietrzymania moczu*. Informacje: www.ginonkol.skolamed.pl. Biuro Organizacyjne Kongresu: Biuro Kongresów i Turystyki SKOLAMED, P-AIZ Konsulting Sp. z o.o. 20-070 Lublin, ul. Boczna Lubomelskiej 4, tel. 081-534-43-87, 534-71-48, faks 081-534-71-50

- 31.05. Ciechocinek. Ośrodek Leczenia **Dysfunkcji Narządu Żucia** w Gliwicach i Włocławskie Stow. Lek. **Stomatologów**, pod patronatem Kuj.-Pom. OIL, organizuje kurs: **Diagnostyka i leczenie bólu głowy. Procedury w leczeniu protetycznym dysfunkcji układu stomatognatycznego**. Informacje i zgłoszenia: tel. 054-231-51-57, 054-231-04-16, www.stomatologia.edu.pl

Lubelska Szkoła **Neurosonologii** SKOLAMED, kursy:

- 30-31.05., 21-22.11. **Badanie dopplerowskie tętnic wewnątrz i zewnątrzczaszkowych** – kurs podstawowy. 14 pkt. edukac.
 - 13-14.06. **Przeznaczszkowe badanie dupleksowe** – kurs podstawowy. 14 pkt. edukac.
- Patronat Sekcji Neurosonologii Pol. Tow. Neurologicznego. Informacje: www.neurosonologia.skolamed.pl. Zgłoszenia: SKOLAMED, e-mail: neurosonologia@skolamed.pl, tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50

- 18-20.09. Poznań. XVIII Naukowo-Szkoleniowe Sympozjum Sekcji **Zakażeń Chirurgicznych** Tow. Chirurgów Pol. oraz XV Zjazd Pol. Tow. **Zakażeń Szpitalnych**. Tematy główne: – *Sala operacyjna - potencjalne źródło zakażeń*; – *Czynniki ryzyka*; – *Zapobieganie*; – *Monitorowanie*; – *Tematy wolne*. (www.zakazenia2008.poznan.pl).
 - 6-7.06. Poznań. Dni **Implantologii** OSIS. Organizatorzy: Oddział Kuj.-Pom. i Wlkp. Ogólnopol. Stow. Implantologii Stomatologicznej. Tematy główne: *Rozwój implantologii w Polsce; Techniki obrazowania w implantologii a nawigacja chirurgiczna; Procedury chirurgiczne wspomagające leczenie implantologiczne; Uzupełnienia protetyczne oparte na implantach – rozwiązania konwencjonalne a nowe technologie*. (www.osis2008.poznan.pl)
- Informacje i zgłoszenia: www.bokiz.pl Biuro Organizacji Konferencji i Zjazdów (BOKiZ) Fundacji UM, ul. Tęczowa 3, 60-275 Poznań, tel./faks 061-662-11-20, e-mail: biuro@bokiz.pl

Centrum Edukacyjne Pomorskiej Fundacji Rozwoju **Chirurgii**, Ośrodek Szkolenia Wirtualnego akredytowany przez Sekcję Wideochirurgii Tow. Chirurgów Pol. zaprasza na kursy doskonalące dla lekarzy w trakcie specjalizacji i spec. chirurgii ogólnej: **Zaawansowane techniki chirurgii laparoskopowej - część 1, - część 2**. Każdy z kursów trwa 3 dni (w tym 6 godz. ćwiczeń praktycznych na тренаżerach fizycznych i wirtualnym). Informacje: www.chirurgia-pomorska.edu.pl/Szkolenia.php lub e-mail: szkolenia@chirurgia.pomorska.edu.pl. Zapraszamy również do zapoznania się z ofertą skierowaną do **pielęgniarek operacyjnych i studentów**.

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii**. Zapisy oraz informacje: tel. 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii** zaprasza na kursy podstawowe praktycznej ultrasonografii. Informacje: www.usg.com.pl

opr. (u)

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

V Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby Lekarskich w Żeglarskiej klasie Omega

organizuje Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie przy współpracy Yacht Klubu AZS Szczecin oraz patronacie Naczelnego Rady Lekarskiej w dn. **30/31.05.-1.06.2008 r. na akwenie Jeziora Dąbskiego w Szczecinie**. Biuro regat: Yacht Klub AZS w Szczecinie, ul. Przeszenna 9, tel. 091-461-47-39. Zgłoszenia: **Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, ul. Marii Skłodowskiej Curie 11, 71-332 Szczecin, e-mail: biuro@oil.szczecin.pl, Sekretariat OIL w Szczecinie, tel. 091-487-49-36 w. 106, dr H. Teodorczyk, tel. 0604-416-864, e-mail: hate@wp.pl**. Termin zgłoszeń: do 22.04.2008 r. wraz z opłatą. *Dodatkowe informacje i formularz zgłoszeniowy na stronie: www.bip.oil.szczecin.pl lub www.oil.szczecin.pl*

Lekarze – Wędkarze!

Już po raz szósty w imieniu Beskidzkiej Izby Lekarskiej zapraszam wszystkich wędkujących lekarzy na Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym. Po raz pierwszy odbędą się one na pięknym **Jeziorze Żywieckim, w okolicy Oczkowa, w ośrodku „Rumcajs”, 7.06. (sobota) br.** Jezioro jest pięknie położone wśród gór Beskidu, czyste i obfituje w ryby. Na terenie ośrodka istnieje możliwość rezerwacji noclegów dla uczestników i rodzin (25 zł osoba). *Informacje i zapisy: [Klaudiusz Komor, 0608-365-164 lub e-mail: \[kkomor@op.pl\]\(mailto:kkomor@op.pl\)](mailto:Klaudiusz.Komor@op.pl). Szczegóły również na stronie www.bil.bielsko.pl zakładka sport*. Serdecznie zapraszam! Klaudiusz Komor.

VIII Jurajski Rajd Rowerowy Lekarzy

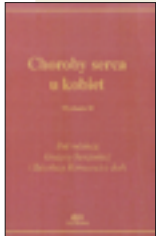
OIL w Częstochowie zaprasza na kolejny rajd po Jurze Krakowsko-Częstochowskiej. Rozpoczynamy w **sobotę 7.06.br.** Wyjazd na trasy rowerowe spod hotelu „**Orle Gniazdo Hucisko**” w **Hucisku o godz. 10.00**. Przygotowano dwie trasy – 20 i 50 km. Obydwie wybrane ze szczególnym zwróceniem uwagi na walory widokowe i rekreacyjne. Każda z tras pilotowana będzie przez przewodnika PTTK. Kończymy **ok. godz.17.30** spotkaniem integracyjnym. Zaplanowaliśmy ciekawy program rozrywkowy: tańce, śpiew, przeglądanie zdjęć z poprzednich rajdów i karaoke. Gwarantujemy pogodę, smaczny poczęstunek, dobrą zabawę, humor i bezpłatną opiekę medyczną. W **niedzielę 8.06.br.** zaplanowaliśmy zwiedzanie klasztoru na Jasnej Górze, **o godz. 11.30**. Koszt uczestnictwa w rajdzie, pikniku oraz wstęp do klasztoru – 50 zł dla dorosłych i 25 zł dla dzieci. Można zarezerwować noclegi w hotelu „Orle Gniazdo Hucisko” (pokoje: 3-os. z łazienką + dost. 280 zł, 3-os. z łaz. 230 zł, 2-os. z łaz. 160 zł, dzieci do 10 lat – 50%). Aby zarezerwować pokój, należy dokonać przedpłaty w wysokości 100 zł, doliczając ją do opłaty za udział w rajdzie i przekazać przelewem na konto OIL w Częstochowie, nr konta 82-1140-1889-0000-2433-3300-1001, BRE Bank Oddział w Częstochowie. W tytule wpłaty należy wpisać: udział w rajdzie (liczba) osób. *Potwierdzenie wpłaty należy przesłać faksem na nr 034-365-41-20. Wpłaty również osobiście, w biurze OIL, ul. Waszyngtona 42 (II piętro). Informacje: [Rita Idziak](mailto:Rita.Idziak@hipokrates.org), tel. 034-368-18-88, e-mail: poczta@cil.finn.pl, czestochowa@hipokrates.org. Tomasz Klimza, tel. 0691-488-383.*

IV Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy „DoctoRRiders” Pabianice 2008

odbędzie się w dn. **29-31.08.br. w Pabianicach k. Łodzi**. Zgłoszenia: **OIL w Łodzi ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź, tel. +4842-683-17-91 w. 120 e-mail: doctorriders@op.pl, www.oil.lodz.pl link DoctoRRiders**. W zgłoszeniu proszę wpisać: imię, nazwisko, nr legitymacji, datę urodzenia, adres zamieszkania, miejsce pracy, specjalizację, telefon i mail kontaktowy, markę motocykla, rok produkcji oraz dane osoby towarzyszącej. Wstęp na teren zlotu tylko za zaproszeniami imiennymi! Termin przyjmowania zgłoszeń upływa **15.07.br.** Organizator zapewnia: wyżywienie zlotowe i nocleg na kanadyjkach w namiotach jowskich 10-os., wieczorne spotkania, konkursy, koncert, paradę, ochronę. Możliwość zakwaterowania w hotelach na koszt własny (ceny promocyjne): Hotel MAX klasy turystycznej, tel. +4842-215-96-76 (na terenie zlotu), Hotel Włóknarz *, tel. +4842-215-15-01, +4842-212-10-58, ul. Grota Roweckiego 3 (1100 m od terenu zlotu), www.hotel.pabianice.pl, Hotel Piemont **, tel. +4842-227-14-14, ul. Kilińskiego 25 (2 km od terenu zlotu), www.piemont.com.pl. Termin rejestracji uczestników zlotu 29.08.br. od godz. 12.00. Opłata zlotowa: 100 zł od każdego uczestnika (kierowca), 50 zł osoba tow., tzw. plecak 50 zł kierowca – kobieta. Wpłaty na konto PKO BP SA I Oddział w Łodzi 98 1020 3352 0000 1602 0010 0362, z dopiskiem „Zlot motocyklowy”, do 15.06.br. Po tym terminie opłata zlotowa: 150 zł od każdego uczestnika (kierowca), 100 zł osoba tow., tzw. plecak 100 zł kierowca-kobieta. Bardzo gorąco zapraszamy! Organizatorzy: Motocyklowy Klub Lekarzy DoctoRRiders

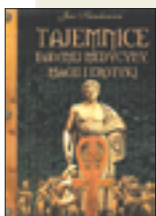
Internetowa Księgarnia Medyczna Ikamed.pl

80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73,
tel. 058-326-78-11, faks 058-320-94-60, www.ikame4d.pl
Wydawnictwo Via Medica
80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73
e-mail: viamedica@viamedica.pl, www.viamedica.pl



Choroby serca u kobiet

pod red. **Grażyny Święteckiej i Zdzisławy Kornacewicz-Jach**
wyd. II, Gdańsk 2007, str. 594, cena 57,80 zł
Tematyka monografii obejmuje cały zakres problemów związanych z układem krążenia swoistych dla kobiet lub różniących się epidemiologią, przebiegiem czy rokowaniami w zależności od płci. Publikacja odpowiada na pytanie czy powinny być odrębne oddziały kardiologiczne dla kobiet i mężczyzn ze względu na strategię postępowania klinicznego.



Tajemnice dawnej medycyny, magii i erotyki

Jan Niżnikiewicz
wyd. II uzup., Gdańsk 2007, str. 332, cena 127,00 zł
Esej historyczny o faktach, mitach, biologii i religii, medycynie i magii oraz seksie, w którym autor prezentuje rozległą wiedzę historyczną i niemały talent literacki. Patrząc przez pryzmat osiągnięć współczesnej wiedzy nie waha się oddać hołd medycynie starożytnych, wskazując, że głównym problemem trapiącym współczesną medycynę jest nieumiejętność leczniczego stosowania nadziei. Ta unikalna monografia zalecana jest adeptom współczesnej medycyny dla poszerzenia ich horyzontów myślowych. Niezwykłym walorem książki jest jej graficzne opracowanie i ogromny wybór starożytnych rycin.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. 022-695-40-33, faks 022-695-40-32.
Księgarnia wysyłkowa 00-950 Warszawa 1, skr. poczt. 379, tel. 022-695-44-80, faks 022-695-44-87, infolinia 0801-142-080, promocja@pzwl.pl, www.pzwl.pl



Fizjologia

red. nauk. **Willam F. Ganong**
tłum. **Joanna Lewin-Kowalik**
Warszwa 2007, str. 820
Podręcznik tłum. z wyd. amerykańskiego „Review of Medical Physiology” przetłum. na 18 języków. Publikacje podzielono na 8 części, z których każda posiada rozdziały i podrozdziały omawiające kolejno: zagadnienia ogólne a następnie funkcje poszczególnych narządów i układów. Liczne ilustracje i tabele ułatwiają naukę oraz powtórzenie wiadomości. Na końcu podręcznika znajdują się pytania do każdego rozdziału. Podręcznik przeznaczony jest dla studentów medycyny ale także weterynarii i uniwersyteckich wydziałów biologii, psychologii i pedagogiki.



Wczesne postępowanie medyczne w katastrofach

Podręcznik dla ratowników medycznych
red. nauk. **Susan M. Briggs** przy wsp. **Kathryn H. Brinsfield**
red. nauk. tłum. **Andrzej Zawadzki**
wyd. I. Warszawa 2007, str. 194

W książce przedstawiono podstawowe zasady postępowania zarówno w sytuacjach naturalnych katastrof i klęsk żywiołowych (np. huraganów, powodzi, rozległych pożarów) jak i katastrof wywołanych celowymi działaniami terrorystycznymi. Procedury i techniki wykonywania podstawowych czynności ratowniczych zobrazowano licznymi rycinami podnoszącymi walory dydaktyczne publikacji.



Chemia fizyczna

Podręcznik dla studentów farmacji i analityki medycznej
red. nauk. **Tadeusz W. Hermann**
wyd. I. Warszawa 2007, str. 682.

Przystępnie omówiono podstawowe zagadnienia z zakresu chemii fizycznej, m.in. podstawy termodynamiki chemicznej, kinetykę reakcji chemicznych, mechanizmy katalizy, fizykochemie układów i zjawisk powierzchniowych, elementy elektrochemii, fizykochemiczne podstawy farmakokinetyki, podstawy chemii jądrowej i mechaniki kwantowej. Podręcznik dla studentów wydziałów farmacji i analityki medycznej i kosmetologii.

Wydawnictwo Salwator

30-364 Kraków, ul. św. Jacka 16, tel. 012-260-60-80, faks 012-269-17-32,
e-mail: wydawnictwo@salwator.com, www.salwator.com

Bioetyka w szkole

Dla nauczycieli, wychowawców i katechetów

Andrzej Muszala, Agnieszka Rudziewicz
Kraków 2007, str. 118

Książka jest próbą odpowiedzi etyki chrześcijańskiej na problemy budzące najwięcej kontrowersji w zakresie biologii i medycyny. Pomaga nauczycielom w podjęciu dialogu z uczniami na tematy trudne i udzieleniu kompetentnej odpowiedzi. Poruszono w niej takie zagadnienia jak: ewolucja, antykoncepcja, sztuczne zapłodnienie, diagnostyka prenatalna, klonowanie, genom, transplantacja narządów, AIDS, eutanazja, problemy seksuologii. Treść uzupełniają cytaty zaczerpnięte z nauczania Kościoła i papieża Jana Pawła II. Ilustracje, schematy i zdjęcia ułatwiają zrozumienie poszczególnych metod badawczych i medycznych. Na końcu każdego rozdziału podano wykaz literatury przedmiotu.



Lecząca siła klasztornej kuchni

Zapobieganie, leczenie, uzdrawianie

o. **Kililian Saum OSB**, dr **Johannes Gotfried Mayer**
dr med. **Alex Witasek**

tłum. **Paulina Kolińska, Małgorzata Witwicka**
Kraków 2007, str. 336

Książka o tym dlaczego tradycyjna wiedza jest błogosławieństwem dla naszego zdrowia. O korzeniach kuchni klasztornej, które nawiązują do europejskiego antyku i mają wiele wspólnego z chińską medycyną i ajurwedyjską nauką o odżywianiu. Znajdują się tu 94 opisy najważniejszych dla człowieka naturalnych produktów żywnościowych, ich pochodzenie, skład i znaczenie dla zdrowia. Znajdziemy tu odpowiedź na pytanie jak należy się odżywiać aby zapobiec chorobom albo leczyć dolegliwości. Publikacja uwzględnia wyniki najnowszych badań. Zwraca uwagę piękne opracowanie graficzne.



Jarska kuchnia siostry Anieli

s. Aniela Garecka SDS

Kraków 2007, str. 150

Prezentuje bardzo smaczne przepisy kuchni jarskiej z popularnych w Polsce warzyw i owoców (sałatki, surówki, przekąski, przetwory) uzupełnione praktycznymi radami co do sposobu ich przyrządzania aby były smaczne, zdrowe i apetyczne.



Ponadto nadesłano:

Z dziejów gdańskiej chirurgii akademickiej i dyscyplin zabiegowych oraz anestezjologii w 60-lecie Akademii Medycznej w Gdańsku (1945-2005)

Zdzisław Wajda
Pelplin-Gdańsk 2006, **Wydawnictwo Bernardinum Sp. z o.o.**, 83-130 Pelplin, ul. Biskupa Dominika 11, tel. 058-536-17-57, faks 058-536-17-26, e-mail: bernardinum@bernardinum.com.pl, www.bernardinum.com.pl, str. 212

Praca wydana na jubileusz 60-lecia AM w Gdańsku poświęcona chirurgom akademickim. Nawiązuje do tradycji historycznych – dwa wieki chirurgii akademickiej w Polsce i 100 lat istnienia Towarzystwa Chirurgów Polskich. Zawiera bogate informacje o środowisku akademickim AM w Gdańsku i rozwoju klinik chirurgicznych, zabiegowych i anestezjologii, piśmiennictwo i obszerne streszczenia w języku angielskim.



Na początku był lęk

Teoria psychiki i zaburzeń psychicznych

Waldemar Krynicki

Toruń 2007, **Wydawnictwo Adam Marszałek**
87-100 Toruń, ul. Lubicka 44, tel. 056-664-22-35, 056-660-81-60, www.marszalek.com.pl, e-mail: info@marszalek.com.pl, str. 166

Autor ukończył AM w Warszawie. Był stypendystą uniwersytetów i szpitali w Hiszpanii, Belgii, Niemczech, Francji i Anglii. Pracuje jako psychiatra we Francji. We wstępie autor informuje „W tej pracy rozstaje się z freudyzmem, który stworzył XX-wieczną psychiatrię „bez drzwi”, zamkniętą na rozwój. To moje osobiste pożegnanie, ale ufam, że nie tylko moje...” Napisana przystępnym językiem przybliży zagadnienia zaburzeń psychiki nie tylko psychoterapeutom, psychologom, lekarzom lecz i postronnym czytelnikom zainteresowanym tematem.



Kardiologia płodu. Zasady diagnostyki i terapii
Joanna Szymkiewicz-Dangel, Hanna Siudalska
Anita Hamela-Olkowska, Adam Kolesnik,
Poznań 2007. **Ośrodek Wydawnictw Naukowych**
Instytut Chemii Bioorganicznej PAN
61-713 Poznań, ul. Wieniawskiego 17, str. 214.
Do nabycia w Szpitalu Klinicznym im. ks. Anny Mazowieckiej, 00-315 Warszawa, ul. Karowa 2, tel. 022-596-61-67,
e-mail: fetal-echo@tlen.pl

Monografia przedstawia grupy pacjentek o podwyższonym ryzyku urodzenia dziecka z wadami oraz związek między zaburzeniami genetycznymi a wadami serca. Omawia fizjologię płodowego układu krążenia i anatomie serca płodu oraz zasady badania echokardiograficznego płodu. Publikacja opatrzona licznymi ilustracjami, które pozwalają lepiej zrozumieć zasady echokardiografii płodowej. Podręcznik przeznaczony dla ginekologów-położników.

Kącik literacki

Poemat katyński

Zbigniew Kostrzewa

wyd. II popr. Łowicz 2007, **Poligrafia s.j.**
99-400 Łowicz, ul. Zachodnia 18, tel./faks 046-837-18-92,
www.poligrafia.lowicz.pl, str. 112

W jednym tomiku autor zgromadził wiersze poświęcone ojcu, więźniowi Starobielska, tłumaczone na 3 języki: angielski, niemiecki, rosyjski opatrzone mapką, zdjęciami i rysunkami Waleriana Warchołowskiego.



Kobiety zawodne dla...?

Bogumił Antoni Kiss

Wydawnictwo Continuo, 53-505 Wrocław, ul. Lelewela 4,
pok. 325, tel./faks 071-791-20-30, www.continuo.wroclaw.pl,
e-mail: wydawnictwo@continuo.wroclaw.pl, str. 84, cena 20 zł
Autor – lekarz, wykładowca akademicki, założyciel Pol. Tow. Ergonomicznego. Współpracuje z lokalnymi mediami, publikuje wiersze i artykuły. Pierwszy tomik poezji zawiera wiersze... dla ludzi, którzy kochali, kochają i przede wszystkim chcą kochać! ilustrowane pełnymi wdzięku rysunkami Dominiki Drezner.



Słuchanie

Włodzimierz Zakrzewski

Wydawnictwo Karmelitów Bosych

31-222 Kraków, ul. Z. Glogera 5,
tel. 012-416-85-00, 012-416-85-01, faks 012-416-85-02,
e-mail: wydawnictwo@wkb.krakow.pl, str. 238

Tytułowe słuchanie to uwaga nakierowana na drugiego człowieka pełną współczucia i miłości. Przewija się przed nami galeria portretów psychologicznych zabarwionych filozoficzną i emocjonalną nutą. Słuchając – czytając można się zadumać nad ludzką biedą, słabością i skomplikowanym losem. Do książki dołączono płytę do słuchania, na której opowiadania prezentuje nam Małgorzata Talarczyk.



Fraszki, wiersze

Alojzy Adamski

Poznań 2007, wyd. II poszerzone. **Wydawnictwo „produkt”**
Poznań, ul. Błażeja 3, tel./faks 061-822-90-46,
drukarnia@produkt.poznan.pl, www.produkt.com, str. 142
Zbiór utworów drobnych o szerokiej tematyce obyczajowej, politycznej, po-drożniczej, refleksyjnej opatrzone ilustracjami Julii Mazanki. Lektura tych wierszy skracających się dowcipem może być prawdziwą przyjemnością.



Notatnik głupiego palanta.

Obrazki z życia (wojsko-seks-medycyna)

Zbigniew komandor Jabłoński

Oficina Wydawnicza Finna

809-768 Gdańsk, ul. Dziewanowskiego 5/6, tel. 058-763-11-38,
faks 058-301-57-25, e-mail: finna@finna.pl, str. 364
Do nabycia np. w L & L Firma dystrybucyjno-wydawnicza,
80-298 Gdańsk, ul. Budowlanych 64F, tel. 058-520-35-58,
faks 058-344-13-38, e-mail: wydawnictwo@com.pl, www.ll.com.pl

Prezentujemy powtórnie książkę, którą zainteresowało się grono kolegów-lekarzy a nie była dostępna w sprzedaży.



VIII Ogólnopolski Plener Malarski Lekarzy

organizowany przez OIL w Szczecinie (ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin) odbędzie się w dn. **27.06.-6.07.br. – Camping Marina, ul. Prze-strzenna 23, 70-800 Szczecin (tel. 091-46-01-165, Aleksandra Kocewicz, www.campingmarina.pl).** Dojazd samochodem lub pociągiem wg mapki i instrukcji, które zostaną przesłane zainteresowanym. Możliwość dowiezienia uczestników z dworca kolejowego do miejsca zakwaterowania prywatnymi samochodami organizatorów. Zakwaterowanie w 2-osobowych pokojach z łazienkami w domkach campingowych na terenie przystani żeglarskiej nad **Jeziorem Dąbskim**. W ośrodku znajduje się restauracja, klub oraz parking. Bliskie sąsiedztwo portu, miasta i szlaku turystycznego oraz sprawną komunikacja pozwalają na wybór krajobrazu zgodnego z indywidualnymi upodobaniami tematycznymi. Organizatorzy zatroszczą się o zorganizowanie imprez towarzyszących oraz kulturalnych działań integracyjnych i edukacyjnych. Koszt indywidualny ok. 300-400 zł, jeśli dofinansowanie organów samorządu lekarskiego i wsparcie finansowe innych instytucji okaże się wystarczające. Impreza jest całkowicie niekomercyjna, nie przynosi żadnego zysku organizatorowi. Przedpłata 200 zł powinna być wniesiona nie później niż do 15.05.br. Stanowić będzie potwierdzenie uczestnictwa. Do tego terminu przedpłata może zostać zwrócona w przypadku rezygnacji. Po tym terminie ze względu na koszty rezerwacji pobytu i warunki umowy z właścicielem ośrodka nie można będzie wycofać przedpłaty. Wpłaty na konto 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034, z dopiskiem „Plener Malarski”. **Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc przed dokonaniem wpłaty prosimy skontaktować się telefonicznie z organizatorem. Zgłoszenia przyjmuje kol. Mieczysław Chruściel, tel. 0660-782-682, 091-48-723-66.**

Wyjazd do Hiszpanii i Portugalii

Współpracujące z Komisją Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie Biuro Podróży „KWATOUR” s.c. (ul. Gabińska 9/37, 01-703 Warszawa, członek Warszawskiej Izby Turystyki) – organizator wielu wyjazdów dla lekarzy, przygotowało dla członków samorządu lekarskiego **10-dniowy wyjazd do Hiszpanii i Portugalii** – samolotem – w terminie: **18-27.04.2008 r.** W programie zwiedzanie najciekawszych zabytków Hiszpanii i Portugalii; Sanktuarium w Fatimie i półtoradniowy wypoczynek nad Atlantykiem. W wyjeździe weźmie udział ks. prałat Roman Indrzejczyk, były długoletni krajowy duszpasterz służby zdrowia, kapelan Prezydenta RP, który w Kaplicy Objawień Sanktuarium w Fatimie odprawi Mszę św. w intencji Uczestników. Cena 3850 zł (zawiera VAT): samolot, autokar, hotele, wyżywienie, ubezpieczenie, pilot. **Informacje i zgłoszenia: Biuro „KWATOUR”, tel./faks 022-834-84-71, e-mail: kwatour@op.pl**

REKLAMA

REKLAMA

Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rok 1953 (studia w l. 1948-1953)

18.04.br. o godz. 14.00 uroczysty obiad w **Restauracji Zespołu Ośrodka Szkoleniowo-Wypoczynkowego „Zatoka” w Sopocie, ul. Emilii Plater 79/111** (nad samym morzem). Okazją do tego jest 60 rocznica rozpoczęcia studiów i 55 rocznica absolutorium. Cena obiadu 80 zł. **Sumę tę należy przelać pocztą na adres koleżanki: Teresa Skibińskiej-Radzikowskiej, ul. Gospody 6B m. 16, 80-344 Sopot, do 31.03.br.** Przy ww. restauracji jest hotel, w którym zainteresowani noclegami mogą zarezerwować pokój – tel. 058-551-23-67. Za Stowarzyszenie Absolwentów AMG i Komitet Organizacyjny Spotkania Brunon Lesław Imieliński i Helena Hajduka-Sereda.

AM w Warszawie, rok 1958 (studiujący w l. 1953-58)

Zjazd koleżeński z okazji 50 rocznicy absolutorium, **7.06.br.** Zgłoszenia uczestnictwa pod adresem: **Halina Bartoszewicz-Wigekowska, ul. Prosta 2/14 m. 78, 00-850 Warszawa, tel. 022-624-01-40, 0501-929-918; Michał Parys, ul. Zbójnogórska 38, 04-802 Warszawa, tel. 022-615-73-61, 0603-452-458.** Koszt 130 zł. Wpłaty przekazem pocztowym na ww. adresy lub osobiście u ww. osób. do 1.04.br.

Absolwenci AM W Krakowie, rok 1958

Drugie już spotkanie, tym razem z okazji 50 rocznicy absolutonium, **6.09.br. w Krakowie**. Zgłoszenia do 31.05.br. wraz z dowodem wpłaty (ksero) na adres: Jerzy Michalewski, ul. Komandosów 7/94, 30-334 Kraków. Wpłaty w wysokości 250 zł na konto: Bank Pekao S.A. II O. w Krakowie nr 95 1240 1444 1111 0010 1664 2088, z dopiskiem: Zjazd Absolutniów 1958 Jerzy Michalewski. Po otrzymaniu formalnego zgłoszenia wysłane zostaną szczegółowe informacje dotyczące spotkania. **Informacje: Jerzy Michalewski, tel. 012-266-43-22 i 0601-359-186; Halina Kamińska-Mroczkowska, tel. 012-423-34-85 i 0604-500-028.** Do zobaczenia! Organizatorzy

Wydział Lekarski, Oddział Pediatrii i Stomatologii

AM we Wrocławiu, rocznik 1958

Zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 50 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, **14.06.br. (sobota) we Wrocławiu**. UWAGA! ZMIANA TERMINU. Opłata za uczestnictwo w zjeździe: od absolutna 220 zł, osoba tow. na bankiecie 150 zł. Wpłaty na konto Dołnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 31.03.br., z dopiskiem „Zjazd 1958”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Zakwaterowanie w Hotelu „Śląsk” we Wrocławiu przy ul. Oporskiej. *Informacje: Teresa Sienkiewicz, tel. 071-337-01-01, 0505-132-326; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, patrycja.malec@dilnet.wroc.pl.* Do zobaczenia! Za Komitet Organizacyjny Teresa Sienkiewicz

Wydział Lekarski, Oddział Pediatriczny i Stomatologiczny

AM we Wrocławiu, rocznik 1963

Pierwsze spotkanie koleżeńskie z okazji 45 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, **7.06.br. (sobota) we Wrocławiu**. Opłata za uczestnictwo: od absolwenta 200 zł, osoba tow. na bankiecie 150 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 31.03.br., z dopiskiem „Zjazd 1963”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. **Informacje: Ludwika Sadowska, tel. 071-348-47-33, 0692-051-337; Kędzia Alicja, tel. 071-34-32-082, praca 071-78-400-79; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, patrycja.malec@dilnet.wroc.pl.** Do zobaczenia! Za Komitet Organizacyjny Alicja Kędzia, Ludwika Sadowska

Wydział Lekarski, I. 1972-78, Wydział Stomatologii, I. 1972-77 PAM

Zjazd absolwentów w dn. **22.-25.05.br. Pogorzelica – Hotel „Bocianie gniazdo”**. Kolejne informacje po 10.02.br. na stronie: **www.bocianiegniazdo.pl**. Komitet organizacyjny

Wydział Lekarski ŚIAM, lata 1972-78

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30 rocznicy absolutorium: **Szczyrzy, hotel Meta, w dn. 25-26.10.br. Informacje i zapisy: Adam Tiszler, tel. 0602-312-636, faks 032-384-66-22. Informacje: Maria Darlewska-Turant, tel. 0605-609-382, e-mail: darlewska@wp.pl. Informacje: Elżbieta Kelm, tel. 0604-178-888, e-mail: kelm@lekarz.slask.pl.** Oplata jazdowa 250 zł od osoby. Wpłaty do 30.09.br. (możliwość dodatkowego noclegu 24/25.10.br. Nr konta 85 1050 1386 1000 0002 0435 7990.

AM we Wrocławiu, rocznik 1983

Serdecznie zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 25 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, w dn. **3-5.10.br. Dom Wczasowy Admirał w Karpaczu**. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/od osoby tow.: pt-nd z nocł. 350 zł, sb-nd z nocł. 300 zł, pt-nd bez nocł. 300 zł, pt-sb z nocł. 300 zł. Wpłaty na konto DIVERSO, ul. Krasieńskiego 19, 50-449 Wrocław konto: 87 1440 1156 0000 0000 0571 5725, do 15.06.br., z dopiskiem „Zjazd AM 1983”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. **Informacje: Zenona Jabłońska (Motyka), tel. 0604-280-666, e-mail: zjablons@diinet.wroc.pl; Magdalena Mistarska-Skóra, tel. 0607-937-936; Dariusz Kołowiec, tel. 0606-214-941, e-mail: wolowiec@post.pl; prof. Krzysztof Dąbrowski, dyr. strategiczny DIVERSO – prod. imprez, ul. Krasieńskiego 19, 50-449 Wrocław, tel. 071-798-49-41, 0500-148-222, e-mail: k.dabrowski@diverso.pl.** Dla potrzeb zjazdu i następnych założona jest domena: **www.am1983.com.pl** – tam będą publikowane wszystkie informacje. Do Zobaczenia! Za Komitet Organizacyjny Zenona Motyka-Jabłońska

AM w Gdańsku, rok 1983

Zjazd koleżeński z okazji 25 rocznicy ukończenia AMG, w dn. **10-12.10.br. w hotelu „Jantar” w Juracie**. Wpłaty na konto EKONTO-mBank.pl, nr rachunku 45 1140 2004 0000 3402 5061 0594. Komitet Organizacyjny: **Hanna Prajs (Ciepłowicz)**, tel. **0507-030-158**, e-mail: **hannaprajslog@op.pl**, **Elżbieta Tartas-Zebrzyk**, tel. **0502-516-156**, e-mail: **zebrzyk3_xl@wp.pl**, **Wojciech Kłoc**, tel. **0603-571-888**, e-mail: **wojciechkloc@poczta.onet.pl**

Wydział Lekarski AM w Poznaniu, rocznik 1982-88

31.05.br. zjazd z okazji 20 rocznicy ukończenia studiów. Po spotkaniu na uczelni wieczorem planowany jest bankiet w „Piano Bar” w Starym Browarze. Szczegółowy program po zgłoszeniu. Koszt uczestnictwa: 250 zł dla absolwenta, 200 zł dla osoby towarzyszącej. Wpłaty na konto: Katarzyna Szymańska, ul. Kaszelańska 18, 60-316 Poznań, 89 1090 1359 0000 0001 0845 5727. *Informacje: Kaja Szymańska, tel. 0603-077-581, Hanna Plotas, tel. 0601-729-084.*
Zgłoszenia: e-mail kubiak.aleksandra@gmail.com

Wydział Lekarski AM w Białymstoku, rok 1988

– Absolwenci, a także Koledzy i Koleżanki studiujący w l. 1982-88

25.10.br. spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy ukończenia studiów w **Centrum Konferencyjno-Bankietowym „Trzy Sosny” – Ignatki**, ul. Leśna 20, poprzedzając uroczystym spotkaniem absolwentów w **Auli AMB**. **Informacje: M. M. Topolska**, tel. **085-663-21-25, 0604-508-245**, e-mail: **mmtopolska@tlen.pl** oraz **www.amb.edu.pl, www.nasza-klasa.pl** **AMB 1982-1988 Lekarski (forum), www.absolwentus.pl**. Opłata 200 zł. Możliwość zamówienia noclegów (e-mail: **marketing@trzyzosny.pl**; tel. 085- 66-31-311) w cenie ok. 60 zł ze śniadaniem, dogodny dojazd MPK 10, 11 (pętla Kleosin-Ignatki) kierunek Łąpy – Wysockie Mazowieckie.

Wydział Stomatologiczny AM we Wrocławiu, rocznik 1988

Spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, w dn. **20-21.09.br. Hotel Nasz Dom w Polowicy-Zdroju**. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby by: sb-nd z noc: 300 zł, sb-nd bez noc: 200 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 31.03.br., z dopiskiem „Zjazd 1988”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Małgorzata Staszyńska**, tel. **0508-190-549**; **Patrycja Malec**, DIL we Wrocławiu, tel. **071-79-88-068**, e-mail: **patrycja.malec@dilnet.wroc.pl**. Do zobaczenia! Za Komitet Organizacyjny. Jolanta Czado, Małgorzata Kacykowska-Staszyńska

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1988

Pierwsze spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy ukończenia Wydz. Lekarskiego AM we Wrocławiu, w dn. **26-28.09.br. Hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju**. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby tow.: pt-nd z nocł. 400 zł, sb-nd z nocł. 300 zł, pt-nd bez nocł. 250 zł, pt-sb z nocł. 200 zł, grill (bez nocł.) 100 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 30.06.br., z dopiskiem „Zjazd 1988”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl**. Do zobaczenia! Za Komitet Organizacyjny Katarzyna Jędrzejewska-Jurka, Małgorzata Sztajer-Marciniak

$$\text{opr. } (u)$$

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl