

BIULETYN INFORMACYJNY nr 2 (146) • POZNAŃ, LUTY 2007

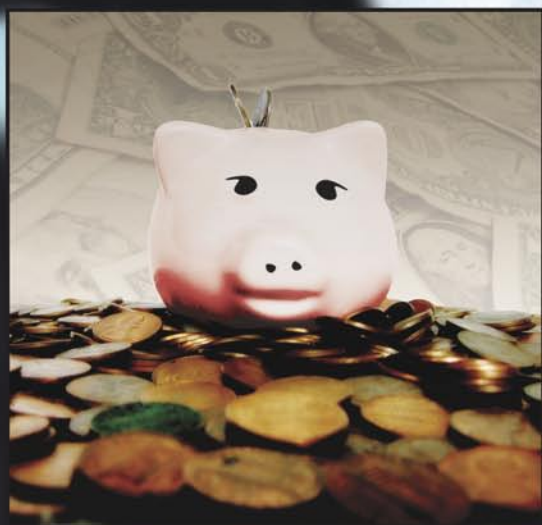


WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

Miasto wśród pustyni
Baśniowa Bucharą

**Podsumowanie
podwyżek**

Jednak strajk?





Nagroda dla Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł wręcza Prezesowi ORL WIL Stefanowi Sobczyńskiemu nagrodę za zajęcie III miejsca w konkursie Rejestrów Okręgowych Izb Lekarskich. Sukces ten Izba osiągnęła dzięki kompetencjom i zaangażowaniu mgr Barbary Jankowiak, mgr Lidii Góreckiej, mgr Katarzyny Bukiewicz i mgr inż. Pauli Filas.

Więcej czytaj s. 5.

ZAPROSZENIE

Saldent po raz dziewiąty

Mamy zaszczyt i przyjemność zaprosić Szanowne Koleżanki i Kolegów do wzięcia udziału w organizowanej już po raz dziewiąty konferencji naukowo-szkoleniowej Saldent 2007 „Stomatologia praktyczna XXI wieku”, która odbędzie się w dniach 17–19 maja. Zgodnie z założeniami i wierni tradycji organizujemy nasze coroczne spotkania stomatologiczne głównie w aspekcie przydatności przedstawianych zagadnień dla praktyki klinicznej. Stąd też staraliśmy się, co nam się szczęśliwie udało, zapewnić udział wykładowców będących nie tylko ekspertami w reprezentowanych przez siebie dziedzinach, ale także umiających najnowszą wiedzę przedstawić w sposób nowoczesny i przekonujący, z właściwym ukazaniem zastosowania zdobyczy nauki w służbie codziennej praktyki lekarskiej.

Na tegorocznej konferencji skupimy się na zagadnieniach periodontologii, ergonomii, stomatologii estetycznej i protetyki. Wśród wykładowców będą mieli Państwo przyjemność usłyszeć profesorów Stefana Włocha, Simone’a Grandiniego, Tomasza Konopkę i Jerzego Sokołowskiego.

Dla umilenia pobytu Państwa w naszym coraz piękniejszym mieście proponujemy wzięcie udziału w bankiecie, który zostanie poprzedzony występem czarującej Hanny Banaszak.

Serdecznie zapraszamy i zapewniamy, że postaramy się z całego serca, aby Państwo nie żałowali swego wyboru!

W IMIENIU KOMITETU ORGANIZACYJNEGO
PROF. DR HAB. HONORATA SHAW
DR HAB. PAWEŁ PIOTROWSKI



Diagnoza wstępna

Spis treści

KARNAWAŁ W SŁUŻBIE ZDROWIA



Bałem się, że w tym numerze nie będzie o czym pisać. Dopiero co zaczął się nowy rok, politycy jeszcze w sylwestrowym nastroju... Nic podobnego. Przynajmniej jeżeli chodzi o służbę zdrowia. Śledząc poczynania naszej administracji, nie sposób się nudzić. Ministerstwo wymyśliło ubezpieczenia dodatkowe. Za 7 czy 10 zł miesięcznie Polacy będą mogli pochorować sobie w komfortowych warunkach szpitalnianych. Osobny, przytulny pokój, telewizorek, czekająca na wezwanie pielęgniarka... Jestem człowiekiem bez wyobraźni, więc pewnie z głupoty zapytam: gdzie będą te pokoiki, skoro już teraz pacjenci leżą na korytarzach, a na oddziale są dwie lub trzy pielęgniarki?

O dodatkowych ubezpieczeniach pisze też w swoich *ścinkach* Krzysztof Ożegowski.

Jak długo pracuję w ochronie zdrowia (a jest tych latek trochę), tak długo mówi się w niej o podwyżkach. Czasem z nadzieją, czasem z rezygnacją. Były strajki (kiedyś to się kulturalnie nazywało przerwą w pracy...), flagowanie, białe marsze. Wydawało się w zeszłym roku, że już, już zapaliło się światełko w tunelu... Okazało się jednak, że była to tylko marna, krótko świecąca iskierka i już praktycznie zgasła. Minister mówi, że podwyżki to dla niego temat zamknięty, a lekarze, że nic podobnego, że dopiero zaczynamy. Co będzie? Wyowiada się na ten temat kol. Halina Bobrowska w artykule *Jednak strajk?*

Piotr Śliwiński w *Posumowaniu podwyżek w 2006 r.* też pisze o naszych wynagrodzeniach. Pisze jak to on: kompetentnie, bez emocji, ale tak dosadnie, że nic tylko usiąść i płakać. Zeszłoroczna podwyżka pozwoliła mu osiągnąć 80% średniego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. Niby sukces, ale... był czas kiedy bez specjalizacji dostawał 97%. Zestawienie liczb prowadzi go do smutnej konstatacji, że jego wynagrodzenie zmieniło się kolejno z niskiego na upadające, a ostatnio na upokarzające...

Piotr Śliwiński pisze również o *Ponadnormatywnym czasie pracy w ramach opt-out*. Ten tekst to zdroworozsądkowy i prawny wywód na ten temat. Warto zapoznać się z oboma artykułami. Autor powinien pracować w ministerstwie! Tylko z kim...

Andrzej Cisło pisze o losach naszych postulatów, apeli itp. dokumentów. Ma rację, twierdząc, że nie należy ograniczać się do podejmowania uchwały czy apelu, ale trzeba śledzić ich losy i domagać się przynajmniej dyskusji na ich temat. Kolega tak właśnie próbuje robić. Przy okazji uświadamia nam intelektualny dorobek naszej Izby zgromadzony dzięki wysiłkom kolegów – pomysłodawców uchwał i stanowisk i tych wszystkich, którzy włączyli się w cyzelowanie dokumentów.

A wydawało się, że karnawał i nie ma o czym pisać...

Andrzej Baszkowski

Omówienie posiedzenia Rady Okręgowej	4
Konkurs Rejestrów Okręgowych Izb Lekarskich	5
Między pasją a powołaniem	5
Relacja z XIV Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy	7
Program dla młodych lekarzy – „Stop emigracji lekarzy”	8
Zaproszenie do Filharmonii	10
List Bolesława Piechy do Przewodniczącego ORL WIL	11
Lekarskie interwencje	11
Jednak strajk?	12
Podsumowanie podwyżek w 2006 r.	13
Ponadnormatywny czas pracy w ramach opt-out	14
Miasto wśród pustyni	16
Badania diagnostyczne raz jeszcze	18
Śmierć na „Czarnej liście lekarzy”	19
W obronie dobrego imienia i należnego lekarzom wizerunku	21
Czy lekarze o tym wiedzą?	22
Program dla pracodawców	24
SHORT CUTS	25
Mała dawka mediów	28
Wspomnienie o Hani	29
Fraszki	30

Posiedzenie ORL WIL – 5 stycznia 2007 r.

Omówienie posiedzenia Rady Okręgowej



WOJCIECH
BUXAKOWSKI

Posiedzenie prowadził Przewodniczący WIL Stefan Sobczyński. Po ustaleniu porządku obrad przedstawił on sprawozdanie z ostatniego posiedzenia NRL oraz Konwentu Przewodniczących, gdzie poruszano takie tematy, jak: specjalizacje, projekt zmian w ustawie o Izbach Lekarskich oraz problem alkoholizmu wśród lekarzy.

W dalszej części obrad, na wniosek delegatury w Kaliszu, RO dokonała poszerzenia składu zespołów wizytujących praktyki lekarskie.

Przyznano prawo wykonywania zawodu lekarzowi z Afganistanu posiadającemu status uchodźcy politycznego, który studiował i pracował w Polsce od kilku lat.

Podjęto uchwałę kierującą lekarza po 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu na przeszkolenie, które umożliwi mu powrót do zawodu.

Omawiane były również sprawy osobowe w trybie poufnym, które ze zrozumiałych względów nie mogą być tu omówione.

Ustalono składy komisji konkursowych na stanowiska ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziału Chorób Wewnętrznych szpitala w Gostyniu.

Na koniec Przewodniczący Delegatury udzielili informacji o spotkaniach opłatkowych dla seniorów, które odbywały się na ich terenie.

Druga część RO miała charakter uroczysty i świąteczny.

Przewodniczący WIL dokonał krótkiego podsumowania roku działalności RO i uznał 2006 rok za dobry. Podziękował



for Wojciech Buxakowski

wał członkom RO za pracę oraz złożył wszystkim życzenia wszystkiego najlepszego w Nowym Roku.

Na zaproszenie Przewodniczącego zaszczylił nas swoją obecnością ks. biskup Zdzisław Fortuniak. W swoim przemówieniu wskazywał na wyjątkowość zawodu lekarza, w którym poświęcenie łączy się z powołaniem. Przypominał, że odpowiedzialność lekarza za jego pracę jest szczególna, ponieważ pacjent z zaufaniem oddaje w jego ręce to, co ma najważniejszego: swoje zdrowie, a często i życie. Na koniec ks. biskup życzył wszystkim spełnienia w Nowym 2007 Roku wszystkich marzeń, sukcesów w życiu osobistym i zawodowym, a także tego, by znalazły rozwiązanie wszystkie te problemy, które budzą niepokój w środowisku lekarskim. Ze wszystkimi obecnymi ks. biskup podzielił się opłatkiem.

Odświętną atmosferę spotkania podkreślił występ zespołu muzycznego lekarzy WIL (o zespole szczegółowo pisano w poprzednim numerze Biuletynu).

Następnie członkowie Rady Okręgowej, dzieląc się opłatkiem, składali sobie nawzajem życzenia, a później uczestniczyli w poczęstunku przygotowanym zgodnie z polską tradycją.

WSZYSTKIE PROTOKOŁY Z POSIEDZEŃ RO SĄ
DOSTĘPNE W SEKRETARIACIE WIL.



for Wojciech Buxakowski

Konkurs Rejestrów Okręgowych Izb Lekarskich

Z dużą satysfakcją przyjęliśmy informację, że WIL zajęła III miejsce w konkursie Prezesa NRL na najlepiej prowadzony komputerowy rejestr lekarzy i lekarzy dentyków w edycji za 2006 r.

Celem konkursu było wyłonienie i wyróżnienie – na podstawie odpowiednich kryteriów – najlepszych zespołów pracowników prowadzących rejestr lekarzy i lekarzy dentyków. Oceniano przede wszystkim te parametry, które mają największe znaczenie dla jakości Centralnego Rejestru Lekarzy NRL.

Po pierwszym miesiącu trwania konkursu zajmowaliśmy szóste miejsce. Dokonałmy szczegółowej analizy punktowej parametrów i uznaliśmy, że możemy jeszcze wiele poprawić, co też uczyniliśmy. Zaowocowało to ostatecznie zajęciem III miejsca. Wyprzedziły nas tylko



OIL w Lublinie i Koszalinie. Mamy nadzieję utrzymać się w czołówce również w następnych latach.

Sukces został osiągnięty dzięki zaangażowaniu i wysokim kompetencjom pracowników WIL: **mgr Barbary Jankowiak, mgr Lidii Góreckiej, mgr Katarzyny Bukiewicz i mgr inż. Pauli Filas.** Wręczenie nagród odbyło się na posiedzeniu NRL w dniu 15 grudnia 2006 r. Pracownicy otrzymali od Prezesa NRL Konstantego Radziwiłła dyplomy, a WIL uhonorowana została statuetką z dedykacją.

Dobre miejsce w konkursie bardzo nas cieszy, lecz nie traktujemy tego jako cel, lecz jako środek do ciągłego podnoszenia jakości naszego działania.

PRZEWODNICZĄCY KOMISJI DS. REJESTRU
WOJCIECH BUXAKOWSKI

Między pasją a powołaniem Wigilijne spotkanie w śremskim oddziale PTL

Można by powiedzieć, że Oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Śremie ma szczęście i dlatego jest tak liczny i tak udają się tu wszelkie imprezy. To prawda, że ma szczęście, ale przede wszystkim do ludzi, którzy dla niego pracują czy wręcz się dla niego poświęcają. Takich ludzi skupia wokół siebie z wielkim talentem jego szefowa dr Barbara Siwińska. Ma to miejsce od lat i dlatego zapra-

szani goście wiedzą, że warto tutaj przyjeżdżać. Na wigilijne spotkanie śremskiego oddziału PTL, które miało miejsce 15 grudnia 2006 r., przybyli goście znamienici, między innymi prof. Tadeusz Maliński (Athens, Ohio, USA) oraz Alicja i Jerzy Woy-Wojciechowski.

Profesorowie Jerzy Woy-Wojciechowski i Tadeusz Maliński to przecież jedne z najwybitniejszych postaci Polskiego

Towarzystwa Lekarskiego. Jeden jest jego prezesem, drugi honorowym członkiem, chemikiem z wykształcenia, pionierem nanotechnologii. Był dwukrotnym kandydatem do Nagrody Nobla – z dziedziny chemii i medycyny. Trzeba tu jeszcze dodać, że jest śremsianinem, przywiązany do miasta, w którym zaczęła się jego wielka podróż w świat nauki i... sztuki. Tak, w świat sztuki! Obaj goście zaprezentowali się jako ludzie kochający sztukę i ją uprawiający. Ich życie określają bowiem dwie zaborcze dziedziny – powołanie do nauki i medycyny i zamiłowanie do sztuki. Profesor Tadeusz Maliński przeszedł wiele szczebli przygotowań do odbioru malarstwa, które ostatecznie dały mu pozycję cenionego eksperta. Jak sam żartował w swym wykładzie – na początku na wielkich aukcjach siedział w trzecim pokoju, a obecnie siedzi w trzecim rzędzie.

Nic więc dziwnego, że burmistrz Śremu Adam Lewandowski powiedział, iż miasto najlepiej promują jego wybitni mieszkańcy, tacy jak prof. Maliński oraz praca takich ludzi jak odlewnicy, którzy



Od lewej: prof. Leszek Romanowski, dr Ludwika Łasińska, mgr Stefan Maliński z żoną (brat profesora), dr Anna Gendaszyk-Tiszer, dr Barbara Siwińska, prof. Tadeusz Maliński, dr Ewa Kapała, prof. Zbigniew Kwias, profesor Jerzy Woy-Wojciechowski

wykonali chicagowskie zamówienie prof. Magdaleny Abakanowicz, która tu spotkała się ze zrozumieniem, pomocą i życzliwością.

Profesor Maliński ocenia, że całkowite poddanie się takiej zaborczej pasji jak sztuka na obecnym etapie jego życia nie jest jeszcze możliwe. Jeszcze wciąż trzeba w większym stopniu poświęcać się nauce i medycynie, choć przyznaje, że sztuka wciąga go coraz bardziej. Jak bardzo, można było odczuć podczas wykładu, który profesor wygłosił na śremskim wigilijnym spotkaniu lekarzy. Jego tytuł – „Medycyna obrazów starych mistrzów” – mógłby kogoś zmylić – że to po prostu medycyna jako temat malarski. Ale nie o to chodziło. W medycynie ważna jest diagnoza, leczenie, zapobieganie. Podobnie jest, zdaniem prof. Malińskiego, z obrazami starych mistrzów, stąd taki tytuł wykładu – przywracanie zdrowia dziełom starych mistrzów. Jego wiedza z dziedziny nanotechnologii pozwala na zajmowanie się identyfikacją chemicznych właściwości obrazów bez ich niszczenia. Jakie znaczenie ma problem pobrania próbek w sposób nieszkodliwy dla dzieła, ilustruje profesor na przykładzie Rembrandta. Spojrzenie diagnosty obejmuje podobrazie, podkład, barwniki, werniks. Im bardziej precyzyjne stawały się metody badania, im mniej inwazyjne, tym bardziej malała liczba rembrandtów – z 1300 do około 600, a w końcu do 300–400 obrazów.

Prawie wszystko da się obecnie zbadać i żeby zrobić fałszyfikat, to trzeba też mieć miliony na zdobycie materiałów używanych w czasach mistrzów. Ale wielkie pieniądze wciąż kuszą, bo na przykład roczny obrót Sotheby's i Christie's to około 6 miliardów dolarów. Najważniejsze w obrazach jest nazwisko, liczy się też temat. Najdroższe są sceny rodzajowe, potem martwe natury, krajobrazy, zwierzęta i w końcu najmniej cenione portrety. Jeśli chodzi o te ostatnie, to na pierwszym miejscu są portrety dzieci, potem kobiet, a na końcu mężczyzn. Obowiązuje też gradacja tematów, jeśli chodzi o profesje – najpierw oficerowie, potem prawnicy, nauczyciele, aktorzy, malarze, malarze powozów, malarze domów, wreszcie cyrulicy i położne. Znaczenie ma także wielkość obrazu. Wielcy mistrzowie malowali na ogół małe dzieła – przykładem może być obraz Rembrandta, który ma rozmiary 110 x 70 mm.



Wystawa szopek bożonarodzeniowych wykonanych przez młodzież szkół podstawowych i gimnazjalnych Śremu i gminy

Wiemy, że obrazy starych mistrzów są bardzo drogie, ale one zawsze takie były. Profesor przytoczył przykład Rubensa, który w przeliczeniu na dzisiejsze pieniądze zarabiał dziennie około 10 tys. dolarów. Oplacało się tylko troszeczkę, tylko niewiele pójść na kompromis, żeby wieść dostatnie życie dyplomaty, bywalca salonów. Nie dbał o to na przykład Jacob van Ruisdael. Mimo talentu i dobrego zawodu (ukończył studia medyczne) zmarł w nędzy i opuszczeniu w harlemskim szpitalu. Dziś pamięta się go nie z powodu medycyny, lecz jako twórcę przepięknych, trochę odrealnionych krajobrazów.

Przytaczam niektóre tylko ciekawostki z wykładu profesora, ale przecież był on cały fascynującą wycieczką w nieznaną szerszemu ogółowi świat sztuki identyfikowania obrazów starych mistrzów, przypadków ich odzyskiwania. Wielkie brawa za temat i prostotę wykładu.

Profesor Tadeusz Maliński razem z prof. Jerzym Woy-Wojciechowskim i dr Barbarą Siwińską wręczyli dyplomy Prezydium Zarządu Głównego przyznane 17 członkom śremskiego oddziału PTL. Przekazano też informację, że prof. Leszek Romanowski 27 października 2006 r. w Pałacu na Wyspie w Łazienkach Królewskich w Warszawie został uhonorowany odznaką „Zasłużonemu – Polskie Towarzystwo Lekarskie”.

Podniesieni na duchu przez kontakt z wielką sztuką wszyscy uczestnicy wigilijnego spotkania wysłuchali koncertu Katarzyny Hołysz, solistki Teatru Wielkiego w Poznaniu. W jej wykonaniu usłyszeliśmy kolędy polskie – „Wśród nocnej ciszy” i „Gdy śliczna Panna”, arię Cherubina „Voi, che sapete” z opery „Wesele Figara” Mozarta, „Somebody loves me” i „I got rhythm” Gershwina oraz Habanerę z opery „Carmen” Bizeta. Na fortepianie artystce towarzyszyła Olga Lemko.

Potem przyszedł czas na wigilijne kolędowanie – piękne i wyjątkowe. Bo nie dość, że grał sam Jerzy Woy-Wojciechowski, to przecież jeszcze pani Alicja zebrała i recytowała piękne teksty bożonarodzeniowe zbliżające nas do poznania tajemnicy betlejemskiego cudu – jaki ciężar trosk, ludzkich słabości i nadziei jest składany u progu prostej, ubogiej stajenki.

Ciekawe, że podczas aukcji szopek betlejemskich na rzecz dzieci z Zespołu Szkół im. Marii Grzegorzewskiej w Śremie – wykonanych przez uczniów śremskich szkół, Polski Związek Rencistów i Inwalidów w Śremie i w Dolsku, Towarzystwo Śremskich Amazonek, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Polski Związek Niewidomych, Fundację na Rzecz Rewaloryzacji Miasta Śremu, Stowarzyszenie Reumatyków, Związek Inwalidów Narządu Ruchu, Towarzystwo Pomocy Potrzebującym im. Św. Brata Alberta „Nadzieja” – największy bój trwał o tę na pierwszy rzut oka najbardziej lichą, jakby wiatrem podszytą. Zwyciężył w tej licytacji prof. Tadeusz Maliński. Ale przecież ostatecznie wygrały dzieci i ci, którzy szopki wykonali oraz ci, którym dochód z licytacji w postaci kilku tysięcy złotych pomoże przynieść radość. Radość, która przecież jest też udziałem organizatorów – Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, Pionu Edukacji i Usług Społecznych Urzędu Miejskiego w Śremie, a także ofiarodawców. Bo jak powiedziała Alicja Woy-Wojciechowska – zawsze będziemy dążyli do naszego własnego Betlejem, zwłaszcza w tę wyjątkową noc...

BARBARA NOWICKA

Białobrzegi – XIV Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy

Relacja z XIV Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy

Na przełomie listopada i grudnia w Białobrzegach nad Zalewem Zegrzyńskim odbyła się XIV Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy zorganizowana przez Komisję Młodych Lekarzy przy NRL i OIL w Warszawie. Spotkali się na niej przedstawiciele prawie wszystkich Okręgowych Izb Lekarskich. WIL reprezentowali Marcin Żytkiewicz, Andrzej Gawrecki i Marcin Karolewski. W pierwszym dniu obrad dyskutowaliśmy we własnym gronie o najpilniejszych sprawach młodych lekarzy – LEP-ie i LDEP-ie, braku podwyżek dla lekarzy rezydentów i stażystów, problemach związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym, państwowym egzaminie specjalizacyjnym oraz o sprawie z ostatniej chwili – porażająco małej liczbie rezydentur. Wysłuchaliśmy także krótkich „wieści i dokonań z regionów”. Następnie tematy te poruszaliśmy w szerszym gronie, ponieważ dołączyli do nas goście z Centrum Egzaminów Medycznych, Naczelnej Rady Lekarskiej, Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i Ministerstwa Zdrowia.

W sprawie podwyżek dla rezydentów i stażystów, których ta grupa lekarzy nie otrzymała, a jak się wydaje, powinna była otrzymać z mocy ustawy z 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, wysłuchaliśmy sprawozdania z działań podjętych przez poszczególne Okręgowe Izby Lekarskie. Wielkopolska Izba wysłała do Rzecznika Praw Obywatelskich pismo z prośbą o interwencję w sprawie interpretacji Ministerstwa Zdrowia tejże ustawy, na podstawie której to interpretacji świadczeniodawcy nie wypłacili podwyżek rezydentom i stażystom. Za przykładem naszej Izby podobne pisma do RPO skierowały OIL w Gdańsku i w Warszawie.

OIL w Toruniu zamówiła ekspertyzę prawną tejże ustawy w kancelarii prawnej i uzyskała odpowiedź potwierdzającą słuszność roszczeń rezydentów i stażystów. OIL w Toruniu wystosowała następnie pismo do dyrektorów ZOZ-ów, załączając uzyskaną interpretację z prośbą o przyznanie podwyżek lekarzom rezydentom i stażystom. Wysłuchali-

śmy także przykładów z wielu miejsc, w których po podwyżkach wynegocjowanych wiosną 2006 r., a następnie tych przyznanych z mocy ustawy od października 2006 r. lekarze rezydenci i stażyści stali się nie tylko najniższą uposażoną grupą lekarzy, ale także najniższą uposażoną grupą zawodową w wielu placówkach ochrony zdrowia.

Dowiedzieliśmy się również, że w niektórych placówkach wypłacono najwyższe dozwolone przez ustawę podwyżki wszystkim prócz rezydentów i stażystów, a pozostałe fundusze zwrócono do NFZ, zamiast dać podwyżki rezydentom i stażystom. W tej sytuacji oraz w sytuacji wystąpienia NRL ze stanowiskiem, w którym twierdzi, iż nie widzi powodów, by rezydentom i stażystom jako świadczącym usługi dla NFZ nie przyznano podwyżki z mocy ustawy, zredagowaliśmy apel do Okręgowych Izb Lekarskich, by, za przykładem OIL w Toruniu, wystosowały pisma do dyrektorów ZOZ-ów z prośbą o przyznanie podwyżek wymienionym grupom zawodowym, załączając opinię prawną uzyskaną przez OIL w Toruniu oraz stanowisko NRL.

Z kolei w sprawie małej liczby rezydentur zwróciliśmy się bezpośrednio do przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia z prośbą o przyznanie większej ich liczby oraz o wcześniejsze planowanie i podawanie do publicznej wiadomości liczby przyznanych rezydentur. Wydaje się także, że słuszne byłoby przesunięcie większej liczby rezydentur na sesje jesienne (w ostatniej wiosennej sesji nie wykorzystano około 120 miejsc rezydenckich, głównie z uwagi na małą liczbę osób zdających). Także podawanie choćby minimalnej planowanej liczby rezydentur z pewnym wyprzedzeniem pozwoli realnie ocenić zdającym ich szanse na rozpoczęcie danej specjalizacji w najbliższej przyszłości oraz racjonalnie zaplanować swoją karierę zawodową. Spotkało się to jednak z niewielkim zrozumieniem ze strony niektórych gości. W obronie lekarzy zdających na specjalizację obiecał stanąć prezes Konstanty Radziwiłł na najbliższym spotkaniu Sejmowej Komisji Zdrowia.

Później rozmawialiśmy o LEP-ie i LDEP-ie. Koledzy stażyści oraz będący „świeżo” po tych egzaminach postulowali aktualizację listy zalecanych podręczników. Zbyt duża liczba pozycji książkowych, np. z ginekologii 13 pozycji, ratownictwa i intensywnej terapii 11 pozycji, uniemożliwia nawet pobieżne ich przeczytanie w trakcie stażu. Zwróciliśmy się więc do konsultantów krajowych o podjęcie działań w tej kwestii.

Z dużą życzliwością ze strony wszystkich obecnych gości spotkał się postulat o konieczności wprowadzenia trybu odwoławczego do LEP-u i LDEP-u, co wiązałyby się



Białobrzegi – XIV Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy

z opublikowaniem po egzaminach pytań wraz z odpowiedziami. Także postulat, by LEP i LDEP można było zdać nie po zakończeniu stażu, a już w jego trakcie, został z aprobatą przyjęty przez przedstawiciela MZ, szczególnie w sytuacji, gdy nie jesteśmy jedynym środowiskiem wychodzącym z taką inicjatywą. Zdawanie egzaminów w trakcie stażu umożliwiłoby poprawienie go w razie niepowodzenia jeszcze przed ukończeniem stażu, co skutkowałooby otrzymaniem pełnego prawa wykonywania zawodu w momencie ukończenia stażu.

Postępowanie kwalifikacyjne, pomimo dotychczas wprowadzonych zmian, także nie jest pozbawione wad. Postulowaliśmy znaczne jego skrócenie. W chwili obecnej najkrótsza przerwa pomiędzy końcem stażu a pierwszym terminem rozpoczęcia specjalizacji to cztery miesiące, w trakcie których młodszy koledzy często zmuszeni są korzystać z zasiłków z Powiatowych Urzędów Pracy. Już przesunięcie LEP-u i LDEP-u na okres stażu znacznie skróci ten okres. Z kolei zniesienie rozmowy kwalifikacyjnej znacznie uprościłoby postępowanie kwalifikacyjne. Wyniki uzyskane z LEP-u i LDEP-u powinny być jedynym kryterium decydującym o przyznaniu miejsca specjalizacyjnego.

Kolejna „duża przerwa” czeka na lekarza po ukończeniu specjalizacji. Na egzamin czeka się bardzo często nawet dziewięć miesięcy z powodu nieskoordynowania terminów składania dokumentów i końca specjalizacji. Ten bardzo długi okres często znacznie utrudnia lekarzom kończącym rezydenturę poszukiwanie pracy. W zamyśle lekarz po rezydenturze powinien być specjalistą i jego szanse na rynku pracy powinny rosnać, a nie maleć – bo będzie przez dziewięć miesięcy uczył się do państwowego egzaminu specjalizacyjnego.

PES również wzbudził gorącą dyskusję. W zasadzie wszyscy – i my, i goście – zauważali duże niedociągnię-

cia w jego organizacji, co potwierdzają wyniki uzyskane przez zdających w ostatniej sesji egzaminacyjnej (w wielu dziedzinach nie zdało dużo ponad 50% podchodzących). Po pierwsze bezspornym faktem jest zbyt mała ilość czasu przeznaczona na egzamin przy bardzo obszernych pytaniach. Bardzo szybko dyskusja przeniosła się z tematu „czy przedłużyć ten czas” na „o ile go przedłużyć”. Padały różne propozycje, ale jeśli w następnej sesji czas zostanie przedłużony o 30 min, to będzie to krok w dobrą stronę. Padały również propozycje, aby czas dostosować do liczby znaków użytych w pytaniach, za czym przemawiają coraz grubsze książeczki egzaminacyjne.

Zastanawialiśmy się również, jak oceniać PES. Na zarzuty, że staje się coraz trudniejszy, usłyszeliśmy odpowiedź, że może to być wina zdających. W tej sytuacji prezes Konstanty Radziwiłł obiecał propagować pomysł wprowadzenia jakiejś procedury zrównującej i oceniającej poziom PES w poszczególnych sesjach. Padały propozycje, by obok zdających wprowadzić grupę osób, które zdawałyby równolegle – być może specjalistów z danej dziedziny, być może osób, które zdawały w ostatniej sesji. Wynik uzyskany przez te osoby w porównaniu z osobami zdającymi byłby pewną formą oceny i argumentem do podjęcia dalszych działań.

Omawiane przez nas tematy zostały zebrane w podsumowującym stanowisku „STOP EMIGRACJI LEKARZY”, ponieważ w dużej części brak uporządkowania omawianych powyżej spraw to są krople, które w połączeniu z niskim uposażeniem, koniecznością pracy ponad możliwości, małą ilością czasu na kształcenie oraz czasu dla rodziny, przelewają kielich goryczy i powodują emigrację lekarzy...

MARCIN KAROLEWSKI

Program dla młodych lekarzy – „Stop emigracji lekarzy”

Przedstawiciele Komisji Młodych Lekarzy przy Okręgowych Izbach Lekarskich, przy Naczelnej Radzie Lekarskiej, Klubów Młodych Lekarzy przy Okręgowych Izbach Lekarskich oraz reprezentanci środowiska młodych lekarzy zebrani na XIV Konferencji Młodych Lekarzy proponują przyjęcie pakietu rozwiązań mających w znacznym stopniu poprawić funkcjonowanie lekarzy będących na początku kariery zawodowej i dzięki temu zdecydowanie zmniejszyć stopień emigracji lekarzy za granicę.

Pakiet ten to przede wszystkim rozwiązania organizacyjne niewymagające zmian w budżecie Ministerstwa Zdrowia, a poprawiające błędy i paradoksy wynikające z niektórych rozwiązań prawnych i systemowych; ponadto zauważa on konieczność poprawy uposażenia lekarzy.

1. Zmiany w Lekarskim i Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Państwowym:

- Umożliwienie zdawania Lekarskiego Egzaminu Państwowego w trakcie stażu, co pozwoli uniknąć koniecz-

ności rejestrowania się w Powiatowym Urzędzie Pracy i pobierania zasiłku dla bezrobotnych.

- Tryb odwoławczy – umożliwienie w ciągu siedmiu dni zgłoszenia zastrzeżeń do pytania oraz rozpatrywanie odwołań przez niezależną komisję.
- Wgląd do własnej karty odpowiedzi.
- Opublikowania w Internecie po każdym Lekarskim Egzaminie Państwowym wszystkich pytań wraz z odpowiedziami.
- Aktualizacja obowiązującego piśmiennictwa, polegająca na zmniejszeniu liczby pozycji, szczególnie z ginekologii (13 pozycji) oraz ratownictwa i intensywnej (11 pozycji).

2. Zwiększenie liczby rezydentur.

3. Przedstawianie z CO NAJMNIEJ ROCZNYM WYPREDZENIEM liczby wszystkich miejsc specjalizacyjnych (w tym rezydentur) we wszystkich dziedzinach.

Białobrzegi – XIV Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy

Uważamy za niedopuszczalne ogłaszanie listy przyznaných miejsc rezydenckich na kilka dni przed postępowaniem kwalifikacyjnym na poszczególne specjalizacje. Stan obecny powoduje konieczność podjęcia decyzji dotyczącej dalszej przyszłości oraz dalszej kariery zawodowej w ciągu zaledwie kilku dni. Znajomość planów Ministerstwa Zdrowia, dotyczących podziału liczby przyznaných specjalizacji, z wyprzedzeniem dwóch sesji pozwoli realnie ocenić swoje szanse na otwarcie danej specjalizacji w najbliższej przyszłości i racjonalnie zaplanować karierę.

4. Zmiany w postępowaniu kwalifikacyjnym na specjalizację:

- Zrezygnowania z ustnej części egzaminu. Jedynym kryterium decydującym o przyznaniu miejsca specjalizacyjnego powinien być wynik uzyskany z LEP-u.
- Zrezygnowanie z konieczności wcześniejszego podawania planowanej specjalizacji. Wybór specjalizacji, trybu specjalizacji i miejsca specjalizacji powinien być dokonywany przez lekarzy centralnie w kolejności w zależności od liczby zdobytych punktów na LEP-ie.
- Zniesienie przerwy czasowej pomiędzy końcem stażu a terminem rozpoczęcia specjalizacji lub przedłużenie, na wniosek lekarza stażysty, stażu podyplomowego o płatny urlop szkoleniowy do czasu pierwszego terminu rozpoczęcia specjalizacji. Okresy pomiędzy stażem podyplomowym a rozpoczęciem specjalizacji trwające po kilka miesięcy znacznie zmniejszają szanse młodych lekarzy na rynku pracy. Uniemożliwia to podejmowanie długofalowych kroków, m.in. ubieganie się o kredyt mieszkaniowy, które zdecydowanie sprzyjałyby pozostawaniu lekarzy w kraju.

5. Zakończenie szkolenia specjalizacyjnego egzaminem.

Okres pomiędzy końcem specjalizacji a egzaminem specjalizacyjnym nie powinien być dłuższy niż trzy miesiące. Przed egzaminem specjalizacyjnym powinien przysługiwać lekarzowi trzymiesięczny urlop szkoleniowy. W przypadku rezydentury byłaby ona przedłużona o ten okres płatnego urlopu szkoleniowego.

Przedłużenie rezydentury o trzymiesięczny płatny urlop szkoleniowy nie narazi państwa na duże wydatki, ponieważ lekarze po rezydenturze a przed egzaminem specjalizacyjnym praktycznie nie są w stanie podjąć pracy i muszą korzystać z pomocy Powiatowych Urzędów Pracy.

6. Wprowadzenie zmian w Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym.

Konieczne jest wydłużenie czasu trwania części testowych tychże egzaminów z różnych specjal-

ności do co najmniej 150 min oraz zwrócenie uwagi na ich zawartość merytoryczną. Obecnie PES trwa 120 min, a powszechną praktyką jest przedłużanie czasu trwania tego egzaminu już w jego trakcie, co i tak nie wystarcza większości zdających na zapoznanie się z treścią wszystkich pytań z powodu ich długości. Bardzo często dochodzi także do sytuacji, w której PES-u nie zdaje połowa lub więcej egzaminowanych. W naszej opinii jest to rezultat zbyt krótkiego czasu trwania egzaminu lub zbyt dużego stopnia jego trudności.

7. Powołanie Komitetu Doradczego ds. Młodych Lekarzy przy Ministerstwie Zdrowia.

Komitet miałby docelowo składać się z przedstawicieli środowiska młodych lekarzy, wybranych przez Ministerstwo Zdrowia spośród kandydatów przedstawionych przez Komisję ds. Młodych Lekarzy Naczelnej Rady Lekarskiej. Cele Komitetu to opiniowanie obecnych i przyszłych aktów prawnych oraz przygotowywanie rozwiązań prawnych dotyczących środowiska młodych lekarzy, przedstawianie i przygotowywanie rozwiązań problemów młodych lekarzy.

8. Zewnętrzny audyt realizacji programu specjalizacji.

9. Przyznanie ulgi podatkowej dla lekarza przeznaczonej na doksztalcenie.

Lekarze na początku swojej kariery muszą przeznaczyć znaczne sumy pieniędzy na spełnienie ustawowego obowiązku doksztalcenia. Pomimo stosunkowo łatwej dostępności wielu kursów i podręczników ceny tych źródeł wiedzy w stosunku do zarobków młodych lekarzy praktycznie wykluczają ich wykorzystanie.

10. Zwiększenie minimalnego uposażenia lekarza rezydenta do co najmniej 200% średniej krajowej brutto.

Jest to minimalne godne uposażenie przy obowiązkach i odpowiedzialności spoczywającej na lekarzach.



Komisja Kultury WIL

Zaproszenie do Filharmonii

Komisja Kultury WIL informuje o programie Filharmonii Poznańskiej (www.filharmonia.poznan.pl).

2 lutego (piątek) 2007 (godz. 19)

Aula Uniwersytecka

PÓŹNI ROMANTYCY

Marek Pijarowski – dyrygent, Joanna Marcinkowska – fortepian, Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

9 lutego (piątek) 2007 (godz. 18)

Aula Uniwersytecka

TANGO FOREVER

Bohdan Jarołowicz – dyrygent, Tomasz Tomaszewski – skrzypce, Wiesław Prządka – bandoneon, Wojciech Majewski – fortepian, Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

10 lutego (sobota) 2007 (godz. 11)

Aula Uniwersytecka

PRO SINFONIKA – STOPIEŃ TĘCZOWY

Bohdan Jarołowicz – dyrygent, Tomasz Tomaszewski – skrzypce, Wiesław Prządka – bandoneon, Wojciech Majewski – fortepian, Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

10 lutego (sobota) 2007 (godz. 15)

Aula Uniwersytecka

PRO SINFONIKA – STOPIEŃ BŁĘKITNY

Bohdan Jarołowicz – dyrygent, Tomasz Tomaszewski – skrzypce, Wiesław Prządka – bandoneon, Filip Wojciechowski – fortepian, Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

16 lutego (piątek) 2007 (godz. 19)

Aula Uniwersytecka

DWIE ORKIESTRY

Agnieszka Duczmal – dyrygent, Iwona Sobotka – sopran, Dorota Frąckowiak-Kapała – fortepian, Wiktor Szymański – kotły, Orkiestra Kameralna Polskiego Radia „Amadeus”, Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

18 lutego (niedziela) 2007 (godz. 12)

Aula Uniwersytecka

KONCERT RODZINNY ŻEGNAJ KARNAWALE

Stefan Stuligrosz – dyrygent, Agnieszka Linette i Sonia Korpik – prowadzenie koncertu, Chór Chłopców i Męski Filharmonii Poznańskiej „Poznańskie Słowiki”, Capella Zamku Rydzyskiego

18 lutego (niedziela) 2007 (godz. 18)

Aula Nova Akademii Muzycznej w Poznaniu

KLASYCY NA JAZZOWO

Classic Jazz Quartet: Lidia Sieczkowska – flet, Piotr Kałużny – fortepian, Zbigniew Wrombel – kontrabas, Krzysztof Przybyłowicz – perkusja, gość specjalny: Jarosław Śmietana – gitara

24 lutego (sobota) 2007 (godz. 18)

Aula Uniwersytecka

375. KONCERT POZNAŃSKI

Camerata Silesia, Anna Szostak – dyrygent, Krzysztof Szaniecki – prowadzenie koncertu

2 marca (piątek) 2007 (godz. 19)

Aula Uniwersytecka

GWIAZDY ŚWIATOWYCH SCEN OPEROWYCH

Michael Sanderling – dyrygent, Aleksandra Kurzak – sopran, Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

9 marca (piątek) 2007 (godz. 19)

Aula Uniwersytecka

MUZYKA SŁOWIAŃSKA

Marek Pijarowski – dyrygent, Rafał Kwiatkowski – wiolonczela, Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

16 marca (piątek) 2007 (godz. 19)

Aula Uniwersytecka

KILAR W POZNANIU

Stefan Stuligrosz – dyrygent, Izabela Kłosińska – sopran, Katarzyna Suska – alt, Tomasz Krzysica – tenor, Piotr Nowacki – bas, Orkiestra Filharmonii Poznańskiej, Chór Chłopców i Męski Filharmonii Poznańskiej „Poznańskie Słowiki”

17 marca (sobota) 2007 (godz. 11)

Aula Uniwersytecka

PRO SINFONIKA – STOPIEŃ TĘCZOWY**Po raz pierwszy w Poznaniu**

Stefan Stuligrosz – dyrygent, Izabela Kłosińska – sopran, Tomasz Krzysica – tenor, Piotr Nowacki – bas, Orkiestra Filharmonii Poznańskiej, Chór Chłopców i Męski Filharmonii Poznańskiej „Poznańskie Słowiki”

17 marca (sobota) 2007 (godz. 15)

Aula Uniwersytecka

PRO SINFONIKA – STOPIEŃ BŁĘKITNY**Po raz pierwszy w Poznaniu**

Stefan Stuligrosz – dyrygent, Izabela Kłosińska – sopran, Tomasz Krzysica – tenor, Piotr Nowacki – bas, Orkiestra Filharmonii Poznańskiej, Chór Chłopców i Męski Filharmonii Poznańskiej „Poznańskie Słowiki”

24 marca (sobota) 2007 (godz. 18)

Aula Uniwersytecka

376. KONCERT POZNAŃSKI LAUDAMUS TE

Tomasz Tomaszewski – dyrygent, skrzypce, Jadwiga Rappe – alt, Jarosław Malanowicz – organy, Orkiestra Filharmonii Poznańskiej

30 marca (piątek) 2007 (godz. 19)

Aula Uniwersytecka

MIĘDZY WARSZAWĄ A WIEDNIEM

Jerzy Maksymiuk – dyrygent, Marta Boberska – sopran, Anna Lubańska – mezzosopran, Wojciech Maciejowski – tenor, Wojciech Drabowicz – baryton, Orkiestra Filharmonii Poznańskiej, Chór Polskiego Radia w Krakowie

KOMUNIKAT

W niedzielę 11 lutego 2007 r. o godz. 10.00 w bazylice archikatedralnej w Poznaniu odprawiona zostanie uroczysta Msza Święta z okazji 15. Jubileuszowego Światowego Dnia Chorego.

Oprawę muzyczną przygotowują Chór Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Kameralny Zespół Muzyczny Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.



List Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Bolesława Piechy, do Przewodniczącego ORL WIL

Problemy poruszane na XXIV Nadzwyczajnym Okręgowym Zjeździe Lekarzy WIL zostały przez Prezesa ORL WIL Stefana Sobczyńskiego opisane w liście i przesłane Ministrowi Zdrowia. Opublikowaliśmy go w Biuletynie nr 12 (144) w grudniu 2006 r. Oto odpowiedź z Ministerstwa Zdrowia.

Szanowny Panie Przewodniczący,

W nawiązaniu do pisma z dnia 8 listopada br., znak: L. dz. WIL/Sk.21-367/8479/2006, przekazującego postulaty zgłaszane w trakcie dyskusji przeprowadzonej w ramach XXIV Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 maja 2006 r. powołany został Międzyresortowy Zespół do Spraw Opracowania Zasad Zatrudniania i Wynagradzania w Ochronie Zdrowia. Zgodnie z decyzją Pana Premiera, Zespół będzie kontynuował prace do końca stycznia 2007 r. Do zadań tego gremium należy opracowanie, przy aktywnym udziale przedstawicieli ministerstw, organizacji pracowników, pracodawców oraz samorządów zawodów medycznych, propozycji założeń rozwiązań legislacyjnych dotyczących zasad zatrudniania i wynagradzania w ochronie zdrowia. Przedmiotem prac analitycznych Zespołu są również postulaty dotyczące wprowadzenia płatnych urlopów przed egzaminami specjalizacyjnymi oraz przeznaczonych na realizację obowiązku kształcenia ustawicznego. Informuję, że w pracach Międzyresortowego Zespołu bierze udział również przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej.

Odnosząc się do kwestii dostępu lekarzy do specjalizacji, informuję, że nabór i odbywanie specjalizacji reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Zgodnie z tym rozporządzeniem, na podstawie wolnych miejsc szkoleniowych, Minister Zdrowia na każde postępowanie kwalifikacyjne określa liczbę miejsc szkoleniowych, w tym rezydentur – dla lekarzy, którzy będą mogli ubiegać się o rozpoczęcie specjalizacji w poszczególnych dziedzinach medycyny. Należy zaznaczyć, że uruchamianie nowych miejsc specjalizacyjnych jest ściśle uzależnione od posiadanych wolnych miejsc akredytacyjnych w danej spe-

cialności. Brak wolnych miejsc akredytacyjnych wyklucza możliwość otwarcia nowych specjalizacji. Polityka uruchamiania poszczególnych miejsc specjalizacyjnych i ich limitowania jest oparta na analizie potrzeb kadrowych województwa i planach wieloletnich, które stanowią podstawę podjęcia decyzji przez konsultantów wojewódzkich. Wojewódzkie Centra Zdrowia Publicznego informują konsultantów wojewódzkich o możliwościach uruchamiania miejsc specjalizacyjnych przed każdą sesją, a podejmowane przez nich decyzje są oparte o analizę potrzeb w zakresie liczby specjalistów w danej dziedzinie medycyny.

Natomiast w odniesieniu do kwestii zakresu przedmiotowego Ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń pragnę zaznaczyć, że ustawa nie uzależnia przekazania środków finansowych na podwyższenie uposażeń od formy prawnej świadczeniodawcy (w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Zgodnie z tą regulacją, podstawę przekazania wskazanych w tytule ustawy dodatkowych środków stanowi umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Informuję również, że lekarze rezydenci oraz lekarze stażyści nie zostali objęci zakresem przedmiotowym „ustawy podwyżkowej”, ponieważ środki na wynagrodzenia dla tych grup pracowników nie pochodzą z Narodowego Funduszu Zdrowia, który jest podmiotem finansującym podwyżki przyznawane na mocy omawianej regulacji. Środki na wynagrodzenia dla lekarzy rezydentów oraz lekarzy stażystów są określane w budżecie państwa, natomiast zasady ich wynagradzania zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów oraz w Rozporządzeniu z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa.

Ponadto informuję, że kwestia możliwości wprowadzenia w odniesieniu do lekarzy zakazu pracy poza podstawowym miejscem zatrudnienia nie była do tej pory przedmiotem prac kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.

SEKRETARZ STANU W MINISTERSTWIE ZDROWIA
BOLESŁAW PIECHA

Lekarskie interwencje



ANDRZEJ
CISŁO

Ostatni Zjazd naszej Izby w listopadzie 2006 r. podjął wiele uchwał i apeli, a z części z nich wylania się dość wyraźnie żądanie zmian kluczowych – naszym zdaniem – przepisów, które w bardzo dużym stopniu rzutują na warunki, w jakich przychodzi wielu z nas stawać do konkursu o kontrakt z Funduszem. Staraliśmy się wyłuskać z gąszczu przepisów te, które w znaczący sposób ograniczają nasze prawa, stając się po-

mału przysłowiowym „paragrafem 22”. Takim klasycznym przykładem jest znajdujący się w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie kryteriów oceny ofert zapis definiujący ciągłość i kompleksowość leczenia. Jak wiemy, konieczność oceny ofert pod względem tych kryteriów narzuca art. 148 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na tym kończy się wzmianka o tych kryteriach w przepisach prawa (ustawy i rozporządzenia). Definicję ciągłości i kompleksowości odnajdujemy właśnie w zarządzeniu prezesa NFZ, czyli przepisie – jak na wagę sprawy – niezbyt wysokiej rangi. A sprawa ma rze-

czywiście kapitalne znaczenie. Zdefiniowana przez kolejnych prezesów Funduszu kompleksowość i ciągłość leczenia oznacza gotowość placówki do udzielenia świadczeń w innym zakresie, a nawet w innym rodzaju świadczeń. Oczywiście idą za tym kryterium relatywnie dość znaczące punkty w ocenie oferty.

Dzięki temu duża placówka, która ma w swej ofercie świadczenia z kilku rodzajów (np. POZ, AOS, stomatologia) lub placówka mająca w ofercie kilka różnych specjalności w obrębie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest automatycznie wyżej oceniana w konkursie na każdy z tych zakresów. Daje to – zdaniem naszej Izby – nieuzasadnioną przewagę nad indywidualnymi bądź grupowymi praktykami lekarskimi udzielającymi świadczeń tylko w jednym zakresie i może prowadzić do nierównego traktowania oferentów.

W podjętym w tej sprawie apelu Zjazdu do Prezesa NFZ dowodzimy, że preferencja taka nie ma nic wspólnego z interesem pacjenta, bowiem pacjent skierowany do specjalisty i tak musi na to świadczenie oczekiwać w kolejce, której nie można ominąć tylko z tego względu, że drugi specjalista przyjmuje „po sąsiedzku”. O to kryterium „potknął się” już niejedyn lekarz w konfrontacji z większą, choć obiektywnie niekoniecznie lepszą placówką.

W lutym rozpoczynamy w Prezydium ORL dość intensywne działania przypominające prezesowi Sośnierzowi i ministrowi Relidze o naszych apelach. Nasz głos – jeśli ma być poważny i skuteczny – nie może ograniczać się do podjęcia uchwały czy apelu, ale musi konsekwentnie dopominać się o merytoryczną dyskusję nad tym zagadnieniem.

Innym zjazdowym postulatem jest wniosek do Ministra Zdrowia o dodanie do jednego z rozporządzeń regulujących konkurs ofert zapisu obligującego komisje konkursowe do publikacji rankingów ofert najpóźniej w momencie ogłaszania rozstrzygnięcia.

Apele, o których dziś przypominam, zaproponowane zostały przez środowisko stomatologów, ale jak widać, materia, jakiej dotyczą, dotyczy ogółu placówek współpracujących z Funduszem. Oczywiście zawierają one ponadto wnioski dotyczące zmian w materiałach szczegółowych dla stomatologii.

Jednak strajk?

Zeszłoroczne podwyżki wynikające z tzw. ustawy podwyżkowej przyniosły zdecydowanej większości kolegów rozczarowanie. Miało być 30%, a w efekcie średnio wypadło 300–400 zł na osobę. Jeżeli to ma być odpowiedź władz na żenująco niskie płace lekarzy, to nie ma co się dziwić, że w ocenie zarówno Izby, jak i OZZL-u sytuacja materialna lekarzy niewiele się zmieniła. Nie poprawiła się też pozycja materialna lekarzy w hierarchii społecznej. Poza tym wielu kolegów znalazło się w ogóle poza podwyżkami. Tymczasem z ust Ministra Zdrowia słyszymy, że temat podwyżek w tym roku dla niego nie istnieje, bo po pierwsze podwyżki już były, a po drugie na dalsze nie ma pieniędzy.

Większość lekarzy patrzy na swoje wynagrodzenia, porównuje je z zapewnieniami resortu, że dostali średnio 1000 zł i szlag ich trafia. Nie ma więc co się dziwić, że rosną nastroje rewolucyjne i w wielu szpitalach wznawia się spory zbiorowe.

Można wierzyć lub nie, ale ciekawych i wymagających interwencji zapisów lub działań jest coraz więcej. Dokładne streszczenie wszystkich interwencji, które warto podjąć, mogłoby przybrać formę pokaźnych rozmiarów periodyku. Trzeba jednak uważać, aby dokładnie określić gradację ważności spraw przedkładanych instytucjom publicznym, które, jak wynika z obserwacji życia politycznego, w dalszym ciągu dość mocno zajęte są same sobą.

Innym ciekawym zagadnieniem jest pomysł Funduszu odstąpienia w połowie tego roku od nieodpłatnego udostępniania placówkom medycznym programów do obsługi rozliczeń (w Wielkopolsce – KSSWD). Pytamy Fundusz o racjonalność tego ruchu w świetle planowanego uruchomienia RUM-u. Jeśli pomysł jednak rzeczywiście się zmaterializuje, Izba przyjmie na siebie rolę negocjatora pomiędzy lekarzami a firmami informatycznymi, które gotowe byłyby dostarczyć placówkom medycznym takie aplikacje oraz – co ważne – zapewnić im serwis.

Losy naszych interwencji możecie Państwo śledzić na bieżąco na stronie internetowej WIL. Na stronie głównej w rubryce „Tematy” znajdują się łącza do artykułów relacjonujących nasze działania i korespondencję prowadzoną w tych sprawach.

Zawsze, kiedy spoglądam na „dorobek pisarski” Izby – nasze apele, pisma, wnioski itd. – przypomina mi się, jak w swym „Abecadle” Kisiel opisywał swoje kontakty z pewnym wysoko postawionym oficerem wydziału paszportowego. Spotkali się kiedyś na mieście i ów oficer napomknął: „Czytałem pańskie ostatnie podanie o paszport. Ma ładną formę literacką, ale skutku nie odniesie...”

Czy poza ładną formą literacką możemy gwarantować naszym interwencjom sukces? Pewnie nie, ale spójrzmy chociaż na sprawę podwyżek dla właścicieli NZOZ-ów. Zmasowana interwencja wielu środowisk spowodowała złożenie przez posłów w ostatnich dniach stosownego projektu zmiany ustawy. W tym momencie dyskusja „pisać – nie pisać” staje się bezprzedmiotowa.

WICEPRZEWODNICZĄCY ORL WIL
ANDRZEJ CIŚLO

Akcja protestacyjna lekarzy w 2006 r. nie dotyczyła tylko podwyżki płac – przypomina Przewodnicząca Zarządu Regionu Wielkopolska, kol. Halina Bobrowska. Chodziło także między innymi o wzrost nakładów na ochronę zdrowia, o to, żeby faktycznie pieniądze z NFZ szły za pacjentem, żeby powstrzymać odpływ lekarzy za granicę, o czas pracy. Ustawa podwyżkowa miała być etapem czy pierwszym krokiem w realizacji tych postulatów. Stała się jedynie gestem władzy wobec protestujących. Gdzie zmiany systemowe gwarantujące lekarzom stałe podwyżki? Przypominajmy: docelowo ma to być



Halina Bobrowska

dwukrotna średnia krajowa dla lekarzy, dwuipółkrotna dla posiadaczy I stopnia i trzykrotna dla specjalistów.

Nic w związku z tym się nie dzieje. Mimo wielokrotnych apeli do ministra i premiera o podjęcie prac w tym zakresie. Szczególnie ostro, zarówno w prasie, jak i w innych mediach, na ten temat wypowiadał się przewodniczący OZZL-u, Krzysztof Bukiel. I o podwyżkach, i o 14-dniowym urlopie przysługującym na szkolenie.

Wzrasta solidarność wszystkich lekarzy wokół sprawy podwyżek – zauważa Halina Bobrowska. Na Zjeździe Krajowym OZZL w Łańsku, 15 listopada 2006 r., gośćmi było wielu przedstawicieli samorządu, inni przysłali listy z życzeniami owocnych obrad. Na Zjeździe przygotowano postulaty i harmonogram działań dla wymuszenia ich realizacji. Szpi-

tale do wspólnych postulatów placowych dołączają własne, wynikające ze specyfiki zakładu.

W Poznaniu i w całej Wielkopolsce wiele szpitali już weszło w spory zbiorowe. Inne się szykują.

Kol. Bobrowska jest przekonana, że im będzie ich więcej, tym lepiej. Chodzi o to, żeby akcja była powszechna, żebyśmy byli razem bez względu na przynależność do związku lub nie. Ma też nadzieję, że wznowienie sporów będzie demonstracją determinacji kolegów i przekona administrację, że czas uników, odwlekania decyzji i kluczenia minął. Że teraz jest już czas tylko na konkretne działania. Wtedy strajki nie będą konieczne.

ANDRZEJ BASZKOWSKI

Podsumowanie podwyżek w 2006 r.



PIOTR
ŚLIWIŃSKI

Historia spletała figła i w 62. rocznicę Manifestu PKWN Sejm III RP przyjął Ustawę o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń.

Ustawa mogła być wielkim sukcesem polskiego rządu. Wprowadziła przecięt średnio 30-procentową podwyżkę dla (prawie) wszystkich pracowników medycznych świadczących usługi medyczne w oparciu o wykonanie umowy z NFZ. Jednorazowy przyrost wynagrodzeń tej wielkości to zjawisko niespotykane w ostatnim ćwierćwieczu – tzn. w okresie, który jestem w stanie objąć pamięcią.

Co mi dała ustawa?

40-procentowy wzrost mojego podstawowego wynagrodzenia specjalisty spowodował, że osiągnęło ono wartość ok. 80% średniego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. Gwoli uściślenia faktów muszę wspomnieć, że tak jak w większości SPZOZ nie należy mi się „trzynastka”. W czasach „sejmu kontraktowego”, gdy premierem był Tadeusz Mazowiecki, a ja nie byłem jeszcze specjalistą, podstawa mojego wynagrodzenia wynosiła 97% średniej krajowej i do tego miałem jeszcze „trzynastkę”... W międzyczasie – na skutek mnogich „reform” służby zdrowia – omawiane wynagrodzenie oscylowało między 55% a 60% średniej krajowej. Pozwolę sobie tutaj na komentarz, że moje wynagrodzenie zmieniało się kolejno z niskiego na upadające, a następnie (tzn. obecnie) upokarzające.

Dojście polskiego rządu i parlamentu do konieczności podniesienia plac pracownikom medycznym nie było skutkiem ich inicjatywy, konsultacji i negocjacji, ale efektem protestu ogólnokrajowego i w efekcie – strajków. Negocjacje, do których Sejm został zmuszony przy kształtowaniu omawianej ustawy, okazały się gestem towarzyskim, albowiem to, co zostało zapisane, zinterpretowano po przyjęciu ustawy w sposób niezgodny z intencjami Sejmowej Komisji Zdrowia. Zanim przejdziemy do dalszych rozważań, chcę podkreślić, że do opisywanych przemian w 2006 r. doszło (poza początkiem

protestu i późniejszymi nielicznymi wyjątkami) wyłącznie na skutek działań grupy zawodowej lekarzy.

Jaki był zakres podwyżki?

W zależności od wielkości kontraktu ZOZ-u i wyjściowych wynagrodzeń od 20% do 40% w przeliczeniu na podstawę wynagrodzenia.

Jaka była forma podwyżki?

Przeróżna... W zależności od zorientowania lekarzy co do toczącego się procesu i obecności kompetentnych przedstawicieli ustawowych...

Najbardziej pożądana – wzrost podstawy wynagrodzenia w umowie etatowej (w konsekwencji wraz ze wszystkimi pochodnymi pracy) przez dodatki kwotowe (*vide* „ustawa 202” – sąd orzekł, że dodatki kwotowe są nieprawne w odniesieniu do zatrudnionych na podstawie umowy o pracę) do podniesienia wartości umów kontraktowych (od 0% do 30%) w zależności od najistotniejszego czynnika politycznego w tym kraju, tj. woli zarządcy.

Kto na tym zyskał i ile?

Lekarze – jak opisano wyżej.

Pozostały personel zatrudniony w ZOZ-ach – najwięcej. Dlaczego? Bo stał się beneficjentem efektów protestu, w którym nie brał udziału, który krytykował i często mu się czynnie przeciwstawiał. W moim SPZOZ tzw. „pozostały personel” otrzymał 36% podwyżki od podstawy, co pozwoliło utrzymać *status quo* relacji wynagrodzeń. O co chodzi? Utrzymano zasadę, dzięki której pielęgniarka odcinkowa odbiera netto miesięcznie mniej więcej tyle, ile lekarz specjalista w ramach podstawy etatu – tzn. ona bez nadgodzin, a lekarz bez dyżurów. Tajemnica kamuflażu przeliczeniowego polega na tym, że praca wielozmianowa w ramach etatu, tj. 37 godz. 55 min/tydzień (na razie średniego personelu medycznego), jest poprzez dodatki pracy zmianowej (dodatek nocny, świąteczny, za dni dodatkowe wolne od pracy) efektywnie o ok. 25% droższa od pracy jednozmianowej (pracowników medycznych z wyższym wykształceniem). Dodatki te nalicza się oczywiście od podstawy wynagrodzenia i sumuje do wypłaty – o czym mówi ustawa o ZOZ-ach.

Kto został oszukany?

Lekarze stażyści – regulacje płacowe nie są objęte ustawą.

Lekarze rezydenci – w opinii MZ ich płace nie są objęte ustawą, ale to przecież dyrektorzy SPZOZ-ów ich zatrudniają, a MZ jedynie refunduje określoną rozporządzeniem kwotę. To właśnie oni jak pluton specjalny „wyrabiają kontrakty” przede wszystkim na dyżurach i w innych niechcianych miejscach działalności SPZOZ-ów. Nie istnieje żadna przeszkoda prawna do podwyższenia im wynagrodzenia przez dyrektorów SPZOZ-ów ze środków własnych.

Lekarze kontraktujący z NFZ bezpośrednio w oparciu o prywatne praktyki, bo oni sami ze sobą nie mogą podpisać umowy o pracę, a także właściciele NZOZ-ów z tych samych powodów – na pocieszenie można powiedzieć, że Sejm będzie w tym zakresie próbował poprawić ustawę z 22 lipca 2006 r. ze skutkiem finansowym od 1 stycznia 2007 r.

Grupowe praktyki lekarskie i NZOZ-y wykonujące na zasadzie odrębnej umowy z SPZOZ-ami kontrakt do nich nie należą. No cóż – te ciała mogą być zbyt konkurencyjne dla placówek-matek działających w żelaznych okowach minionej epoki i nie mogą liczyć na promocję – o co zwykle bardzo

się troszczą przedstawiciele central dużych związków zawodowych.

Kto powinien zwrócić kasę?

Wszyscy ci, którzy przeciwdziałali protestom czynnie przez zastraszanie, zakazy i nakazy (niech żyje polska demokracja!), wytaczając etycznie-moralne uzasadnienia. Skoro tak niemoralne było domaganie się podwyżek będących za ledwie pierwszym krokiem w walce z pauperyzacją zawodu lekarza, korupcją w służbie zdrowia i narastającą emigracją zarobkową, to od osób o takim podejściu do problemu należałoby oczekiwać (choćby dla zachowania ich własnego honoru) zrzeczenia się otrzymanej podwyżki. Wynagrodzenia nie można się zrzec, ale można dowolną jego część przekazać w formie darowizny np. na fundusz socjalny SPZOZ-u będącego miejscem zatrudnienia. Wystarczy w rachubie płac zdeponować zlecenie stałe przelewu – szpital na pewno nie odmówi, a potrzebujący będą wdzięczni...

PIOTR ŚLIWIŃSKI

Ponadnormatywny czas pracy w ramach opt-out

Czy może być stosowany w odniesieniu do lekarzy i czy może być w Polsce stosowany w oparciu o kodeks pracy, bez dodatkowych regulacji ustawowych?

Te podstawowe pytania rodzą się podczas dyskusji zainteresowanych problemem czasu pracy lekarza w ramach spełnienia przepisów dyrektywy UE.

Jednoznaczna odpowiedź Państwowej Inspekcji Pracy brzmi: **według kodeksu pracy – nie!**

Pytanie o oparcie pracy lekarza w godzinach nadliczbowych o k.p. wpływa w momencie, gdy dochodzi się do wniosku, że proponowane rozwiązania (głównie stawki za „dyżur medyczny”) w nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z listopada 2006 r. są o wiele mniej korzystne aniżeli te obliczone w oparciu o zapisy kodeksu pracy i dyskryminujące w porównaniu z pracującymi zmianowo w oparciu o ustawę o ZOZ-ach. Aby to było możliwe (w oparciu o k.p.), należałoby zrobić wyjątek w kodeksie pracy (a więc znowelizować go) specjalnie dla pracowników medycznych z wyższym wykształceniem, na co za darmo nie zgodzą się centrale dużych związków. Podobny problem dotyczy przecież strażaków, ale nie tylko. Skutki finansowe... Mnogość konsultacji... Burza społeczna... Ustępstwa polityczne...

Dlatego postanowiono uregulować to na drodze innej ustawy – odniesionej tylko do grupy docelowej. Stąd projekt nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W zamierzeniach ustawodawcy – ustawa musi działać od 1 czerwca 2007 r., aby pozwy skierowane przez polskich lekarzy do Trybunału Europejskiego przeciwko państwu polskiemu o uznanie dyżuru medycznego za pracę (pierwszy termin w połowie czerwca 2007 r.) stały się bezprzedmiotowe – co najwyżej o wydzwiekiu historycznym...

Ponieważ ustawa ma wejść w życie po trzech miesiącach od przyjęcia, stąd podejrzenie, że Sejm RP przyjmie ją bez

względu na wszystko do końca marca 2007 r. Uwzględniając poślizgi związane z odesłaniem do komisji, odrzuceniem poprawek Senatu – pierwsze czytanie musi się odbyć do końca lutego 2007 r. **Czasu jest niewiele, a ustawa musi być dobra!**

Czy praca w wymiarze powyżej 48 godz. (wraz z nadgodzinami) tygodniowo jest zgodna z dyrektywą UE?

Jak najbardziej tak. Dyrektywa 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. w rozdz. 5 „ODSTĘPSTWA I WYJĄTKI”, artykuł 17 wskazuje:

1. Państwa Członkowskie mogą stosować **odstępstwa od art. 3–6, 8 oraz 16**, jeżeli, uwzględniając szczególną charakterystykę danych działań, **wymiar czasu pracy** nie jest mierzony i/lub nieokreślony z góry lub **MOŻE być określony przez samych pracowników**.
2. **Odstępstwa przewidziane w ust. 3, 4 oraz 5 mogą zostać przyjęte w drodze przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych lub w drodze układów zbiorowych**, lub porozumień między partnerami społecznymi, **pod warunkiem, że zainteresowanym pracownikom zapewniono równoważne okresy wyrównawczego odpoczynku** lub że, w wyjątkowych przypadkach, w których nie jest możliwe z powodów obiektywnych przyznanie takich równoważnych okresów wyrównawczego odpoczynku, zainteresowanym pracownikom przyznano właściwą ochronę. (...)
5. **Zgodnie z ust. 2 niniejszego artykułu można stosować odstępstwa od art. 6 oraz art. 16 lit. b) w przypadku lekarzy stażystów** zgodnie z przepisami określonymi w akapitach od drugiego do siódmego niniejszego ustępu. [Dla wyjaśnienia: art. 3 = 11 godz. odpoczynku dobowego, art. 4 = przerwy w czasie pracy ponad 6 godz., art. 5 =

24 + 11 godz. wypoczynku tygodniowego, art. 6 = nie więcej niż 48 godz. pracy na tydzień – przyp. autora]. Z art. 17 ust. 1 należy zatem wnioskować, że lekarz może sam określić swój czas pracy ponadnormatywnie (*opt-out*), jak również lekarz stażysta (ust. 5), który jest o tyle specyficznym pracownikiem, że jest też zarazem uczniem. Z ust. 2 ww. art. wynika, że aby wprowadzić wyjątki od należącego czasu wolnego 6-godzinnego, dobowego i tygodniowego, trzeba zapisać je w prawie krajowym.

W Polsce zapis taki musi być przynajmniej rangi ustawy, ponieważ k.p. jest ustawą. W Niemczech nie ma kodeksu pracy, a prawa pracy są niesystematycznie pozapisywane w kodeksie cywilnym. Podstawą regulacji pracowniczych są układy ponadzakładowe – najczęściej ogólnokrajowe. Status pracowników medycznych ustalany jest przez Marburgerbund co roku, z publikacją zmian – głównie siatki płac w październiku – na rok następny.

Reasumując: czy ponadnormatywny czas pracy jest możliwy w oparciu o kodeks pracy?

NIE. Wymagany jest dodatkowy zapis rangi ustawy. Według dyrektywy unijnej – przynajmniej w odniesieniu do czasu przerw w pracy w celu zapewnienia **równoważnych okresów wyrównawczego odpoczynku** oraz umożliwienia pracy w godzinach nadliczbowych w ilości większej niż 150 godz. rocznie. Trwają prace nad nowelizacją ustawy o ZOZ-ach. Poprzez nią MZ realizuje swoje prawo oraz obowiązek narzucony przez UE, a aktualnie musi działać w pośpiechu, będąc pod pręgierzem terminów rozpraw w Trybunale Europejskim.

Ministerstwo Zdrowia z pewnością przyjmie następujące założenia:

- 1) musi zapewnić ciągłość świadczeń,
- 2) ma za mało lekarzy, aby zabezpieczyć opiekę lekarską pracą zmianową,
- 3) ma za mało pieniędzy, aby pozostałym lekarzom płacić za „dyżury medyczne” jak za pracę w godzinach nadliczbowych,
- 4) ma do czynienia ze środowiskiem o rosnącej, ale nadal niewielkiej świadomości swoich praw, zwykle dającym się poróżnić podstawowymi chwytami socjotechnicznymi,
- 5) konieczne zmiany dotyczą najistotniejszej fachowo, ale najmniej liczebnej grupy pracowników medycznych – możliwość generowania sporów między grupami pracowników wewnątrz ZOZ-u w celu wywarcia nacisku na lekarzy (np. „ulubione”: nie ma pieniędzy dla pielęgniarek, bo potrzebne są na podwyżki za dyżury medyczne, na których lekarze śpią),
- 6) będzie miało poparcie central dużych związków, które będą walczyły o interesy swoich członków (95% to pacjenci potencjalni lub faktyczni) przyzwyczajonych do pracy lekarzy w SPZOZ-ach za jałmużnę, w zamian za co oni mogą mieć finansowe przywileje branżowe.

Spodziewana strategia to:

- 1) zaskoczenie (sama nowelizacja ustawy bez wcześniejszych zapowiedzi jest zaskoczeniem),

- 2) pośpiech – wyartykułowanie jednolitego i przemyślanego stanowiska przez rozproszone i niejednolite środowisko będzie trudne. Przypomnieć należy, że organizacje działające w oparciu o ustawę muszą zaprezentować uchwałę przyjętą większością głosów przy spełnieniu *quorum*,
- 3) kolejna kampania medialna przeciw lekarzom – konowały i łapówkarze, szara strefa,
- 4) przymus propagandowy – tak czy owak ustawa wejdzie w życie,
- 5) przymus etyczny – czy lekarze porzucą swoich pacjentów...?

Cele strategiczne Ministerstwa Zdrowia według priorytetów to:

- 1) zachowanie ciągłości świadczeń – jedyny cel obligatoryjny, bo inaczej społeczeństwo zmiecie rząd...,
- 2) po raz kolejny wykorzystanie zasady „dobrowolnego przymusu” – lekarz zgadza się dobrowolnie, aby zobowiązać go... do pracy ponad normę,
- 3) *opt-out* na maksymalną możliwą liczbę godzin (wg MZ 78 godz./tydzień),
- 4) *opt-out* na zasadzie umowy na czas nieokreślony,
- 5) utrzymanie dotychczasowych nakładów finansowych – w istocie cel podrzędny, który zostanie przerzucony na dyrektorów SPZOZ-ów.

Co my na to?

Cele według priorytetów to:

- 1) podniesienie podstawy wynagrodzenia lekarzy do wartości określonej w uchwale NRL i OZZL (konieczne jednolite stanowisko) określonego co najmniej przez rozporządzenie MZ w odniesieniu do średniej krajowej w sektorze przedsiębiorstw.

I na tym w zasadzie można by było skończyć wyliczankę.

Myślę, że w zamian za to skłonni bylibyśmy do szeregu ustępstw w kwestii „dyżurów medycznych”, które przecież nie powinny być podstawowym źródłem zarobkowania lekarza w SPZOZ-ie. Np. w Niemczech godzina pracy na dyżurze jest gorzej płatna niż wynikająca z uposażenia podstawowego, nikt nie protestuje z tego powodu, ale podstawa dla specjalisty to obecnie 5500 euro. Ta idea jest warta każdego Zjazdu Nadzwyczajnego Lekarzy czy samorządowego, czy związkowego. Taka sytuacja polityczna jak obecnie nie powtórzy się przez najbliższe 15 lat – przymus dla polskiego rządu postawiony na forum międzynarodowym. To wszystko w zasadzie dzięki dr. Czesławowi Misiowi. Trzeba chociaż spróbować.

A jeśli nie – to lekarze otrzymają dyrektywę, aby nie podpisywać ani jednej godziny *opt-out*... Bo jest to mniejszym złem dla pacjenta... Problem zorganizowania całodobowej opieki zdrowotnej w ramach środków jakiegokolwiek ubezpieczalni nie należy do lekarzy, ale do rządu i tej ubezpieczalni.

Miasto wśród pustyń

Uzbecy mówią, że o Bucharze zapomniał nawet czas. Pozwolił życiu toczyć się tu wolniej i spokojniej. Może dlatego w mieście wyczuwa się atmosferę przeszłości, wieków, które przeminęły, a których echa wciąż są obecne wśród strzelistych minaretów i w ciasnych uliczkach. A może to gorący oddech pustyni spowalnia tempo życia? Buhara leży na styku dwóch pustyń – Kara-Kum i Kyzyl-Kum. W sumie Bucharę otaczają piaski o obszarze dwukrotnie większym od powierzchni Polski!

Z pustynią nie ma żartów. Uciążliwe to sąsiedztwo. Ulice, domy, drzewa pokrywa szary pustylny pył. Miejscami leży go tyle, że podejrzewam, że stąpanie po nim przypomina księżycowy spacer kosmonautów... Powietrze jest suche i rozpalone. Mimo że był już wrzesień, termometry niezmiennie pokazywały 39 stopni. Upał nie robił wrażenia tylko na tubylcach. Dla nich po 50-stopniowych gorączkach czerwca i lipca wrzesień jest miesiącem chłodnym. Zamiast więc jak my uciekać przed słońcem, powoli zaczęli rozglądać się za cieplejszym przyodziewkiem...

Do dziś uczeni nie mogą uzgodnić daty powstania miasta. Idzie o sprawę prestiżową. O ustalenie, kto jest starszy – Buhara czy Samarkanda? Ta druga liczy sobie już 2500 wiosen, więc...

Historia milczy o najdawniejszych dziejach miasta. Wiadomo tylko, że w VI wieku była stolicą wielkiego państwa i dużym ośrodkiem handlowym. Krzyżowały się tu szlaki karawan ze wschodu na zachód i z południa na północ. Jak przystało na miasto tranzytowe, Buhara szybko bogaciła się, a jej skarbiec spędzał sen z oczu wielu jej bliższym i dalszym sąsiadom.



Pierwsi nie wytrzymali Arabowie i w VIII wieku splądrowali miasto. Panująca dynastia zdymisjonowali, a na wypadek gdyby przyszło jej do głowy upomnieć się o swoje, jej członkom poderżnęli gardła. Był to powszechnie wówczas praktykowany i skuteczny sposób na zapewnienie sobie spokoju i masowego poparcia ludności.

Arabowie panowali 100 lat. W następnym wieku ich miejsce zajęli Samanidzi, a potem jeszcze kilkakrotnie zmieniali się władcy zasiadający na bucharskim tronie. Zwykle byli to zwycięscy wodzowie z obcych krajów. Każda taka „zmiana gabinetu” poprzedzona była długimi

i zaciętymi walkami o miasto. W 1220 roku zjawił się tu sam Dżyngis-chan. Jak można było oczekiwać, jego „wizyta” zamieniła miasto w wielkie, kamienne rumowisko...

Mimo tylu wojennych burz, Buhara pozostała jednym z najciekawszych miast Azji Środkowej. Krążący po jej uliczkach turysta co krok napotyka pomniki przeszłości. Resztki murów obronnych z X wieku, słynną, do dziś groźną twierdzę Ark z V wieku, mauzoleum Ismaila Samanida, zespół Bolo-Haus...

Wędrując po tych historycznych budowlach, nie sposób uwolnić się od myśli o dawnych mieszkańcach. Ludziach Wschodu żyjących w tamtych wiekach. Wielkich miłośnikach piękna i przepychu, bitnych wojownikach, ale też mściwych i okrutnych tyranach. Wzniesli dumę całej Azji, mauzoleum Ismaila. Przyozdobili je pięknymi, geometrycznymi ornamentami z wypalanej w słońcu glinianej cegły, które zadziwiają delikatną konstrukcją i precyzją wykonania. Podobno glinę mieszano z białkiem i wielbłądzim mlekiem i to w tym tkwi tajemnica długowieczności ówczesnych materiałów budowlanych. Ale jednocześnie mozolnie wykuli w Ark labirynt ponurych lochów przeznaczonych na więzienie i miejsce tortur. Zamiast sufitu cele zaopatrzone





Forteca Ark

były w kraty. Dla urozmaicenia życia więźniów nad celami umiejscowiono stajnie. Odchody końskie spadały więc na głowy nieszczęsnych skazańców...

15 pięter liczy pochodzący z XII wieku minaret Kalyan. Jego wyszukaną, ceglana ornamentykę uzupełniają kolorowe mozaiki. Patrząc na smukłą sylwetkę minaretu, trudno sobie wyobrazić, jak makabryczną rolę odegrał on w dziejach miasta. W późniejszych bowiem wiekach zaczęto użytkować go w zupełnie innym niż zakładano celu. Otóż w Bucharze obowiązywał dziwny i niezrozumiały przepis niezezwalający na posiadanie więcej niż czterech żon. Budził on zrozumiałe niezadowolenie wśród płci brzydkiej, która wszelkimi sposobami zabiegała o jego uchylenie. W końcu udało się doprowadzić do uchwalenia poprawki, która umożliwiła posiadanie piątej żony, jednakże pod warunkiem udowodnienia jednej z czterech pierwszych niewierności. Ba, ale jak? I wtedy przypomniano sobie o wysokim minarecie. Po prostu podejrzaną niewiastę zrzucano z minaretu i jeżeli się zabiła, to stawało się to dostatecznym dowodem wiarygodności. A przy okazji sama sobie wymierzała sprawiedliwość...

Najliczniejsze zabytki Bucharzy pochodzą z XVI wieku. Wielkie, zwieńczone błękitnymi kopułami budowle, meczety, minarety, medresy. Wszędzie mozaiki z granatowej, zielonej i żółtej porcelany, lśniące w słońcu, niezmienione od stuleci.

Mnie jednak zachwyciło co innego. Przed mniej więcej dwustu laty rozwinęło się budownictwo, jak byśmy dziś

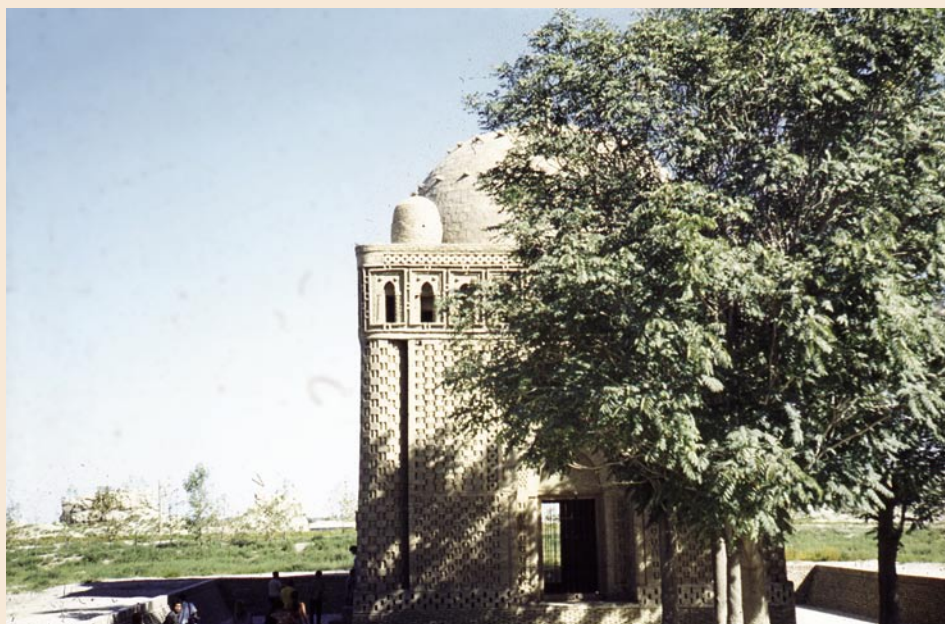
powiedzieli, jednorodzinne. Wykorzystywało ono tradycję płaskich dachów, wewnętrznych dziedzińców, szaro-żółtych ścian bez okien. Zostało się wiele uliczek z takimi właśnie domkami. Cicho jest na nich i spokojnie. Czasem tylko w perspektywie pojawiają się objuczone zakupami kobiety wracające z targowiska albo przedrepcze obojętny na wszystko osiołek dźwigający brodatego starca. Nikt tu się nie śpieszy. W Bucharze życie toczy się wolniej. Po co więc pośpiech? W tym rozpalonym słońcu to zabójstwo. Zresztą jutro także jest dzień...

Zupełnie inaczej jest pod płaskimi kopułami bazarów.

Gwarty tłum ludzi, pokrzykiwania przekupniów, kolorowo odziane kobiety, mężczyźni w zawojach lub turbanach i długich burnusach, atmosfera towarzyskich spotkań i handlu. Powietrze przesycone jest zapachem cebuli i pieczonej na różnie baraniny. Wokół sterty dorodnych, kolorowych owoców: arbuzy, melony, winogrona, figi, granaty...

Tak wygląda to zagubione wśród piasków miasto. Jest także inna Bucharza. Nowoczesna, z nowymi domami, gdzie nie ma odwiecznych kłopotów z wodą, gdzie doprowadzono gaz, a po ulicach suną samochody. Mieszkańcy są zadowoleni, zwłaszcza młodzi. Chcą mieszkać nowoczesnie i wygodnie. Turyści wolą jednak tamtą, starą Bucharę... Może dlatego, że po kilku godzinach spokojnie mogą wrócić do klimatyzowanych hoteli...

JERZY MAGNAT



Mauzoleum Ismaila Samanida

Badania diagnostyczne raz jeszcze

Badania diagnostyczne, a właściwie sposób ich finansowania, są przysłowiową kością niezgody rzuconą pomiędzy lekarzy i pacjentów od samego początku reformy służby zdrowia. Niewielka kwota przeznaczona w podstawowej opiece zdrowotnej „na głowę” zadeklarowanego pacjenta starcza na bardzo mało. Żłudne i z gruntu nieprawdziwe jest twierdzenie, że przecież nie wszyscy potrzebują badań diagnostycznych, a statystycznie przy odpowiedniej ilości osób zadeklarowanych to co jest, powinno wystarczyć. Nie wystarcza. Nawet jeżeli ktoś przez kilka lat nie chorował i nie miał wykonywanych badań, to w chwili, gdy trzeba je wykonać, często zużywa się kwoty przeznaczone przez NFZ na badania diagnostyczne dla całej wsi i to na kilka lat naprzód. Współczesna medycyna musi opierać się na badaniach laboratoryjnych i obrazowych, jeżeli ma to być medycyna „oparta na faktach” godna XXI wieku. Właściwe rozpoznanie i leczenie musi być oparte na danych obiektywnych. Możliwości nowoczesnej technologii medycznej stale się poszerzają, co daje szansę dokładnego zdiagnozowania i bezpiecznego leczenia – to jednak kosztuje, i to coraz więcej. Dziwi więc takie ograniczenie możliwości diagnostycznych na samym początku, u podstaw „piramidy świadczeń” medycznych, gdzie najwięcej potrzeb medycznych ma być zaspokajanych. Oczywiście urzędnicy NFZ nie mają nic przeciwko temu, żeby lekarze POZ przeznaczyli wszystkie pieniądze na badania, nie ulega jednak wątpliwości, że, aby starczyło na wszystko z utrzymaniem placówki włącznie, trzeba oszczędzać – także na badaniach. Nie jest jednak tak, jak to przedstawiła kiedyś pani redaktor w głównym wydaniu telewizyjnych „Wiadomości” programu pierwszego TVP, że lekarze rodzinni otrzymują jedną złotówkę na badania diagnostyczne pacjentów, ale wolą te pieniądze zatrzymać sobie. (Czasem trudno uwierzyć, jakie bzdury dziennikarze opowiadają ogłupionemu narodowi.) Niewykorzystane na badania fundusze (50 groszy, a nie złotówka na pacjenta!) należy zwracać do NFZ. Ale nikt nie zwraca – bo tych pieniędzy po prostu nie starcza! W naszej przychodni przekraczamy kwotę przeznaczaną przez NFZ nieraz trzykrotnie, a i to jest za mało. Takie przekazywanie funduszy na badania wobec zapisu kontraktowego o tym, że lekarz jest zobowiązany wykonać konieczne badania dodatkowe – zdejmuje odpowiedzialność z urzędnika w przypadku, gdy potrzebne badanie nie zostało wykonane. Ta oszczędność NFZ skutkuje, niestety, jak każde skąpstwo – rozrzutnością. Rodzi się bowiem pytanie, czy nie dochodzi do opóźnienia w rozpoznawaniu niektórych przypadków i bardziej kosztownego ich później leczenia. Urzędnik może mi oczywiście zaprzeczyć – nie jest w interesie NFZ wczesne wykrywanie chorób. Pacjent, u którego wcześniej wykryje się chorobę, żyje dłużej i dłużej zużywa środki zgromadzone przez NFZ, zatem chory, który choruje krótko (bo prędko umiera) jest tańszy! Niestety, większość chorób, które trapią ludzkość, to choroby przewlekłe, które trzeba leczyć do końca

życia. Oszczędne zlecenie badań diagnostycznych nie satysfakcjonuje co prawda pacjentów, którzy uwielbiają badać się za darmo „na wszystkie strony”, ale często sami nie czynią żadnych wysiłków dla dobra własnego zdrowia. Trudno jednak w tej sytuacji dziwić się, że też pozostali mają poczucie, iż nie są dostatecznie „dobadani”, nawet jeżeli w rzeczywistości jest inaczej i diagnozowani są prawidłowo. Stąd też spadek poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego w społeczeństwie i zrozumiała presja na skierowania do specjalisty, który oprócz tego, że jest za darmo i „się należy”, to w sposób wiarygodny i poparty specjalistycznymi badaniami postawi trafną diagnozę. Takie postępowanie jest pochodną powszechnego przekonania – propagowanego i podtrzymywanego przez mass media – że absolutnie każdą chorobę można wyleczyć, należy ją tylko odpowiednio wcześniej zdiagnozować i leczyć właściwie – a do tego potrzebny jest oczywiście specjalista. Lekarz POZ nie jest potrzebny, bo przecież każdy Polak wie, że jak boli gardło, to trzeba iść do laryngologa, a jak kolano, to do ortopedy. Lekarz rodzinny stopniowo traci w ten sposób zaufanie swoich pacjentów, a z drugiej strony popada we frustrację, nie mogąc w pełni wykorzystać swojej wiedzy. Odbija się to „rykoszetem” w postaci i negatywnej opinii o służbie zdrowia, i złych notowań rządzącej partii (każdej, która akurat jest u władzy), czego politycy zdają się nie dostrzegać. Propozycje, aby to NFZ finansował badania diagnostyczne POZ, nie spotkały się z pozytywną odpowiedzią – głównie z obawy przed wzrostem ich kosztów, a to jest wręcz pewne. Nie należałoby się jednak spodziewać eksplozji kosztów – z uwagi na wąski zakres badań dostępnych lekarzom rodzinnym. Ewentualne wprowadzenie współpłacenia przez pacjentów za badania diagnostyczne mogłoby ograniczyć presję ze strony tych ostatnich. W stosunku do całego funduszu, jakim dysponuje NFZ, przewidywana zwiększona kwota to jednak suma bardzo mała. Z drugiej strony jest to najniższy koszt, przy jakim można uzyskać istotny wzrost poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego i poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Jeżeli lekarz rodzinny ma spełniać swoją rolę, nie może być limitowany w ilości wykonywanych badań. Czy „obfitsza” diagnostyka „u podstaw” może obniżyć koszty ogólne przez zmniejszenie wydatków na wyższych szczeblach leczenia – specjalistyki i szpitala? Niekoniecznie. Na pewno może poprawić funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej, wykrywalność chorób i skuteczność leczenia, może poprawić stan zdrowia Polaków. Wątpię jednak, aby mogła zmniejszyć globalne koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce – tak tanio nie uda się już uzyskać tylu świadczeń, jak to było dotychczas, jest to jednak najtańsza możliwa do uzyskania poprawa istniejącego stanu rzeczy – co nieśmiało chciałbym przedłożyć tajemnemu zespołowi przy Ministrze Zdrowia, który zajmuje się przygotowaniem założeń do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.



Śmierć na „Czarnej liście lekarzy”

Medici, si omnibus morbis mederi possiut, felicissimi esent hominum.

Gdyby lekarze mogli wyleczyć z każdej choroby, byłiby najszczęśliwsi ludźmi.

Pliniusz Młodszy (ok. 61–113)

Zapoczątkowana w Polsce w 1989 r. transformacja ustrojowa przyczyniła się m.in. do wzrostu świadomości prawnej pacjentów, powstania stowarzyszeń obrony praw pacjenta oraz wzrostu liczby doniesień prasowych na temat błędów medycznych¹. Ponadto ujawnianiu własnych opinii sprzyja rozwój Internetu². Niezadowoleni pacjenci zamieszczają w Internecie swoje opinie w różnych forach dyskusyjnych, blogach i w innych miejscach. Jednym z takich miejsc jest „Czarna lista lekarzy”, na której jednym z najczęstszych zarzutów stawianych lekarzom jest spowodowanie śmierci swych pacjentów. Skoro taka lista już istnieje, a zarzuty stawiane na niej lekarzom są bardzo poważne, to środowisko lekarskie nie może udawać, iż jej nie dostrzega.

„Czarna lista lekarzy” została założona – jak podaje autor tej strony internetowej opatrzonej adresem <http://kitle.110mb.com/Czarna-Lista-Lekarzy.htm> – podobnie jak Stowarzyszenie Pacjentów *Primum Non Nocere*³ przez Adama Sandauera. Wpisy na „Czarnej liście lekarzy” dokonywane są w Internecie od 2001 r. wg następującego schematu: data wpisu, e-mail skarżącego, miasto, oskarżany lekarz (szpital), krótki opis zarzucanego czynu.

Po wprowadzeniu do wyszukiwarki internetowej hasła „Czarna lista lekarzy” bądź po dotarciu do niej w Internecie w inny sposób, np. poprzez któryś z licznych linków, ukazuje się strona główna zachęcająca do wpisywania skarg na lekarzy, niestety zredagowana z użyciem bardzo agresywnego języka: „Jak jakiś morderca w kitlu coś Wam zrobi, to możecie wytoczyć mu dwa procesy: cywilny i karny. Nawet jeśli przegracie w RP, to możecie odwołać się do Francji” [Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu – przyp. autorów]. Taka zachęta powoduje, że treść większości skarg jest pisana językiem bardzo dosadnym, wręcz wulgarnym. Podawane są nazwiska i imiona lekarzy oraz miejsca ich pracy. Hasło: „Dodaj swój wpis do Czarnej listy lekarzy” opatrzone jest uwagą: „Nie musisz podawać swoich danych”, co zapewnia pełną anonimowość i w konsekwencji bezkarność autorom tych wpisów.

Strona – o zawartości 707 kB tekstu – zawiera wpisy z „Czarnej listy lekarzy” z lat 2001–2006. Wprawdzie autor strony zapewnia o istnieniu takich zabezpieczeń, aby z jednego komputera można było wprowadzić tylko jedną skargę, ale nie można wykluczyć, że jedna osoba może wpisywać skargi z różnych komputerów.

Na „Czarnej liście lekarzy” zdecydowanie najczęstsze są wpisy dotyczące położnictwa: poronienia, śmierć płodu, mózgowie porażenia dziecięce. Ale spektrum opisywanych przypadków jest bardzo szerokie, aż do śmierci osób w wieku podeszłym. Z większości skarg zdaje się wyzierać nieprawidłowy stosunek lekarz – pacjent bądź lekarz – rodzina pacjenta, w tym zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów, któ-

rzy zmarli, co znajduje potwierdzenie i w innych badaniach⁴. Kolejne opisywane problemy to złe warunki hospitalizacji, często z niezachowaniem higieny szpitalnej.

A oto kilka przykładowych fragmentów wpisów z tej listy, zamieszczonych na wspomnianej stronie internetowej:

Wpis, opatrzonej inicjałami B.K., zawiera nazwę miasta i szpitala. Oto jego treść:

„Po przybyciu do szpitala pani doktor zrobiła mi USG, powiedziała że z ciążą jest O., wypisała leki podtrzymujące ciążę i z bólami i krwawieniem wysłała mnie do domu, zamiast położyć mnie na oddział. Dostałam na przystanek i poroniłam, wróciłam do szpitala, pani dr wzięła moje dziecko (zarodek) i kazała przyjść następnego dnia, a ja krwawiłam tak strasznie, że jak dojechałam do szpitala na Z., byli w szoku, że nie przyjęto mnie, bo bym wykrwawiła się na śmierć. Nie polecam dr, najgorsza ginekolog”.

Inny przykład:

„...lekarz wabi się NN laryngolog??? chirurg plastik NIELEGALNY GABINET w N na ul. X (bez zezwolenia i bez odbioru SANEPIDU) Polecam Panią? dr? dla SADOMASOCHISTÓW, którzy chcą stracić życie, zdrowie lub zostać oszpeconym. Pani? dr? zrobiła sobie wiecełką reklamę w wielu instytucjach, czasopismach, nawet w telewizji..., jest koleżanką przedstawicieli Izby Lekarskich, zwłaszcza w N. Więc kryją jej rażące błędy lekarskie. Najpierw spowodowała śmierć pacjentki w 2001 r., wykonując zabieg pomimo chorego serca, aby tylko wziąć pieniądze, reszta ją nie interesowała. Inny pacjent wyładował z jej NIELEGALNEGO GABINETU (NA UL. X) na pogotowiu na intensywnej terapii. Mi miała wykonać przegrodę nosa z wyrównaniem niewielkiego garbu i przerośniętej chrząstki. Żadnego z tych elementów nie zrobiła, a to co zrobiła, zrobiła wadliwie (orzeczenie biegłych AM w X). Zamiast jednego garba mam teraz 2 garby i jeszcze bardziej krzywy nos. Na kolejną operację mnie nie stać. Wniosłam POZEW do SĄDU, jednak dowiedziałam się, że Pani X podstępnie zareklamowała swoje „usługi” Paniom sędzinom po super promocyjnych cenach, aby tylko moje postępowanie zamataczyły, uniemożliwiając mi drogę sądową. Mam świadków, dowody (opinia biegłych), dowody (stanowczo żądane dowody wpłaty przed zabiegiem). Jednak w tym kraju przy takich układach niemożliwe jest wyegzekwowanie zwrotu moich pieniędzy za wadliwie wykonaną usługę. Jeżeli ktoś może mi jakoś pomóc, proszę o listy” [tutaj podano adres – przyp. autorów].

Kolejny przykład, podany przez osobę podpisaną nazwiskiem i imieniem, z podaniem adresu e-mailowego. Treść wpisu zawiera nazwę miejscowości i nazwiska dwóch lekarzy.

„Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Otwartego w N. Obie Panie są od dawna na emeryturze, lecz z tzw. „układów” nadal są zatrudniane. Wykorzystują Przychodnię jak swój prywatny folwark. Przychodzą do pracy, kiedy chcą, traktują pacjentów jak najgorsze zło, przepisywanie leków pod dyktando koncernów farmaceutycznych (zamiast pacjentów w godzinach pracy w przychodni przyjmują przedstawicieli firm farmaceutycznych) lub chodzą na rehabilitację, fizykoterapię (czyli dbają tylko o siebie, a nie

o pacjenta). Emeryturka + pensyjka i tak leci na ich konto. Często wychodzą na tzw. wizytę domową, czyli idą do domku lub na chałturę. Pani N. prowadzi w kilku miejscach prywatne przyjęcia pacjentów. Skierowania na bezpłatne badania, zabiegi daje tylko tym pacjentom, którzy chodzą do niej prywatnie. Ponadto wielu pacjentów, po zaaplikowaniu nieodpowiednich leków, zrobiła kalekami m.in. uszkadzając w ten sposób centralny układ nerwowy, doprowadziła również do śmierci kilku osób.”

„Kiepscy lekarze, którzy okaleczają pacjentów i powinni odejść z zawodu, nadal robią kariery. Jeśli czasem dochodzi do jakiejś sprawy sądowej i wyroku, to zawsze oskarżany jest młody lekarz. Nie zdarzyło się, by w Polsce za popełnienie błędu ukarany został ordynator, docent czy profesor medycyny. Pozycja w środowisku medycznym daje immunitet. Panowie życia i śmierci są ponad prawem. Kwitnie korupcja. Za leczenie szpitalne, które jest finansowane z pieniędzy publicznych, pacjent lub jego rodzina często płacą dodatkowo „pod stołem”. Nawet w sytuacji zagrożenia życia... Mimo że jest to powszechnie znane, władze nie podjęły żadnych działań. Po nieszczęściach związanych z wprowadzaniem nieudanej reformy ochrony zdrowia rząd unika wszelkich konfliktów z *lobby* lekarskim. Sytuacja jest groźna dla całego społeczeństwa. Na prośbę Stowarzyszenia Pacjentów *Primum Non Nocere* uruchomiliśmy tę stronę informacyjną na serwerze poza Polską”.

Ostatni przykład, w którym podano dokładne dane autora wpisu oraz pełne dane dotyczące lekarza i placówki, w której pracuje:

„Za nie udzielenie pierwszej pomocy synowi Mirosławowi oraz odwołanie karetki Pogotowia, co przyspieszyło śmierć syna. Składane skargi do Rzecznika Odpowiedzialności w Olsztynie i Naczelnego Rzecznika w Warszawie zostały załatwione pobłażliwie z korzyścią dla lekarza – brak etyki lekarskiej”. [Zachowano oryginalną pisownię – przyp. red.]

Wydaje się, że „Czarna lista lekarzy” funkcjonuje poza wszelką kontrolą – poza osobami nadzorującymi tę listę, posiadającymi hasło dostępu do niej. Stwarza to bardzo niebezpieczną sytuację – lekarz, który znajdzie się na tej liście niesłusznie, o ile się o tym fakcie w ogóle dowie, może zostać ewidentnie skrzywdzony pomówieniami, bez możliwości jakiegokolwiek obrony czy choćby napisania wyjaśnienia.

Jest też sprawą oczywistą, że wielu pacjentów nie wie dotychczas o istnieniu tej „listy”, co może tłumaczyć niezbyt dużą liczbę zamieszczonych tam wpisów.

Wprawdzie nie można wykluczyć, że część opisanych tam przypadków została przedstawiona w miarę obiektywnie, z wielkim poczuciem doznanej krzywdy, jednak treść zamieszczanych tam oskarżeń – niepopartych żadnymi obiektywnymi dowodami – budzi poważny niepokój. Lekarze stanowią grupę szczególnego społecznego zaufania, dlatego powinni znajdować się pod szczególną ochroną prawną, nie tylko z uwagi na ich osobistą reputację, ale przede wszystkim z uwagi na zachowanie, koniecznego dla właściwego wykonywania tego zawodu, autorytetu tej grupy zawodowej. Anonimowość oskarżeń niepopartych obiektywnymi dowodami stwarza pokusę „rewanżu” na lekarzu, który nie spełnił oczekiwań pacjenta, choćby nawet oczekiwania te nie wynikały z żadnych racjonalnych przesłanek i wykraczały poza

możliwości współczesnej medycyny. Nie można oczywiście wykluczyć – w niektórych opisywanych przypadkach – faktycznego zaistnienia błędu zaniechania lub też popełnienia ewidentnego błędu przez lekarzy, jednak przypadki takie winny rozstrzygać w merytoryczny sposób sądy lekarskie lub też sądy powszechne.

Subiektywne oceny i sądy dokonywane przez pacjentów (lub ich najbliższych) „pokrzywdzonych” przez lekarzy, choć zrozumiałe z emocjonalnego punktu widzenia, nie mogą przybierać formy „sądu kapturowego”, a opieranie oskarżeń wobec lekarza jedynie na indywidualnym przeświadczeniu danej osoby o winie lekarza łamie podstawową zasadę prawną, że to wnoszący oskarżenie zobowiązany jest dostarczyć potwierdzające je dowody (rzymska zasada prawna *actori incumbit probatio*). Złamanie tej zasady powoduje, że oskarżający stawia siebie równocześnie w roli sędziego ferującego wyrok – w opisywanych przypadkach jest to wyrok skazujący lekarza na utratę reputacji zawodowej, zwykle bez jego wiedzy i bez możliwości jakiegokolwiek obrony, niezależnie od zupełnie szczególnego charakteru takiej „kary” wskutek wpisania na „Czarną listę lekarzy” – w postaci podania opisywanego zdarzenia z udziałem danego lekarza do publicznej wiadomości w Internecie.

Wprawdzie mass media wielokrotnie wskazywały na spadek zaufania społeczeństwa do sądów w ogóle, a do sądów korporacyjnych w szczególności, spowodowany wielorakimi przyczynami⁵, ale to nie znaczy, że formalne procedury sądowe mogą być zastępowane przez „samosądy” nad lekarzami, dokonywane przez pacjentów lub ich rodziny.

Pozostaje jeszcze ocena prawna funkcjonowania takiej „Czarnej listy lekarzy” – jest to niewątpliwie sprawa dla prawników, ale to środowisko lekarskie, poprzez odpowiednie działania Izby Lekarskiej, winno być przede wszystkim zainteresowane uporządkowaniem tej kwestii.

Skoro „Czarna lista lekarzy” istnieje już w Internecie, pozostaje pytanie, czy środowisko lekarskie jest w stanie zabronić jej istnienia, przynajmniej w takiej jak zaprezentowana forma.

Jeśli jednak przyjąć, że choć niewielka część z przedstawionych tam przypadków została opisana w miarę obiektywnie, to należy zastanowić się nad rozwiązaniami opisywanych nieprawidłowości z korzyścią dla obu stron, tj. zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Skoro problematyka śmierci pojawia się tak często w tych skargach, to – poza rozpatrzeniem obiektywnych przyczyn śmierci – należałoby zastanowić się nad okolicznościami, w jakich do śmierci doszło, czy nie dotyczy to sytuacji określanych jako „zdehumanizowane umieranie”. Wynikałaby stąd oczywista konieczność dalszego rozwijania humanistycznego nurtu w tanatologii i zwiększenia wrażliwości personelu medycznego na tę problematykę.

Jeśli opisywane przypadki dotyczą faktycznych zdarzeń, w których istnieje uzasadnione podejrzenie co do błędu w sztuce lekarskiej i obiektywnej winy lekarza, odpowiednie działania winna podjąć Izba Lekarska, wykorzystując – mimo wszystkich przedstawionych tutaj zastrzeżeń – informacje zawarte na wskazanej internetowej stronie zawierającej „Czarną listę lekarzy”.

Jeśli jednak okazałoby się, że podane w Internecie informacje są nieprawdziwe, to także Izba Lekarska winna wszcząć odpowiednie postępowanie i stanowcze kroki prawne wobec autorów tej witryny internetowej. Nie można bowiem dopuścić do bezkarnego szkalowania dobrego imienia niewinnych lekarzy przez anonimowych „donosicieli”, bo – jak mówi stara rzymska maksyma – „Władca, który nie karci donosicieli, podlega” (Swetoniusz, Domicjan 9).

KATEDRA MEDYCYNY SPOŁECZNEJ, AKADEMIA MEDYCZNA
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
JERZY T. MARCINKOWSKI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH, ODDZIAŁ W PILE
TADEUSZ KACZMAREK

¹ S. Maciejewski, J. T. Marcinkowski: Geneza i losy skarg przeciwko lekarzom w świetle materiałów Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. *Archeus – Studia z Bioetyki i Antropologii Filozoficznej* 2002; 3: 1–49; J. T. Marcinkowski (red.): *Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.

² K. Właśniak: *Internet jako źródło informacji o zdrowiu dla młodzieży*. Rozprawa doktorska. Promotor: Jerzy T. Marcinkowski. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2006.

³ „Stowarzyszenie powstało, by doprowadzić do zmian prawa, tak by dawało ono pomoc poszkodowanym...” – (<http://www.sppnn.org.pl>).

⁴ Por. np. S. Maciejewski, J. T. Marcinkowski: *Geneza i losy skarg...*

⁵ Por. S. Maciejewski, J. T. Marcinkowski: *Geneza i losy skarg...*

W obronie dobrego imienia i należnego lekarzom wizerunku

Na temat wizerunku lekarzy w mediach autor rozmawiał z prezesem Stefanem Sobczyńskim. W zarysie przedstawił też swoje poglądy na posiedzeniu ORL.



ANDRZEJ
GRZYBOWSKI

Dużo ostatnio mówi się na temat nieprawidłowości w ochronie zdrowia, szczególnie w zakresie odpowiedzialności lekarzy za przyjmowanie różnego rodzaju korzyści majątkowych, za różnego rodzaju oszustwa finansowe lub za łamanie przepisów prawa oraz odpowiedzialności za zawinione bądź niezawinione błędy lekarskie. Chciałbym podzielić się krótką refleksją, tym razem na ten pierwszy temat. Choć zawód lekarza należy do zawodów zaufania społecznego i wciąż niewątpliwie

cieszy się znacznym prestiżem w społeczeństwie, niedostatek systemowe i organizacyjne, ale i często wyolbrzymione „afery” medialne tworzą liczne rysy na tym wizerunku. Myślę, że większość czytających moje słowa lekarzy zgodzi się z twierdzeniem, że obecny obraz lekarza, kształtowany w dużej mierze przez środki masowego przekazu, jest wykrzywiony, a na pewno daleki od rzeczywistego.

Po pierwsze, próżno szukać tam informacji o specyfice i trudzie związanym z naszym zawodem. Informacje, że studia medyczne są długie i trudne, czasami się pojawiają. Rzadko jednak ktokolwiek wie, jak długie i trudne. Podobnie mało kto wie, że obowiązkowe kształcenie ustawiczne oznacza konieczność stałego śledzenia literatury i podnoszenia swoich kwalifikacji w odniesieniu do zachodzących zmian w medycynie. A zmian tych jest przecież bardzo wiele. Można zatem stwierdzić, że zawód lekarza jest dość wyjątkowy pod względem stałej konieczności podwyższania swojej wiedzy. Próżno szukać w mediach informacji o tym, ile rocznie lekarze muszą przeczytać fachowych artykułów, ile odbyć szkoleń i kursów, w ilu uczestniczyć w konferencjach. Wydaje mi się, że dla pełnej, by nie rzec sprawiedliwej oceny naszego zawodu ta wiedza jest potrzebna.

Drużga kwestia to odpowiedzialność. Mało który zawód może się z naszym pod tym względem równać. Oczywiście

myślę tu o odpowiedzialności za zdrowie i życie innych, a nie o naszej odpowiedzialności cywilnej (która staje się również coraz bardziej dotkliwa). Tak więc porównywać się możemy ze strażakami, choć o dziwo przegrywamy z nimi w rankingach zaufania społecznego. Odpowiedzialność to nie tylko bezpośrednio podjęte działania, ale i troska, i zmartwienie o dalszy los chorego.

Po trzecie, zawód lekarza to liczne wyrzeczenia, począwszy od pośpiesznie zjadanych posiłków przez czas odebrany rodzinie po ostatecznie 12 godzin pracy dziennie. Jesteśmy, co przyznają nam nawet osoby nieżyczliwe, bardzo pracowitym środowiskiem. Ale prowadzi to do znacznie szybszego niż w innych grupach zawodowych wypalenia i wysłużenia organizmu. Zarabiamy, dopóki jesteśmy zdrowi i możemy przyjmować pacjentów – nie mamy ani udziału w zyskach (jak przedstawiciele świata biznesu) oraz praw patentowych lub autorskich (jak naukowcy czy artyści). Nie kwestionuje się w Polsce praw do wysokich zarobków prawnikom, aktorom, a nawet szefom spółek skarbu państwa czy dziennikarzom publicznego radia i telewizji. Jeżeli ci ostatni mogą otrzymać jednorazowe honorarium w wysokości kilkudziesięciu tysięcy złotych, a odchodzący szef PKN Orlen otrzymuje odprawę w wysokości 1,5 mln zł – to ogromną hipokryzją jest zarzucanie lekarzom ich wypracowanych ciężką, wieloletnią pracą i rzeczywistą wiedzą oraz umiejętnościami wynagrodzeń nieporównanie niższych od wyżej przywołanych.

Po czwarte, lekarz to nie cudotwórca i nie jasnowidz. Rozczarowanie pacjentów bierze się często z ich bezkrytycznej wiary w moc nauki i z niewiedzy o jej ograniczeniach. Nikt nie chce być posłańcem złych wiadomości. My musimy, to część naszej pracy.

Po piąte, lekarz jak ksiądz obdarzony jest szczególnym rodzajem zaufania, wchodzi bowiem z pacjentem w nie mniej intymną relację. Co ciekawe, w przypadku obu tych zawodów społeczeństwo w ocenie jakichkolwiek błędów jest bezlitosne i wydaje się prawie pozbawione miłosierdzia. To powinna być przestroga dla tych, którzy próbują pójść na skróty.

Po szóste, lekarze tworzą elitę intelektualną. To między innymi oni są odbiorcami kultury i sztuki (a czasami jej twórcami, by przypomnieć tylko Arthura Conan Doyle’a – *no-*

tabene okulistę, Tadeusza Boya-Żeleńskiego czy Michaiła Bułhakowa), jej nabywcami i mecenasami. Są często humanistami, znawcami literatury, tradycji i historii. Są również ambasadorami Polski na arenie międzynarodowej podczas konferencji w kraju i za granicą. Są po prostu autorytetami.

Podsumowując, nasza praca nie wymaga upiększeń ani fikcji w rodzaju serialu „Na dobre i na złe”. Nie oczekujemy jakiegos szczególnego podziwu za nią, ale wymagamy dla niej szacunku. W świecie powszechnego zachłystywania się

skandalami i aferami należy zastanowić się poważnie, jak przedstawić społeczeństwu prawdę o zawodzie lekarza. Bez idealizowania. Wśród nas zdarzyć się mogą przecieży i oszuści, i głupcy. Ale najważniejsze jest to, by ani jedni, ani drudzy nie mieli wpływu na ostateczny wizerunek naszego zawodu.

DR N. MED. ANDRZEJ GRZYBOWSKI

Czy lekarze o tym wiedzą?



KRZYSZTOF
TUSZYŃSKI

Kwiecień każdego roku to okres wzmożonej pracy urzędów skarbowych i nas – podatników.

Wielu obywateli-pacjentów posiada specjalne uprawnienia do różnych ulg i przywilejów podatkowych, nawet o tym nie wiedząc. Uprawnienia te dotyczą głównie rencistów i osób niepełnosprawnych.

Szczególnie interesują mnie dwie grupy ulg i przywilejów, które mają bezpośredni wpływ na poziom świadczonej opieki medycznej.

Są to ulgi wynikające z kodeksu pracy oraz z Ustawy z dnia 26 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Ich znaczenie jest bardzo duże, bowiem zabezpieczają głównie kwestie czasu, który może być poświęcony przez osobę niepełnosprawną na optymalizację opieki medycznej, jej kontynuację, intensyfikację oraz na leczniczą i społeczną rehabilitację w wyspecjalizowanych instytucjach.

Ustawa z dnia 26 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. nr 162 z 1997 r. poz. 776 z późniejszymi zmianami) stanowi podstawę dla omawiania ulg.

Krąg osób uprawnionych do ulg i zniżek scharakteryzowany zostanie według stopnia niepełnosprawności.

W art. 3 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych wymienione są trzy stopnie niepełnosprawności:

- 1) znaczny (odpowiada dawnej I grupie inwalidztwa lub obecnie niezdolności do samodzielnej egzystencji),
- 2) umiarkowany (odpowiada dawnej II grupie inwalidztwa lub obecnie całkowitej niezdolności do pracy),
- 3) lekki (odpowiada dawnej III grupie inwalidztwa lub obecnie częściowej niezdolności do pracy).

Tak więc nasz pacjent posiadający taki dokument ma prawo do ulg. Nieco inna jest sytuacja emeryta, który choruje, ale nie ma ustalonego stopnia niepełnosprawności ani nie ma renty. Często taka sytuacja występuje również w naszych rodzinach.

Co w takiej sytuacji zrobić?

W przypadku chorującego emeryta trzeba wystąpić do ZUS-u z wnioskiem o przyznanie dodatku pielęgnacyjnego do pobieranej emerytury.

Jest inny wariant proceduralny, a mianowicie wystąpienie do Powiatowego/Miejskiego Zespołu Orzekającego o Stopniu Niepełnosprawności o orzeczenie tegoż stopnia.

Na jakie ulgi podatkowe może liczyć osoba posiadająca stosowny dokument?

Są to ulgi, tzw. „wydatki na cele rehabilitacyjne”, które są odliczane od dochodu, tzn. od uzyskanego dochodu z pracy albo od pobieranej renty.

Odliczyć można wydatki na cele rehabilitacyjne oraz wydatki związane z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych, poniesione w roku podatkowym przez podatnika będącego osobą niepełnosprawną lub podatnika, na którego utrzymaniu są osoby niepełnosprawne, a przeznaczone na:

- adaptację i wyposażenie mieszkań oraz budynków mieszkalnych stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
- przystosowanie pojazdów mechanicznych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
- zakup i naprawę indywidualnego sprzętu, urządzeń i narzędzi technicznych niezbędnych w rehabilitacji oraz ułatwiających wykonywanie czynności życiowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, z wyjątkiem sprzętu gospodarstwa domowego,
- zakup wydawnictw i materiałów (pomocy) szkoleniowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
- odpłatność za pobyt na turnusie rehabilitacyjnym,
- odpłatność za pobyt na leczeniu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, za pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- odpłatność za zabiegi rehabilitacyjne (np. pobyt w DPS-ie),
- opłacenie przewodników osób niewidomych I lub II grupy inwalidztwa oraz osób z niepełnosprawnością narządu ruchu zaliczonych do I grupy inwalidztwa – w kwocie nieprzekraczającej w roku podatkowym 2280 zł,
- utrzymanie przez osoby niewidome I lub II grupy inwalidztwa psa przewodnika – w wysokości nieprzekraczającej w roku podatkowym 2280 zł,
- opiekę pielęgniarską w domu nad osobą niepełnosprawną w okresie przewlekłej choroby uniemożliwiającej poruszanie się oraz usługi opiekuńcze świadczone dla osób niepełnosprawnych zaliczonych do I grupy inwalidztwa,
- opłacenie tłumacza języka migowego,
- kolonie i obozy dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz dzieci osób niepełnosprawnych, które nie ukończyły 25. roku życia,
- leki – w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy faktycznie poniesionymi wydatkami w danym miesiącu a kwotą 100 zł, jeżeli lekarz stwierdził, że osoba niepełnosprawna powinna stosować określone leki stale lub czasowo,
- odpłatny, konieczny przewóz na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne:

- a) osoby niepełnosprawnej – karetką transportu sanitarnego,
- b) osoby niepełnosprawnej, zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa, oraz dzieci niepełnosprawnych do lat 16 – również innymi środkami transportu niż karetką transportu sanitarnego,
- używanie samochodu osobowego, stanowiącego własność (współwłasność) osoby niepełnosprawnej zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa lub podatnika mającego na utrzymaniu osobę niepełnosprawną zaliczoną do I lub II grupy inwalidztwa albo dzieci niepełnosprawne, które nie ukończyły 16. roku życia, dla potrzeb związanych z koniecznym przewozem na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne – w wysokości nieprzekraczającej w roku podatkowym 2280 zł,
- odpłatne przejazdy środkami transportu publicznego związane z pobytem:
 - a) na turnusie rehabilitacyjnym,
 - b) w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych,
 - c) na koloniach i obozach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz dzieci osób niepełnosprawnych, które nie ukończyły 25. roku życia.

Odliczeniu nie podlegają te z powyższych wydatków, które zostały sfinansowane (dofinansowane) ze środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych albo zostały zwrócone podatnikowi w jakiegokolwiek formie. Jeżeli wydatki były częściowo finansowane (dofinansowywane) z tych funduszy (środków), odliczeniu podlega różnica pomiędzy poniesionymi wydatkami a kwotą sfinansowaną (dofinansowaną) z tych funduszy (środków) lub zwróconą w jakiegokolwiek formie.

Należy dodatkowo wyjaśnić, że:

- Ilekroć jest mowa o osobach zaliczonych do I grupy inwalidztwa, należy przez to rozumieć odpowiednio osoby, w stosunku do których, na podstawie odrębnych przepisów, orzeczono całkowitą niezdolność do pracy oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji albo znaczny stopień niepełnosprawności.
- Ilekroć jest mowa o osobach zaliczonych do II grupy inwalidztwa, należy przez to rozumieć odpowiednio osoby, w stosunku do których, na podstawie odrębnych przepisów, orzeczono całkowitą niezdolność do pracy albo umiarkowany stopień niepełnosprawności.

Podstawą do odliczenia tych wydatków jest posiadanie dowodu poniesienia wydatku. Warunkiem odliczenia wydatków jest posiadanie przez osobę niepełnosprawną dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność, a więc stosownych orzeczeń, które uprzednio omówiłem.

Odliczenia od dochodu (wydatki na cele rehabilitacyjne) mogą być dokonywane w dwóch wariantach:

- a) osoba niepełnosprawna lub rencista odlicza wydatek rehabilitacyjny od własnego dochodu (np. od rocznej kwoty otrzymywanej renty),
- b) wydatek rehabilitacyjny osoby niepełnosprawnej odlicza bogatszy członek rodziny – jeżeli na jego utrzymaniu pozostaje osoba niepełnosprawna, a roczny dochód osoby niepełnosprawnej nie przekracza 12-krotności kwoty najniższego wynagrodzenia za pracę (w 2005 r. nie przekroczył 9800 zł).

Uprawnienia te przysługują następującym członkom rodziny, na których utrzymaniu jest osoba niepełnosprawna: małżonek, dzieci własne i przysposobione, dzieci obce przyjęte na wychowanie, pasierbowie, rodzice, rodzice małżonka, rodzeństwo, ojczym, macocha, zięciowie i synowie. Tak więc grupa członków rodziny posiadających dobre dochody i chcąc ulżyć losowi niepełnosprawnej osoby może być całkiem liczna oraz skłonna do fundowania wydatków na cele rehabilitacyjne osoby niepełnosprawnej, zwłaszcza gdy zachodzi prawna możliwość odliczenia tych wydatków od swoich dużych dochodów. Podsumowując – odliczeniu od dochodu podlegają wydatki poniesione przez:

- a) podatnika będącego osobą niepełnosprawną albo
- b) podatnika, na utrzymaniu którego pozostają osoby niepełnosprawne.

Każdy lekarz rodzinny i każdy inny specjalista zna trudności finansowe swoich podopiecznych przy wykupowaniu leków w aptekach. Dobrze więc byłoby szerzyć wiedzę o ulgach im przysługujących.

Przykład: rencistka, lat 73, choruje na serce i na kręgosłup L-S, otrzymuje w ciągu roku łącznie 14 400 zł renty z ZUS-u, odliczyła w 2005 r. następujące wydatki rehabilitacyjne: remont i modernizację łazienki – kwota 4200 zł, dopłata za turnus rehabilitacyjny 370 zł, za kupowane trzy razy w roku leki w kwocie 1200 zł (odliczenie 3 x 1100 zł, bo odejmuje się w danym miesiącu 100 zł). Razem od dochodu 14 400 zł odliczyła 4200 + 370 + (3 x 1100) = 7870 zł. Oznacza to, że rencistka od dochodu odpisała 7870 zł, a więc podatek został wymierzony od kwoty 6530 zł (14 400 – 7870). W ten sposób powstała nadpłata podatku w Urzędzie Skarbowym (potrącany przez ZUS co miesiąc i przekazywany do US). Nasza rencistka składając PIT/O z wymienionymi kwotami, może oczekiwać zwrotu nadpłaconego podatku, co wyniesie 19% od nadpłaconej kwoty dochodu 7870, a to oznacza zwrot 1496 zł nadpłaconego podatku.

Na zakończenie: aby uzyskać ulgę, należy gromadzić dokumenty o wydatkach, a następnie składać PIT/O, a w rubryce „wydatki na rehabilitację” wpisać sumę odliczonych kwot.

Właśnie tego typu czynności boją się wykonać starsi i schorowani renciści oraz inne osoby niepełnosprawne. Skutkiem tego jest rezygnacja ze skorzystania z ulgi.

WICEPRZEWODNICZĄCY NACZELNEJ KOMISJI REWIZYJNEJ
NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ
DR N. MED. KRZYSZTOF TUSZYŃSKI



Program dla pracodawców

Realizacja programu dla pracodawców dotyczącego zapobiegania chorobom narządów ruchu wśród pracowników zatrudnionych w handlu i służbie zdrowia

Choroby układu kostno-stawowego – a w szczególności zespoły bólowe kręgosłupa – spowodowane: 1) urazem bądź 2) ostrym przeciążeniem fizycznym albo 3) skumulowanymi mikrourazami tego narządu – są najbardziej kosztownym problemem zdrowotnym w gospodarce USA¹. Podobnie przedstawia się sytuacja w innych państwach wysoko uprzemysłowionych, a także w Polsce. Ponadto zespoły bólowe kręgosłupa są często przedmiotem opiniowania sądowo-lekarskiego. Dla orzecznictwa sądowo-lekarskiego dotyczącego wypadków przy pracy² najistotniejsze jest rozstrzygnięcie, czy do przemieszczenia jądra miazdżystego do kanału kręgowego z uciskiem na worek oponowy, korzeń nerwowy, a nawet rdzeń kręgowy doszło wskutek 1) choroby samoistnej czy też 2) pourazowego przemieszczenia³. Ranga ekonomiczno-społeczna chorób układu kostno-stawowego, a zwłaszcza kręgosłupa jest bardzo duża; do jego rozwiązywania istotnie przyczynia się wdrażanie zasad ergonomii.

Z uwagi na możliwość wystąpienia u pracowników dźwigających ręcznie ciężary ostrych, przechodzących następnie w postać przewlekłą zespołów bólowych kręgosłupa (spowodowanych głównie chorobami krążków międzykręgowych), co wiąże się m.in. z zagrożeniem procesami sądowymi o uznanie tych zdarzeń za wypadki przy pracy i wypłatą znacznych odszkodowań z tego tytułu, zakłady pracy powinny intensywnie dążyć do eliminowania wszystkich prac tego rodzaju. Jest to najbardziej racjonalne spojrzenie ergonomiczne, wynikające także z doświadczeń sądowo-lekarskich⁴.

Skala problemu jest ogromna i dotyczy szeregu grup zawodowych. Kraje UE, wdrażając do prawa krajowego postanowienia dyrektywy 90/269/EWG o minimalnych wymaganiach zdrowia i bezpieczeństwa podczas ręcznego przemieszczania ciężarów, zobowiązały się do wprowadzenia rozwiązań, które zmniejszą ryzyko powstania dolegliwości kręgosłupa.

Z powyższych powodów problematyka zapobiegania chorobom układu kostno-stawowego była w 2006 r. przedmiotem intensywnej działalności prewencyjnej Okręgowego Inspektoratu Pracy w Poznaniu, skierowanej do: pracodawców, partnerów społecznych oraz służby bhp w handlu i w służbie zdrowia. Cele tej działalności prewencyjnej były następujące:

- 1) dostarczenie pracodawcom wiedzy na temat źródeł powstawania dolegliwości mięśniowo-szkieletowych, objawów i skutków dla zdrowia pracowników oraz skutecznych sposobów zapobiegania,
- 2) budowanie wśród pracodawców przekonania, że przestrzeganie zasad zapobiegania ryzyku wystąpienia dolegliwości układu ruchu, w szczególności kręgosłupa, jest nie tylko możliwe i konieczne (argumenty prawne), ale również korzystne (koszty absencji, przestojów itp.),
- 3) praktyczna pomoc pracodawcom w zakresie stosowania rozwiązań organizacyjno-technicznych zmniejszających narażenie pracowników na skutki przeciążeń fizycznych na konkretnych stanowiskach pracy (dostarczenie przykładów – tzw. „dobrych praktyk”, udzielanie porad prawnych i technicznych).

Okręgowy Inspektorat Pracy w Poznaniu przy współudziale Zakładu Higieny AM im. Karola Marcinkowskiego w Po-



Dr Wiesława Horst

Prof. Jerzy T. Marcinkowski

foto: Okręgowy Inspektorat Pracy w Poznaniu

znaniu, Okręgowy Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu oraz Wielkopolskiego Związku Pracodawców Prywatnych w Poznaniu w listopadzie 2006 r. zorganizował cztery seminaria przeznaczone dla oddziałowych pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach służby zdrowia oraz kierowników jednostek organizacyjnych wielkopowierzchniowych placówek handlowych Wielkopolski. SeminaRIA te odbyły się w Izbie Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu przy ul. Grunwaldzkiej oraz na terenie TESCO przy ul. Serbskiej. Łącznie przeszkolono 270 osób. Zakres tematyczny przedstawiał się następująco:

1. Ocena ryzyka zawodowego i zarządzanie bezpieczeństwem na wybranych stanowiskach pracy; metodologia, przykłady wynikające z ustaleń inspekcji pracy – mgr inż. Przemysław Jachalski (PIP).
2. Zespoły bólowe kręgosłupa spowodowane chorobami krążków międzykręgowych jako problem wypadków przy pracy – spojrzenie ergonomiczne i sądowo-lekarskie – prof. Jerzy T. Marcinkowski, dr Aneta Klimberg (Akademia Medyczna w Poznaniu).
3. Dolegliwości w obrębie narządów ruchu jako skutek nieuwzględnienia zasad ergonomii przy organizacji i wyposażeniu w sprzęt pomocniczy stanowisk pracy – dr Wiesława Horst (Politechnika Poznańska).
4. Prezentacja medialna z komentarzem – mgr Maria Morawska, inż. Romuald Liszkowski (PIP).

JERZY T. MARCINKOWSKI
TADEUSZ KIELPIŃSKI

¹ W zdecydowanej większości przypadków zespołów bólowych kręgosłupa objawy kliniczne (głównie chodzi o dolegliwości bólowe utrudniające swobodne poruszanie się) mijają przed upływem dwóch tygodni. W małej części przypadki te przechodzą w postać przewlekłą – są to przewlekłe zespoły bólowe kręgosłupa powodujące długotrwałe upośledzenie sprawności ruchowej i przez to długotrwałą absencję chorobową, a nierazko dalej konieczność korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych i świadczeń rentowych.

² Wypadek przy pracy zachodzi wówczas, gdy spełnione są jednocześnie przesłanki określone w art. 3 Ustawy z dnia 30.10.2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 199, poz. 1673). Zgodnie z brzmieniem tej Ustawy, za wypadek przy pracy uważa się nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą.

³ W opiniowaniu sądowo-lekarskim przypadków zespołów bólowych kręgosłupa napotyka się bardzo często na trudności w rozgraniczaniu pomiędzy: 1) zadziałaniem kolejnego mikrourazu na kręgosłup (nagłym wystąpieniem zespołu bólowego w przebiegu zaawansowanych zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych) a 2) nagłym i znacznym przeciążeniem fizycznym kręgosłupa dającym podstawy do orzeczenia powypadkowego zespołu bólowego kręgosłupa.

⁴ Przy analizowaniu prac wymagających dźwigania ciężarów należy uwzględnić następujące parametry pod kątem możliwości ich poprawy z punktu widzenia biomechaniki człowieka: 1) podnoszony ciężar, 2) częstość jego podnoszenia, 3) pozycja wyjściowa do podnoszenia, 4) długość drogi podnoszenia w pionie, 5) pozycja końcowa po podniesieniu względem pozycji wyjściowej, 6) charakterystyka ciężaru (wymiary, kształt, istnienie uchwyty, podstawa).



Wolne głosy

KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

Wydalo się.
Autor ma dwie lewe

SHORT CUTS

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

Ten ściniek będzie bardzo „niepoprawny politycznie”. W Polsce stwierdzenie u kogoś poziomu alkoholu we krwi przekraczającego dopuszczalne normy naraża tę osobę nie tylko na ostracyzm opinii publicznej, ale także na bardzo przykre następstwa ze strony tzw. wymiaru sprawiedliwości. W szczególności dotyczy to osób kierujących pojazdami, a także lekarzy, których zazwyczaj denuncjuje „życzliwy” pacjent lub jego „przyjazna” rodzina. Bardzo często przyłapaną osobą nie robi nikomu żadnej szkody, ale sam fakt, że poziom alkoholu przekracza 0,2 promila, czyni z niej przestępcę. To, że, jak dowodzą badania naukowe, osoba po całodobowym dyżurze zachowuje się, jakby miała we krwi 1 promil alkoholu, nikogo jakoś nie bulwersuje, wręcz przeciwnie – Ministerstwo Zdrowia wyteża swoje „bezcenne” mózgownice, by wymyślić sposób, jak zmusić lekarzy do dłuższej pracy i równocześnie obejść wyrok Trybunału Europejskiego nakazującego Polsce stosowanie dyrektywy o 48-godzinnym tygodniu pracy i to łącznie z dyżurami, których nasi „wspaniali” prawodawcy nie uznają za pracę. O ile jeszcze lekarz jest „namierzany”, gdy zwróci na siebie uwagę nietypowym sposobem zachowania, o tyle kierowca często jest łapany „za niewinność”, czyli w czasie ulubionych przez naszą policję tzw. działań prewencyjnych, w czasie akcji „Imieniny” czy też „Znicz”. I choć jechał prawidłowo, nie popełniając żadnego wykroczenia i często miał we krwi poziom alkoholu niższy od dopuszczalnego w wielu krajach, automatycznie staje się przestępcą, którym zajmuje się sąd. A ten zazwyczaj surowo karze delikwenta, bo choć teoretycznie jest niezawisły, stosuje się do zaleceń Ministra Sprawiedliwości, który ma „jedynie słuszną” wizję sprawiedliwości. Że może być inaczej, dowiódł pod koniec ubiegłego roku Sąd Najwyższy. Sąd ten uznał, że sam fakt stwierdzenia u zatrzymanego kierowcy podwyższonego poziomu alkoholu (w tym przypadku było to sporo ponad 2 promile), skoro nie popełnił żadnego przewinienia i tylko został zatrzymany podczas „rutynowej kontroli”, nie jest podstawą do ukarania go i odebrania prawa jazdy (sic!). Dla cieszących się z tego orzeczenia i snujących przyjemne wizje jazdy „na podwójnym gazie” mam jednak przykrą wiadomość: Tym sądem był hiszpański Sąd Najwyższy.

Znowu „straszy” „zakażenie sepsą”. W prasie zaroilo się od doniesień w stylu: „Żołnierz zakażony sepsą”, „dziecko zmarło na sepsę” itd., itp.. Wielu dziennikarzy nadal jest nierreformowalnych i nie rozumie, że sepsą nie można się „zakażać”, gdyż jak zapewne Państwu wiadomo, „sepsa, czyli wstrząs septyczny (zwany też posocznicą, zespołem zakażenia ogólnego lub z angielska SIRS) jest rodzajem patologicznej, ciężko przebiegającej reakcji organizmu, a ściślej mówiąc jego układu odpornościowego na zakażenie. Sepsa nie jest chorobą, ale zespołem objawów chorobowych, które mogą być wywołane różnymi czynnikami zakaźnymi, najczęściej różnymi bakteriami (a nie tylko meningokokami), a także wirusami czy grzybami. Może stanowić niekorzystne powikłanie wielu chorób”. Wielu z Państwa zapewne się zastanawia, po co wypisują te truizmy? Otóż powód jest prosty. Takie sytuacje mogą się powtarzać i kiedyś jakiś żądny sensacji dziennikarz może kogoś z Was zapytać o „sepsę”. Wtedy odpowiadając, trzeba bardzo ważyć słowa, gdyż potem można przeczytać w tym czy innym tytule wypowiedź pochodzącą jakoby od lekarza, tylko trudno uwierzyć, że to on użył sformułowań, które zostały wydrukowane. I trzeba się zastanawiać, czy „skrótów myślowego” użył lekarz, czy też dokonał tego dziennikarz, dodatkowo nie autoryzując wypowiedzi.

W poprzednim ścinieku „straszyłem” Państwa sepsą. Jak się okazuje, szum medialny w tej kwestii, choć niezupełnie na temat, może jednak czasami przynieść pozytywny efekt. Otóż jedna z moich pacjentek, zasięgając rady, gdzie można dobrze i bezpiecznie zoperować przepuklinę u bardzo leciwej osoby, opowiedziała mi historię swojej matki, która od lat ma przepuklinę pachwinową, która coraz bardziej się powiększa i coraz częściej jest przyczyną sporych dolegliwości. Jednakże do tej pory nie chciała nawet słyszeć o leczeniu operacyjnym. Ostatnio, przy okazji kolejnego ataku bólowego, odwiedziła swoją lekarzkę rodzinną, która w rozmowie użyła argumentu, że taka nieleczona przepuklina może skończyć się sepsą. I wtedy „stał się cud”. Starsza pani najwyraźniej coś czytała lub słyszała na temat sepsy, gdyż wreszcie się przestraszyła i postanowiła zoperować „feralną” przepuklinę.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzej Sośnierz najwyraźniej dostał w spadku od swojego poprzednika „trzy koperty”. Aktualnie zapewne zakończył realizację rady zawartej w pierwszej z nich, czyli: „Zwalaj wszystko na poprzednika” i otworzył drugą, w której była kartka z poradą: „Reorganizuj”. Jednym z efektów tego działania jest zmiana zapisów dotyczących „bezlimitowych porodów”. Otóż w tegorocznych kontraktach zapis o braku limitu na porody zniknął. Indagowany w tej sprawie Fundusz odpowiedział ustami swojego rzecznika, że nic się w tej materii nie zmieniło i NFZ nie zamierza limitować porodów. Pomyślą Państwo:

Przedwczesny alarm. Niestety nie! Rzecznik Funduszu powiedział, owszem, prawdę, tyle że nie całą. W tym roku bowiem połączono kontrakt położniczy z ginekologicznym i jeśli oddział odbierze więcej porodów, to siłą rzeczy będzie mógł wykonać mniej innych procedur, a pod koniec roku może mieć niezapłacone za niektóre procedury. Ktoś powie: „Niemożliwe!” Niestety, możliwe, o czym świadczą przypadki niezakończonych jeszcze procesów o zapłatę za porody w 2004 r., w którym także nie było zapisu o „bezlimitowych porodach”. W kontekście tego działania prezesa NFZ, które stoi w jawnej sprzeczności z działaniami rządu, który (przynajmniej werbalnie) nakłania Polki do posiadania większej liczby dzieci, a także innych jego „reformatorskich” zapędów, ciekaw jestem, kiedy prezes Sośnierz będzie musiał otworzyć trzecią kopertę z radą: „Szykuj trzy koperty”.

Afery corhydronowej ciąg dalszy. Kilka dni temu wszystkie wydania programów informacyjnych, w prawie wszystkich stacjach telewizyjnych, rozpoczynały się od informacji, że „Jelfa jest niewinna w sprawie Corhydronu” i lek ten „wraca do obrotu”. Tymczasem wiadomość ta była nieprawdziwa i najwyraźniej wynikała z działań PR-owskich firmy z Jeleniej Góry, która za wszelką cenę stara się odzyskać dobre imię. Jednakże działania prowadzone w ten sposób mogą przynieść odwrotny efekt i dowodzą, że właściciele Jelfy niczego nie wynieśli z afery corhydronowej, a także

świadczą o niespotykanej bucie producenta. Jak się bowiem następnego dnia okazało, w wyniku sprostowań Głównego Inspektora Farmaceutycznego, jak i Ministerstwa Zdrowia, to, co podały media, było inspirowane wypowiedziami przedstawicieli Jelfy, którzy przekazali tylko niektóre fakty z decyzji GIF, mówiąc o nich w kontekście całej afery. Prawdą bowiem jest, że Jelfie pozwolono sprzedawać Corhydron, ale tylko w dawkach 100 i 25 mg, gdyż ich opakowania są na tyle różne, że nie zachodziła możliwość pomylenia ich z innym lekiem produkowanym przez Jelfę. Niestety dla Jelfy, pozwolenie na sprzedaż nie dotyczy Corhydronu w dawce 250 mg, gdyż nadal śledztwo w jego sprawie nie jest zakończone. Ale o tym jeleniogórski producent już nie raczył powiadomić opinii publicznej, licząc najwyraźniej, że cała prawda do niej nie dotrze.

Ministerstwo Zdrowia nie ma jednak fartu. Nawet jak zamierza zrobić coś, czego dopomina się od dawna środowisko lekarskie i bardziej światła część społeczeństwa, to wychodzi mu jak zwykle, czyli – kicha. Ostatnim takim pozornie oczekiwanym pomysłem jest projekt dodatkowych ubezpieczeń, których celem (najwyraźniej) ma być dostarczenie dodatkowych pieniędzy do szpitali poprzez wykupienie przez obywateli polis zapewniających lepsze warunki pobytu w szpitalu, tzw. II filar oraz III filar, czyli zakup całkowicie prywatnego ubezpieczenia, które jednak nie zwalniałoby z opłacania obowiązkowej składki ubezpieczeniowej. Projekt ten, choć ma jeden pozytyw – wreszcie oficjalnie „władza” zaczęła mówić o dodatkowych ubezpieczeniach i przynajmniej na poziomie Ministerstwa Zdrowia rozważa możliwość ich wprowadzenia – to jednak nie dotyka istoty problemu. Po pierwsze, ponieważ zajmuje się marginaliami, tu – lepszymi warunkami pobytu w szpitalu. Po drugie i może ważniejsze, od razu spowodowało opór populistów, na czele z premierem, którzy zaczęli protestować przeciwko dzieleniu ludzi w zależności od zawartości portfela. To, że jest to czysta demagogia, wiedzą wszyscy, którzy mają choć trochę pojęcia o zdrowiu publicznym, gdyż liczne badania wielokrotnie wykazywały, iż osoby o wyższym statusie finansowym mają przeciętnie lepszy stan zdrowia, bo lepiej o nie dbają, a wiele działań prozdrowotnych jest, niestety, dość kosztowna.



PEM DIRECT MARKETING

Agencja Marketingu Bezpośredniego poszukuje

lekarzy - konsultantów

do pracy przy obsłudze infolinii medycznej

Od kandydatów oczekujemy

- dyplomu lekarza
- łatwości w nawiązywaniu kontaktów
- praktyki lekarskiej w podstawowym zakresie
- zainteresowania terapią z użyciem leków naturalnych
- umiejętności sprawnej obsługi komputera

Oferujemy

- stabilną i przyjemną pracę w charakterze konsultanta (nie handlowca), wykonywaną w cyklu zmianowym: maks. dwa dyżury tygodniowo w godz. 9-15 i 15-21
- szkolenia z terapii z użyciem leków naturalnych
- dobre wynagrodzenie
- pracę na samodzielnym stanowisku

Pisemne zgłoszenia kandydatów zawierające dane o wykształceniu i dotychczasowych doświadczeniach zawodowych prosimy nadsyłać na adres:

**PEM Direct Marketing Sp. z o.o. ul. Szelągowska 41,
61-626 Poznań lub e-mailowo: biuro@pem.biz.pl**

W myśl Ustawy o Ochronie Danych Osobowych, aplikacja musi zawierać zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów procesu rekrutacyjnego.

Kredyt Hipoteczny dla Lekarzy



* na każdy cel: mieszkaniowy, konsolidacyjny lub dowolny

* do 110% wartości nieruchomości

* dostępny w PLN, CHF, USD, EUR

* zapewniamy profesjonalną obsługę i minimum formalności

* specjalna procedura przy braku zdolności kredytowej

od 1,95%
w CHF

Również przy braku
zdolności!!!

061-852-28-10
502-208-983
507-410-964

Partner Kredytowo Finansowy
Zapraszamy do Kancelarii
Al. Marcinkowskiego 26/6
w Poznaniu

Niewydolność nerek nie musi być
katastrofą medyczną o wymiarze światowym

konferencja



międzynarodowy dzień nerek

VI Wielkopolskie Aktualności Nefrologiczne

8 marca 2007 r.

w siedzibie Polskiej Akademii Nauk w Poznaniu; ul. Wieniawskiego 17/19

patronat naukowy

prof. dr hab. Stanisław Czekalski
prof. dr hab. Jerzy Głuszek
prof. dr hab. Wanda Horst-Sikorska
prof. dr hab. Danuta Pupek-Musialik

biuro organizacyjne

Wydawnictwo Termedia sp. z o.o.
ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81
e-mail: szkolenia@termedia.pl

Udział w konferencji jest bezpłatny,
jednak ze względu na ograniczoną liczbę
miejsc obowiązuje wcześniejsza rejestracja.

Rejestracja:
www.termedia.pl/konferencje
tel./faks +48 61 822 77 81
e-mail: szkolenia@termedia.pl

Organizatorzy: Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego; Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej
Oddział Poznański Towarzystwa Internistów Polskich; Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych AM w Poznaniu
Stowarzyszenie Nefrologia Polska; Wydawnictwo Termedia – wydawca m.in. *Przewodnika Lekarza*

termedia
wydawnictwo

przewodnik lekarza

Uczestnicy konferencji otrzymają 5 punktów edukacyjnych

Uczestnikom przysługują punkty edukacyjne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobu dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów oraz udokumentowanej listy godzin uczestnictwa w konferencji.

I Kongres

PATRONAT HONOROWY:
MINISTER ZDROWIA
prof. dr hab. med. ZBIGNIEW RELIGA

Liderzy opinii
partnerami
lekarza praktyka

TOP
MEDICAL
TRENDS
2007



Goście honorowi:
prof. dr hab. med. Ryszard Gryglewski
prof. dr hab. med. Hilary Koprowski (USA)

Poznań 16–18 marca 2007 r.
Centrum Kongresowe
Międzynarodowych Targów Poznańskich
pawilon 15C

Wśród zagadnień:

- Najciekawsze trendy kliniczne w Europie i na świecie w wybranych dziedzinach medycyny
- Gorące tematy dyskutowane na najważniejszych kongresach
- Jak najnowsze zdobycze nauki przekładać na codzienną praktykę lekarską i kliniczną
- Nowe technologie w medycynie

Uczestnicy
otrzymają
25 punktów
edukacyjnych

zapraszamy

lekarzy poz., lekarzy medycyny rodzinnej, internistów
wszystkich specjalności, pediatrów, lekarzy pozostałych
specjalności oraz menedżerów

www.topmedicaltrends.pl

Janusz Michałak
przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
prezes Wydawnictwa Termedia

ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań
tel./faks: +48 61 822 77 81
e-mail: termedia@termedia.pl
www.termedia.pl



Organizatorzy: *Polskie
Towarzystwo Medycyny Rodzinnej*
czasopismo *Przewodnik Lekarza*,
Wydawnictwo Termedia

prof. dr hab. Andrzej Steciwko
przewodniczący Komitetu Naukowego
prezes PTMR

ul. W. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław
tel.: +48 71 325 51 26, faks: +48 71 325 43 41
e-mail: zmr@zmr.am.wroc.pl
www.zmr.am.wroc.pl/ptmr

Mała dawka mediów



ANDRZEJ
PIECHOCKI

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Bezpośrednio i pośrednio. 24 godziny na dobę. Informacje mniej ważne, ważne i bardzo ważne. Informacje fascynujące, poruszające. Informacje nadzwyczajne. Głównym składnikiem receptury małej dawki mediów są fragmenty informacji zwyczajnych. A zarazem użytecznych.

Zapomnieć? Nie!



Lekarze domagają się podwyżek i zapowiadają strajk. Jeżeli rząd nie znajdzie dodatkowych pieniędzy, protesty w służbie zdrowia rozpoczną się 8 maja. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy nie kryje, że ubiegłoroczne podwyżki nie są dla środowiska satysfakcjonujące. W 2007 r. związek oczekuje dalszego wzrostu płac do 5 tys. zł dla lekarzy bez specjalizacji i do 7,5 tys. zł – dla specjalistów. Tymczasem w tegorocznym budżecie nie ma na ten cel pieniędzy. Przedstawiciele resortu zdrowia mówią wprost, że żądania lekarzy są zupełnie nierealne. Podkreślają też, że na przyznane w październiku podwyżki budżet państwa musi w tym roku wyasygnować 4,4 mld zł. Lekarze stanowiskiem ministerstwa są rozgoryczeni. – Słyszałam na własne uszy, jak Religa mówił, że o dalszych podwyżkach mamy zapomnieć. Zaznaczał, że za jego kadencji dostaliśmy już jedną dużą podwyżkę i na razie nie ma nic więcej do zaproponowania – relacjonuje Halina Bobrowska, szefowa wielkopolskiego OZZL. – To smutne, że rząd w ogóle nie chce z nami rozmawiać. Negocjuje jedynie w obliczu strajku. Prawdopodobnie będziemy więc zmuszeni podjąć tę przykrą decyzję i ogłosić akcję strajkową. Instrukcje dla organizacji regionalnych i terenowych i przeprowadzenia strajku pobrać można już ze strony internetowej związku.

MARIA BIELICKA
„GAZETA WYBORCZA”

Pełna gotowość – od roku



Lekarze ze Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Poznaniu, jako pierwsi w Wielkopolsce, będą przeprowadzać skomplikowane przeszczepy płuc. W tym roku zaplanowano trzy takie operacje. Będą możliwe dzięki nowemu blokowi operacyjnemu, który dzisiaj zostanie otwarty w klinice. Być może w przyszłości będą tu przeprowadzane także transplantacje serca i małoinwazyjne zabiegi naczyniowe. – Od paru lat przygotowaliśmy się do transplantacji płuc, a pełną gotowość do wykonywania tych zabiegów mamy od roku – informuje prof. Wojciech Dyszkiewicz, kierownik Kliniki Torakochirurgii Akademii Medycznej. – Płuco jest najtrudniejszym narządem do przeszczepów ze względu na duże trudności utrzymania go przy życiu.

MARTA CIEMNOCZOŁOWSKA, DANUTA PAWLICKA
„GŁOS WIELKOPOLSKI”

Minister nie ma funduszy



Mogą grozić strajkami, ale więcej pieniędzy nie dostaną. Minister Zdrowia Zbigniew Religa oświadczył, że nie ma do końca roku funduszy na podwyżki dla lekarzy i pielęgniarek. I nikt z rządu rozmawiał z nimi o większych pensjach nie będzie. – Nie mogą na tym ucierpieć pacjenci. A jeżeli pieniądze z NFZ przeznaczylibyśmy na wzrost płac, musielibyśmy ograniczyć wzrost świadczeń. Nie ograniczymy, świadczeń będzie tyle samo co w 2006 roku. I dlatego nie będzie pieniędzy na podwyżki – tłumaczy Religa. Zapowiada, że żadnych ustępstw od tego nie będzie. – Gdyby w maju doszło do płacowych strajków, ministerstwo nie podejmie rozmów z protestującymi, bo nie miałyby one podstawy prawnej. Czyli pisząc wprost: strajk o podwyżki zostanie uznany za nielegalny. A to oznacza, że ci, którzy przerwą pracę, mogą zostać dyscyplinarnie z niej zwolnieni.

AGNIESZKA KOZERA
„DZIENNIK ONLINE”

Od 8.00 do 20.30



Pionierska operacja ratowania słuchu. Pierwszy raz w Polsce lekarze wszczepili implant do pnia mózgu pacjentowi, który stracił słuch po złamaniu podstawy czaszki. Operację przeprowadził sławny prof. Vittorio Coletti z Werony, a asystował mu prof. Witold Szyfter z poznańskiej AM. Pracy prof. Colettiego przyglądały się tłumy lekarzy – w Europie jest raptem kilku wyspecjalizowanych chirurgów, przeprowadzających wszczepianie implantów pniowych. Jednym z bardziej znanych jest właśnie prof. Vittorio Coletti z Werony. To on zgodził się przyjechać do Polski i zoperować dwóch pacjentów czekających na implant pniowy: 23-letniego mężczyznę z Pleszewa z guzem wielkości mandarynki na nerwie słuchowym i 47-latkę po złamaniu podstawy czaszki. Chirurg wszedł do sali o godz. 8 rano i wyszedł po ponad 12 godzinach, o godz. 20.30. Część zainteresowanych mogła oglądać wszystko w sali, inni na monitorze umieszczonym w sali obok.

MAŁGORZATA LAMPA
„GAZETA WYBORCZA”

Niektóre czynności pod nadzorem



Pielęgniarki z pogotowia ruszyły na szkolenia, bo dyrektorzy nie wiedzą, czy bez specjalizacji mogą pracować. Nowa ustawa o ratownictwie, która weszła w życie 1 stycznia, narobiła sporo zamieszania. Według niej pielęgniarki pracujące na oddziałach ratunkowych muszą mieć specjalne uprawnienia. Nie wystarczy im średnia szkoła medyczna. Według Przemysława Klamana, zastępcy dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia, w pogotowiu czy na oddziałach ratunkowych mogą pracować te pielęgniarki co wcześniej, tylko niektóre czynności muszą „wykonywać pod nadzorem”. Potwierdza to Andrzej Troszyński z biura prasowego NFZ.

MICHAŁ A. ZIELIŃSKI
„RZECZPOSPOLITA”

Wspomnienie o Hani

Dr n. med. Hanna Bartkowiak-Lamperska 1952–2006

Doktor Hanna Bartkowiak-Lamperska po ukończeniu (*cum laude*) studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu rozpoczęła w 1978 r. pracę na Oddziale Wewnętrznym B Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Poznaniu i od razu podbiła nasze serca. Była nieprzeciętnie zdolna, pracowita, bez reszty oddana chorym. Osoba niezwykle prawa, twardo przestrzegająca zasad etyki, a równocześnie pełna ciepła, serdeczna, życzliwa, otwarta na ludzi. Zawsze można była na nią liczyć. Nie zdarzyło się, aby kiedykolwiek zawiodła.

Po uzyskaniu w 1984 r. specjalizacji II stopnia z chorób wewnętrznych zainteresowała się szczególnie cukrzycą i w 1990 r. uzyskała specjalizację z diabetologii. Jej osobistą zasługą dla szpitala było inspirowanie dalszego rozszerzenia usług medycznych, zwłaszcza z diabetologii. W ramach tych działań, poza konsultacjami, prowadziła dla lekarzy cykl wykładów z zakresu diabetologii, systematyczne szkolenia personelu medycznego oraz edukację cukrzycową dla chorych.

Ujawniła wielkie zdolności dydaktyczne, które potwierdziła, prowadząc ćwiczenia ze studentami, z lekarzami rodzinnymi i specjalizującymi się z interny. Była aktywnym członkiem Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Brała czynny udział w sympozjach i zjazdach, na których przedstawiała swoje doniesienia i prace. Opublikowała 16 prac naukowych. W maju 2000 r. na podstawie rozprawy „Zachowanie się cynku, miedzi i magnezu w surowicy chorych z typem I cukrzycy” uzyskała stopień naukowy doktora nauk medycznych.

We wrześniu tego samego roku wygrała konkurs i została ordynatorem Oddziału Wewnętrznego B Szpitala Woje-

wódzkiego w Poznaniu. Dała się poznać jako znakomity organizator pracy zespołowej, a swą wiedzą, nienaganną postawą etyczną i wrażliwością zyskała uznanie zarówno wśród chorych, jak i współpracowników.

Kiedy wydawało się, że jest na prostej drodze, z głową pełną pomysłów i planów na przyszłość, dopadła ją podstępna choroba. Wtedy poznaliśmy jeszcze jedną wspólną cechę jej charakteru – odwagę. Bez słowa skargi, bez narzekania, z wielką determinacją i właśnie z odwagą podjęła walkę z chorobą, ani na moment nie rezygnując z przyjętych na siebie obowiązków. Przez cały czas, dopóki starczyło jej sił, była znakomitym ordynatorem, doskonałym lekarzem, nauczycielem, wychowawcą, matką.

Nie było jej dane skończyć wszystkich projektów i planów. Odeszła w pełni sił twórczych, w wieku zaledwie 54 lat, pozostawiając w głębokim żalu bliskich i przyjaciół.

Pozostaniesz, Haniu, na zawsze w naszych sercach i w naszej pamięci.



SŁAWOMIR WITOSZYŃSKI

ZAPROSZENIE

Komisja Stomatologiczna WIL najserdeczniej zaprasza wszystkich lekarzy dentystów, a także studentów V roku stomatologii na spotkanie szkoleniowe stomatologów WIL w auli Wyższej Szkoły Hotelarstwa i Gastronomii przy ul. Nieszawskiej w Poznaniu w dniu 17 lutego 2007 r. o godzinie 10.00.

Program

10.00–10.15	Powitanie
10.15–11.30	Zróżnicowanie regionalne stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży w Polsce – prof. dr hab. n. med., dr h. c. Maria Wierzbicka, Prezes Fundacji Promocji Zdrowia Jamy Ustnej, Warszawa
11.30–12.45	Współczesne metody leczenia endodontycznego – dr n. med. Mariusz Lipski, Katedra Stomatologii Zachowawczej Akademii Medycznej w Szczecinie
12.45–13.30	Poczęstunek i dyskusja
13.30	Wpływ antybiotykoterapii na otoczkę bakteryjną w leczeniu jamy ustnej – dr n. med. Barbara Balkowska, MIP Pharma Gdańsk
14.15–15.00	rodacy i dlaczego? – dr n. ekon. Jacek Trębecki, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu

Dyskusja z udziałem dra n. med. Krzysztofa Kordela, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Zapraszamy serdecznie!

PRZEWODNICZĄCA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ WIL
DR N. MED. ANNA KURHAŃSKA-FLISKOWSKA

Opłata – 50 zł na pokrycie kosztów wynajmu sali i lunchu może być uiszczona na miejscu bądź przelewem na konto WIL z adnotacją „szkolenie stomatologów”.

Fraszki



ALOJZY ADAMSKI

Powodzenia!

W działaniu dwoi się
i troi –
pomysłów tyle, że boli
głowa.

Szczerze mu życzę
powodzenia –
niech by się nawet zdzięsiątkował!

Dyle – maty dyplomaty

Dyłu, dyłu, krokodylu! –
tańczyć musi dyplomata.
A to wyczyn opętańczy –
dyplom często nie wystarczy
i jeśli się kiepsko tańczy,
dostaje się... mata!

Propozycja

Może na urlop wysłać wyrocznie?
Jeśli zmęczona, niechaj odpocznie.
Już od tak dawna androny plecie –
niech się rozerwie w ciekawym świecie.

Zmienna aura

W życiu jest różnie –
raz maj jest, raz luty.
Dzisiaj zaszczyty –
jutro zaszczyty.

Złotouści

Jakże cenne każde zdanie,
które głoszą „pretorianie”.
Oni każdy słowny potok
zamieniają w szczerze złoto.

Płonne nadzieje

Miała być zgoda i wielkie szanse –
a wyszła wrogość i... szańce.

Fraszka

Życie to nie fraszka –
ulotna igraszka.
Fraszka, choć to chwila,
życie umila lub...
kłuje jak szpila.

Wersal

Prawi pochlebstwa „z całym szacunkiem” –
jakże się mizdrzy, by zaraz potem
„z całym szacunkiem”... obrzucić błotem.



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 12 000 egz.

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

centrala tel. (061) 852 58 60; prezes (061) 851 87 66;
praktyki indywidualne (061) 851 87 62
rejestracja (061) 851 87 58; księgowość (061) 851 87 59,
faks/tel. (061) 851 87 62
e-mail: izba@wil.org.pl www.wil.org.pl

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

ADRESY DELEGATUR WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

DELEGATURA W KALISZU

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

DELEGATURA W KONINIE

62-502 Konin, ul. Makowa 2
przewodniczący – dr Krzysztof Połeć
tel./faks (063) 245 66 10, 0 600 027 158
sekretarka – Izabela Tomaszewska
konin@wil.org.pl, www.wil.konin.pl

DELEGATURA W LESZNIE

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

DELEGATURA W PILE

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

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

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

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski
członkowie redakcji: Janusz Skowronek, Piotr Śliwiński, Krzysztof Ożegowski,
Andrzej Cisło, Krzysztof Hajdo, Krzysztof Połeć, Przemysław Kozanecki,
Wiesław Wawrzyniak, Andrzej Piechocki

Na zlecenie WIL wydany przez

Termedia Wydawnictwo Medyczne, ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: termedia@termedia.pl, <http://www.termedia.pl>

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Oskara Bielawskiego w Kościanie zatrudni **lekarzy chętnych do specjalizowania się w psychiatrii**

List motywacyjny oraz CV proszę przesyłać na adres:
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego, Plac Paderewskiego 1A, 64-000 Kościan tel. 065 512 13 24 (Dyrektor) 065 511 51 08 (Kadry) faks 065 512 22 96
Ogłoszenie na naszej stronie internetowej: www.wsn.koscian.pl
e-mail: wsk@wsn.koscian.pl

ZATRUDNIĘ LEKARZA STOMATOLOGA

z conajmniej 4-letnim stażem pracy, do pracy w gabinecie w okolicach Poznania
tel. 0505 107 788

LEKARZ DENTYSTA

(kobieta) po stażu podplomowym poszukuje pracy w Poznaniu.
(LDEP 07.10.2006)
Tel. 0660 690 835

SPRZEDAM NZOZ stomatologiczny

w centrum Poznania
tel. 0600 931 503

NZOZ W POZNANIU ZATRUDNI LEKARZA STOMATOLOGA

0603 396 698

NZOZ w Poznaniu zatrudni specjalistów II stopnia: **chirurga onkologa (NFZ), ortopedę (NFZ), chorób wewnętrznych, neurologa, dermatologa.**
tel. 0600 382 636 (8⁰⁰-16⁰⁰)

SPRZEDAM DWA UNITY ERGOSTAR 90S

z końcówkami i kompresorami
Tel. 0501 793 448

NSZOZ TERMEDICA w Poznaniu

zatrudni psychiatrę z II st. specjalizacji

tel.: 606 451 203
e-mail: p.reszelski@wp.pl

www.termedica.pl

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Szamotułach zatrudni od zaraz

**lekarzy pediatrów
lekarzy anesteziologów
lekarzy do zespołu ratownictwa medycznego**

Oferujemy zatrudnienie na pełnym etacie oraz na dyżurach szpitalnych. Zapewniamy atrakcyjne warunki pracy i płacy w formie umowy o pracę lub o świadczenie usług medycznych.

tel. 061 292 71 01

Dyrekcja Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

Poznań – Nowe Miasto

ZATRUDNI LEKARZA SPECJALISTĘ NEUROLOGA

na oddziale neurologicznym.

Oferty prosimy składać na adres:
Zakład Opieki Zdrowotnej Poznań – Nowe Miasto
ul. Szwajcarska 3
61-285 Poznań
tel. 061 873 90 00



EMC Instytut Medyczny S.A.

zatrudni w Szpitalu Św. Jerzego w Kamieniu Pomorskim

specjalistę chirurga na stanowisku zastępcy ordynatora oddziału

Oferujemy atrakcyjne warunki pracy i wynagrodzenia. Istnieje możliwość uzyskania mieszkania służbowego.

CV ze zdjęciem oraz list motywacyjny z powołaniem się na nr ogłoszenia należy przesyłać na adres e-mail: praca@emc-sa.pl do 15 marca 2007 roku.

Zastrzegamy sobie prawo odpowiedzi na wybrane oferty.

NZOZ W POZNANIU ZATRUDNI LEKARZA INTERNISTĘ LUB LEKARZA MEDYCyny RODZINNEJ
TEL. 0507 079 955

Prywatna przychodnia stomatologiczna zatrudni lekarza dentystę z minimum roczną praktyką.

Oferty proszę kierować na adres: Prywatna Przychodnia Stomatologiczna, ul. Szyperska 1, Poznań 61-754 lub mailem: mariusz.oboda@omd.edu.pl

ZATRUDNIĘ LEKARZA STOMATOLOGA

w NZOZ na os. Kopernika. Praca również w ramach NFZ. Wymagany 3-letni staż pracy.
Tel. 061 868 02 21
0604 401 116

POSZUKUJĘ DO PRACY W PORADNI LEKARZA ZE SPECJALNOŚCIĄ MEDYCYNĄ RODZINNA LUB LEKARZA CHOROBY DZIECIĘCYCH
tel. 065 511 93 00
kom. 0604 501 370

NZOZ w Gnieźnie

- zatrudni lekarzy stomatologów na atrakcyjnych warunkach,

- wynajmie nowoczesne gabinety.

tel. 061 424 32 09

Wydział Zarządzania Kryzysowego Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu

zatrudni lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej lub będących w trakcie tej specjalizacji oraz lekarzy posiadających specjalizację z następujących dziedzin medycyny:

anestezjologia i intensywna terapia, choroby wewnętrzne, chirurgia, chirurgia dziecięca, ortopedia, traumatologia, pediatria.

Wymaganiem koniecznym jest minimum pięcioletni staż w zespołach ratownictwa medycznego lub na szpitalnym oddziale ratunkowym.

Dyżury pełnione będą na stanowisku lekarza koordynatora ratownictwa medycznego w Wojewódzkim Centrum Zarządzania Kryzysowego.

WITRYNA INTERNETOWA WIL




www.wil.org.pl

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

2 pomoc

dojść do ulubionych rejestracja | przypomnienie hasła | kontakt | strona główna

Niedziela, 21 stycznia 2007 r. Agnieszka login: hasło: Zaloguj

<ul style="list-style-type: none">AktualnościOrgany IzbyDelegaturyKomisjeBiuletyn WILKontaktSieć GSM - WILSkładkiFundacja WILO nasZdrowie PubliczneIlaczelna ILPrzegląd PrasyLegislacja	<h3>Serdecznie witamy</h3> <p>Podobno jeśli ktoś życzy nam wszystkiego najlepszego, lepiej zapytać o co mu chodzi bo człowiek mający wszystko co najlepsze niekoniecznie musi być okazem szczęścia.</p> <p>My życzymy sobie obyśmy nadążyli za karuzelą zmian, która jakości nie chce zwinąć. No i zdrowiu- czegoż innego może życzyć sobie korporacja tak dobrze znająca jego cenę? Zapraszamy do lektury naszych stron przez cały 2007 rok. <i>Redakcja</i></p>   <h3>Na naszych stronach</h3> <p>Tematy:</p> <ul style="list-style-type: none">Dyżury-ustawa,dyrektywa i lex MełWymiana danych z FunduszemSamozatrudnienieArchiwum Protestu 2006 <h3>Giełda ogłoszeń</h3> <p>szukam pracy, dam pracę, sprzedam - kupię sprzęt...</p>  <h3>Aktualizowane serwisy</h3> <h3>Zdrowie Publiczne</h3> <p>Działania Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w obszarze Zdrowia Publicznego</p>	<h3>Aktualności</h3> <p>'Wespół w zespół'- posłowie z ministrem poprawiają ustawę ... -jest tekst projektu i komentarz WIL... więcej →</p> <p>OZZL-Do Lekarzy w Polsce więcej →</p> <p>Sieć GSM Wielkopolskiej Izby Lekarskiej więcej →</p> <p>Prywatne kliniki kontra szpitale więcej →</p> <p>Hilfe für Polen- nabór na stypendia ... Rusza kolejna akcja stypendialna tej fundacji na rok 2007. Przewodnicząca Fundacji pani Wiltr... więcej →</p> <p>Monopolizacja przez certyfikaty- stanowisko Ilaczelnej Rady więcej →</p> <p>Trochę legislacji na koniec roku ... Zacząć wypada od precedensowego wyroku w sprawie dr. Misia z Nowego Sącza. Spawę referuje sobotni... więcej →</p> <p>Rozkliczenia z IFZ w 2007 ... Jak dowiadujemy się z komunikatu zamieszczonego na stronie Centrali NFZ od połowy 2007r. NFZ prze... więcej →</p>	<h3>Stale serwisy</h3> <ul style="list-style-type: none">Rejestr uchwałPrawo, KontraktyKształcenieStomatolodzy <h3>w serwisach:</h3> <p>Nowe ustawy o podwyżkach Rozp.MZ-dane do nrfz Rozp.MZ-wespejalizacji Rozp.MZ-dokumentacja zoz -XXIV Okr.Zjazd WIL</p> <h3>legislacja: (7)</h3> <ul style="list-style-type: none">-ustawa o izbach lek.-ustawa o zoz <p>>>>całość</p> <h3>przeczytane:</h3> <ul style="list-style-type: none">• Piękny jak chirurg.• Krytycznie o polisach• Telemedycyna w Wlkp.• Szekspir nie pomógł... <p>+ więcej</p> <h3>Redakcja</h3> <p>redakcja@wil.org.pl</p> <h3>najbliższe...</h3> <p>...posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej 23 lutego 2007</p> <p>g.14.30 siedziba WIL</p>
--	--	--	--

Aktualności | Biuletyn WIL | Delegatury | Fundacja WIL | Komisje | O nas | Organy Izby | Sieć GSM - WIL | Zdrowie Publiczne | Kontakt | Składki

Created by Akedo Copyright © 2005 wil.org.pl