



MEDIUM

GAZETA DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Nr 9 (110)

WRZESIEŃ 1999

ISSN 1425-9397



Zdjęcie i opracowanie graficzne Krzysztof Drobiński

Szpital na ul. Koszarowej we Wrocławiu w odnowionych budynkach, które pozostały po wyjściu z Polski wojsk radzieckich. Mieści się w nim obecnie Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Chorób Infekcyjnych. Są plany, aby do części tych obszernych budynków przenieść również Specjalistyczny Szpital im. Ludwika Rydygiera, który pracuje w wiekowym budynku w ciężkich warunkach. Niestety, w szpitalu przy ul. Koszarowej jest tylko 1 sala zabiegowa; nie ma bloku operacyjnego ani sal operacyjnych. Gdzie wobec tego miałyby być przeprowadzane operacje, których w Szpitalu im. Rydygiera wykonuje się rocznie ponad 4 tysiące.

Dolnośląska Izba Lekarska zaprasza 9 października na konferencję „okrągłego stołu”, której tematem będzie: Ocena problemów prawnych, etycznych i administracyjnych po dziesięciu latach realizacji przekształceń w dziedzinie zdrowia i zmiany systemu finansowania.

Pełna informacja str. 18



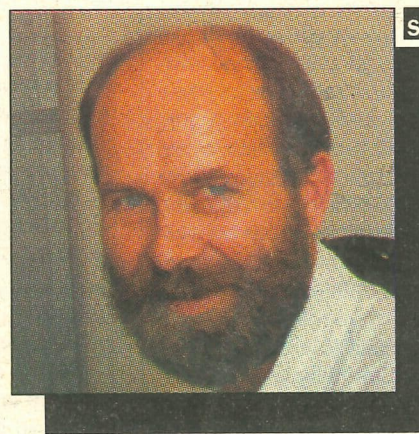
str. 3

Praca za godne pieniądze



str. 4

Rozważnie i profesjonalnie



str. 12,13

O kontraktach i procedurach na Prezydium DIL

SZPALTA NACZELNEJ



Poprzedni i bieżący rok przyniosły lekarzom rewolucyjne zmiany największe w ostatnim pięćdziesięcioleciu. Dolnośląska Izba Lekarska stara się wspierać lekarzy szeroką informacją, organizuje szkolenia, kursy, spotkania, by łatwiej umieli znaleźć swoje miejsce w nowej rzeczywistości.

Do zupełnie nowych zadań jakie stoją przed lekarzami będą należały negocjacje z kasą chorych przy podpisywaniu kontraktów. Wymagają one zupełnie innych umiejętności niż te nabyte na studiach medycznych. Ostatni Zjazd DIL uchwalił, że zostaną zorganizowane kursy negocjacji dla lekarzy, które by poprawiły szanse usługodawców.

W DIL zostały zorganizowane kursy negocjacji, udział w nich zgłosiło osobiście 51 osób. Zostały więc poczynione przygotowania stosowne do ilości uczestników, przygotowano kosztowne materiały i zatrudniono wykładowców do 2 grup. W 51 osobowej grupie trudno było przeprowadzać ćwiczenia praktyczne. Na zajęcia zgłosiło się 30 osób, pozostałe 21 nie zawiadomiły organizatorów, że na kurs nie przybędą. Nie odwołano więc wykładowców, aby utworzyć tylko 1 grupę. Zostały niepotrzebnie wydane pieniądze, które można było spożytkować w inny sposób. Lekarze, którym dano możliwość nabycia umiejętności prowadzenia negocjacji, nie skorzystali z tej szansy i może to mieć niekorzystny wpływ na ich dalsze losy. Byłam świadkiem banalnego wydarzenia, które odślaniało stan poinformowania ewentualnych pacjentów o instytucjach, które mogą im przynieść pomoc w nagłym załamaniu zdrowia.

Na przyjęciu imieninowym zle się poczuli jedna z jego uczestniczek - 63 letnia pani w pełni sprawna i dotychczas zdrowa. Jej tętno biło z szybkością 150 na minutę, oddychała szybko, odczuwała silny wewnętrzny niepokój. Zaproponowałam wezwanie pogotowia, czemu się stanowczo sprzeciwiła. Wyrzuciła obawy, że każą jej zapłacić 1000 zł za nieuzasadnione wezwanie karetki, a nie stać jej na to, bo jest emerytką. Nie chciała również aby ktoś z gości zawiadził ją na pogotowie, stwierdziła, że w poczekalni panuje tam tak przygnębiająca atmosfera, że nie jest w stanie tego znieść. Ponieważ było już po godzinie 20.00 większość gabinetów kardiologicznych, które oferują swoje usługi w ogłoszeniach gazetowych, zakończyła pracę i w telefonie odzywał się głos automatycznej sekretarki. Wreszcie jednak udało się znaleźć telefonicznie całonocną pomoc kardiologiczną. Młody miły pan doktor z II stopniem specjalizacji przywiózł ze sobą aparat do elektrokardiogramu. Badanie pacjentki przebiegło sprawnie, lekarz stwierdził rozpoczynając się infekcją wirusową. Zainkasował 75 zł i polecił swoje usługi na przyszłość. Natychmiast po jego wizycie chora pani poczuła się lepiej, wstała z tapczanu i zasiadła do deserów. Zapytałam czy nie przeszkadza jej podwyższone tętno i wewnętrzny niepokój. - Niepokój ustąpił, bo pan doktor zapewniał, że załam mi nie grozi, a jakaś mała grypka to przecież nic groźnego. - Powiedziała.

Ta typowa sytuacja z pewnością wróży dobrą przyszłość lekarzom, którzy będą gotowi zająć się serdecznie pacjentem i wyjść naprzeciw jego potrzebom psychicznym.

Elżbieta Pomorska

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

Uchwała nr 58/99

Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

z dnia 15 lipca 1999 roku

Na podstawie art. 25 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158 z późniejszymi zmianami) uchwała się co następuje:

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu ustala minimalną stawkę godzinową dla lekarza pełniącego dyżur w ramach kontraktu na kwotę 20 złotych netto, co przy uwzględnieniu m.in. składek ZUS, podatku, dodatków nocnych, świątecznych, średniej urlopowej, daje kwotę brutto 38 złotych.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała nr 59/99

Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

z dnia 15 lipca 1999 roku

Na podstawie art. 25 ustawy z dnia 17.05.89 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158 z późn. zm.) oraz § 2 ust. 1 rozp. MZiOŚ z dnia 11.05.99 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. nr 47, poz. 480) uchwała się co następuje:

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu powołuje Komisję Bioetyczną w następującym składzie: Przewodniczący: Lech Żynda
Członkowie: Renata Kania
Stanisław Kuchta
Zbigniew Knapik

Barbara Kowal-Gierczak
Tadeusz Heimrath
Adam Szela
Krystyna Kochman
Bolesław Simon
Janusz Pluta

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała nr 60/99

Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

z dnia 15 lipca 1999 roku

Na podstawie art. 25 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158 z późniejszymi zmianami) uchwała się co następuje:

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu powołuje Komisję

ds. Stażu Podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa w następującym składzie:

Przewodniczący: Włodzimierz Bednorz

Członkowie: Andrzej Wojnar
Wojciech Firkowski
Jan Adamus
Artur Kwaśniewski
Marek Rawski
Andrzej Szmid
oraz podkomisję ds. stażu podyplomowego lekarzy stomatologów w składzie:

Aldona Białas
Alicja Niepołomska
Ryszard Łopuch
Teresa Bujko
Bolesław Simon

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Należy uzupełnić wpłatę

Przypominamy PT Koleżankom i Kolegom, że zgodnie z uchwałą nr 98/98 z 17 grudnia 1998 roku w sprawie opłaty za wydanie zezwolenia oraz zaświadczenia stwierdzającego wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich do końca roku należy uzupełnić wpłatę zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 23.04.1998 r. na ten temat (indywidualna praktyka lekarska - 350 zł, indywidualna spe-

cialistyczna praktyka lekarska - 450 zł, za każde następne miejsce praktyki - 200 zł, za zmianę miejsca praktyki - 200 zł).

Należność można wpłacać bezpośrednio w kasie DIL lub na konto DIL:

Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu

BGŻ SA O/Wrocław 20302081-9537-2706-11

z zaznaczeniem tytułu wpłaty.

Od 1 stycznia 2000 roku...

...praktyka lekarska jako działalność gospodarcza jest nielegalna
Przypominamy Kolegom, którzy mają praktykę lekarską zarejestrowaną jako działalność gospodarczą, że od 1 stycznia 2000 roku działalność ich będzie nielegalna i

tak będzie traktowana przez urzędy skarbowe i Izbę Lekarską. Przypominamy również, że 31 grudnia 1999 roku upływa termin wpisu do rejestru indywidualnych lub specjalistycznych praktyk lekarskich w Izbie Lekarskiej.

Informujemy, że w Branżowej Kasie Chorych dla Służb Mundurowych - Oddział we Wrocławiu i w Dolnośląskiej Regionalnej Kasie Chorych dostępne już są warunki konkursu ofert, w tym formularze ofertowe wraz z załącznikami oraz standardy usług medycznych (opracowane przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej). DRKCh udostępnia materiały na dyskietkach.

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 9 września 1999 roku jednomyślnie potępiło postawę kolegów delegowanych do składu komisji konkursowych, którzy w wyznaczonym terminie nie stawiają się na obrady tychże komisji, uniemożliwiając odbycie konkursu. Jeśli fakty takie nadal będą miały miejsce, nazwiska tych kolegów zostaną podane na naszych łamach.

WYRÓŻNIONA

W uzupełnieniu listy osób, które zdały z wyróżnieniem egzamin specjalizacyjny II stopnia w sesji jesiennej 1998 roku podajemy nazwisko koleżanki **Jadwigi Drabarek**, która zdobyła II stopień z neonatologii pod kierunkiem dr n. med. Małgorzaty Rudnickiej.

Dyżury członków DIL w delegaturze legnickiej

w każdy wtorek w godzinach 14.00 - 15.00

Dyżurować będą:

- dr Alicja Niepołomska (pierwszy i piąty wtorek miesiąca)
- dr Hieronim Siwczyński (trzeci wtorek miesiąca)
- dr n. med. Artur Kwaśniewski (drugi i czwarty wtorek miesiąca)

KOMUNIKAT

o wymianie prawa wykonywania zawodu

Komisja ds. Rejestracji Lekarzy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu uprzejmie informuje, że zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza (Dz. U. nr 28, z dnia 26.03.1997 r. poz. 152 z późniejszymi zmianami), do dnia 30.06.2001 r. zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologa wydane na podstawie dotychczasowych przepisów winny być wymienione na nowe.

Zgodnie z art. 63 ustawy o zawodzie lekarza zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa wydane na podstawie dotychczasowych przepisów tracą ważność z dniem 30.06.2001 r.

W związku z tym, iż należy dokonać wymiany ok. 12.000 zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu, będziemy robić to sukcesywnie według określonego planu.

Wszyscy lekarze, członkowie naszej Izby otrzymają na adres

domowy wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu i arkusz zgłoszeniowy celem wypełnienia, z informacją, jakich dokumentów brakuje w aktach rejestracyjnych będących w posiadaniu Izby, które po skompletowaniu należy niezwłocznie przekazać do DIL. Kserokopie dokumentów prosimy potwierdzić za zgodność z oryginałem w biurze DIL lub u pracodawcy.

Przyjmowane będą wyłącznie komplety dokumentów, o które prosimy. Po wydrukowaniu prawa wykonywania zawodu, będziemy indywidualnie informować o możliwości odbioru dokumentu. **Przypominamy, że odbioru prawa wykonywania zawodu można dokonać wyłącznie osobiście.**

Prosimy o jak najszybsze składanie nadesłanych do Państwa wniosków, pozwoli to na szybką i terminową wymianę praw wykonywania zawodu, zapobiegnie kolejkom i zbytecznemu zdenerwowaniu.

Zaproszenie

Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu serdecznie zaprasza na Nadzwyczajny Zjazd Delegatów DIL z okazji 10-lecia reaktywowania samorządu zawodowego lekarzy na Dolnym Śląsku, który odbędzie się 11 listopada 1999 roku (czwartek) o godz. 16.00 w Auli Politechniki Wrocławskiej przy Wybrzeżu Wyspiańskiego we Wrocławiu.

Porządek obrad:

godz. 16.00 - otwarcie obrad i powitanie zaproszonych gości
- referat okolicznościowy
- wręczenie odznaczeń państwowych i wyróżnień
- część artystyczna

O godz. 15.00 odbędzie się msza św. w Kościele pw. Najświętszego Serca Pana Jezusa we Wrocławiu przy pl. Grunwaldzkim 3.

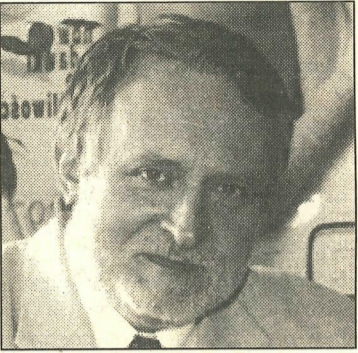
Uprzejmie zapraszamy lekarzy - delegatów na zjazd DIL I, II i III kadencji.

Konsultantem regionalnym w specjalizacjach głównych dla obszaru województwa dolnośląskiego w dziedzinie rehabilitacji lekarskiej jest dr TADEUSZ URBAN, a nie - jak omyłkowo podaliśmy w poprzednim numerze - dr n. med. Krzysztof Kołtowski.

Przypominamy, że w poprzednim numerze zamieściliśmy obszerną i wyczerpującą informację na temat wypełniania recept.

Z wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, przewodniczącym Dolnośląskiej Rady Lekarskiej dr. n. med. WŁODZIMIERZEM BEDNORZEM rozmawia Elżbieta Pomorska

Praca za godne pieniądze



Dr Włodzimierz Bednorz
wiceprezes
Naczelnej Izby Lekarskiej
prezes DRL

- Czy została rozstrzygnięta sprawa dyżurów i zapłaty za nie?

- W tej sprawie nie ma nadal jasności prawnej. Naczelna Izba Lekarska opracowała jeden z rozdziałów projektu zmian ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, którego jeden rozdział regulowałby sprawy dyżurów. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej obiecuje przygotowanie swojego projektu w pierwszej połowie września. Wówczas będzie możliwa dyskusja nad obu projektami. Obecnie sytuacja prawna jest taka sama jak po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego w tej sprawie. Jednak w moim przekonaniu najkorzystniejszą dla lekarzy formą prawną są kontrakty dyżurowe. Rada naszej Izby podjęła uchwałę, aby nie sprzedawać się za tanio i kwota brutto za godzinę dyżuru powinna wynosić co najmniej 35 zł, bo wówczas wypłata dla lekarza dyżurującego za godzinę wyniesie 20 zł. Ponieważ w kwocie 35 zł zawarte są kwoty ponoszone przez pracodawcę:

1. ZUS łącznie - 20,33%
2. składowa trzynastki od dyżurów 8,5%
3. zasiłki chorobowe wypłacane pracodawcy od składowej dyżurowej 8%
4. średnia urlopową wypłacaną od składowej dyżurowej 7,5%
5. dodatek nocny (20% od godzin nocnych w dni powszednie) przypada średnio na jedną godzinę dyżuru 7%
6. dodatek w dni świąteczne (100% za dni świąteczne) przypada średnio na jedną godzinę dyżuru 35%
7. koszt obsługi księgowej obciążający do tej pory pracodawcę, który lekarz na kontrakcie musi przenieść na siebie 5%.

Poza tym, należy przyjąć minimum 8% z tytułu inflacji rocznej.

Zakładając, że lekarzowi nie zmniejszy się dotychczasowy przychód, łącznie do stawki ubruttowionej należy dodać w przypadku kontraktów dyżurowych minimum 99,33%.

Przy założeniu, że przyjęta przez Radę Dolnośląskiej Izby Lekarskiej ubruttowiona stawka godzinowa powinna wynosić średnio dla lekarza 20,00 zł, wówczas minimalna stawka na kontrakcie dyżurowym powinna wynosić 38,27 zł.

20 zł za godzinę dyżuru lekarza nie jest ceną wygórowaną, biorąc pod uwagę odpowiedzialność, wymagane kwalifikacje i ważność społeczną pracy w porównaniu z innymi zawodami. W

przekonaniu Rady DIL nie jest to cena zbyt wysoka.

Apeluję do Kolegów, aby zaczęli cenić swoją pracę.

Do naszej sytuacji pasuje anegdota opowiedziana mi przez lekarza z Nowego Jorku. Miał on bardzo wielu pacjentów i zaczęło mu to ciążyć, ponieważ nie miał czasu na życie prywatne. Podniósł więc stawki o 100 procent i po miesiącu okazało się, że przybyło mu o połowę więcej pacjentów. Panuje przekonanie, że tylko to co drogie jest dobre.

- Ale jak to pogodzić ze zbyt małymi funduszami przeznaczonymi na ochronę zdrowia?

- Nie żyjemy w próżni prawnej i wiemy, że jest zbyt mało pieniędzy na służbę zdrowia.

Trzeba jednak dyrekcjom swoich zakładów i kasie chorych pokazywać rzeczywiste koszty leczenia. Nie jest winą lekarzy, że kasa chorych dostaje za mało pieniędzy z ZUS. Nie możemy być za wszystko odpowiedzialni i obciążać swoich naczyń wieńcowych wszelkimi nonsensami naszego życia publicznego.

- Kasy chorych ogłosiły warunki konkursu ofert...

- ...przystąpiono do konkursu ofert w kasach chorych, choć przekonywałem sejmową podkomisję do spraw wprowadzenia reformy, że świadczeniodawcy i kasa chorych nie są przygotowani na konkurs ofert w tym roku. Rząd nie przychylił się do zdania tej podkomisji sejmowej i wbrew opinii Naczelnej Rady Lekarskiej ogłoszono konkurs ofert. Zasady konkursu zostały przedstawione przez wicedyrektora ds. lecznictwa Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych dr. Jerzego Piekarskiego na Prezydium DIL 26 sierpnia (o tym szerzej obok).

- W konkursach dopuszczono negocjacje?

- Rząd dokonał zmiany zasad konkursu i dopuścił część negocjacyjną, która osłabia ścisłość tego konkursu. Zawsze będzie można powiedzieć, że oferta nie była prawidłowa i w czasie negocjacji zmienić jej warunki. Zaprzeczca to formule ścisłego konkursu ofert, ale też zapewnia miękkie lądowanie niektórym placówkom na obecnym etapie reformowania służby zdrowia.

- Czy izby lekarskie będą wspierały lekarzy w negocjacjach z kasami chorych?

- Komisja izby lekarskiej będzie uczestniczyć w konkursie ofert jako obserwator. Na marginesie tej sprawy warto przytoczyć głosy prasowe mówiące o tym, że z niektórymi placówkami kasa chorych może nie będzie podpisywać umowy.

- Czy to kasa chorych będzie decydowała o ilości i profilu przychodni i szpitali na danym terenie?

- Obserwuję całkowitą inercję samorządu terytorialnego w tej sprawie. Choć to przecież on powinien określić, jakie są potrzeby zdrowotne i lekarskie w gminie, powiecie, województwie. Samorząd nie zrobił tego na żadnym szczeblu. Nie ma takiego dokumentu, dlatego nie wiadomo obecnie, co ma być przedmiotem konkursu ofert i dlaczego kasa nie podpisze umowy z ja-

ką jednostką. Oczywiście powodem może być zła półroczna współpraca kasy z przychodnią czy szpitalem. Mogły one nie mieć odpowiedniej ilości pacjentów, było wiele skarg na pracę tych placówek, nie przedstawiały w terminie rachunków. Nie sprawdziły się więc, ani w działalności merytorycznej, ani formalnej. Jednak kasa chorych nie może odmówić zawarcia kontraktu nie zasięgając opinii samorządów. Ale te ostatnie nie są przygotowane do wydawania takich opinii. Starosta nie każe zamknąć szpitala na swoim terenie - to byłaby niepolityczna decyzja, ale jednocześnie nie ma pieniędzy, aby go dotować. Kasa chorych nie ma być egzekutorem, który przerwie pracę jakiegoś zakładu, lecz ściśle współpracować z samorządem lekarskim, pielęgniarskim i terytorialnym.

Tymczasem organy samorządu terytorialnego nie wiedzą do tej pory, jaka powinna być sieć placówek służby zdrowia na Dolnym Śląsku. Przykładem na bezradność samorządu jest szpital zakazany w Legnicy. Jego dyrektor zadeklarował chęć przekształcenia tego zakładu i przez pół roku nie zostały podjęte żadne decyzje w tej sprawie.

- Czy w biurze marszałka naszego województwa jest osoba odpowiedzialna za sieć placówek zdrowia na Dolnym Śląsku?

- Marszałek województwa jest organem założycielskim dla 65 placówek na Dolnym Śląsku. Pozostałe są w gestii gmin, więc starostowie, wójtowie lub prezydent miasta są ich organami założycielskimi. Organy samorządu terytorialnego, a więc biuro marszałka, biuro zarządu województwa powinny koordynować pracę niższych szczebli samorządu terytorialnego. Powinna być ustalona sieć placówek, a można to zrobić na podstawie jasnych kryteriów: geograficznych, demograficznych, zachorowalności, sieci komunikacyjnej, oceny wypadkowości. Te kryteria do tej pory nie były brane pod uwagę w tworzeniu sieci służby zdrowia. Dotychczas odbywało się to uznaniowo bez rozpoznania potrzeb ludności z danego terenu. Nie wiemy, ile szpitali, ile oddziałów danych specjalności jest potrzebnych we Wrocławiu. Dlatego konkurs ofert w kasie chorych, bez rozpoznania, będzie się opierał wyłącznie na elemencie ekonomicznym. On również jest ważny, ale inne nie są znane.

- W 1999 roku kasa chorych kontraktowała usługi we wszystkich publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Jak będzie w przyszłym roku?

- Od 1 stycznia 2000 roku ten parasol ochronny zostanie zdjęty. Może się więc okazać, że w podstawowej opiece ambulatoryjnej i specjalistycznej większość kontraktów zostanie zawartych z podmiotami niepublicznymi. Na przykład w konkursie ofert na zapewnienie opieki zdrowotnej dla dzielnicy, miasta czy wsi duża przychodnia może się okazać mniej konkurencyjna, bo ma za duże koszty administracyjne, zbyt duże zatrudnienie, za dużą, kosztowną do utrzymania powierzchnię, a gabinety lekarzy rodzinnych i specjalistów okazać się tańsze i to oni podpiszą umowę z kasą chorych. Los takiej placówki - jej likwidacja lub pozostawienie, będzie się

wiązał z opinią organu założycielskiego: starosty, burmistrza, marszałka, którzy muszą podjąć decyzję o jej istnieniu. We Wrocławiu okazało się, że niektóre przychodnie lepiej zarządzane, odebrały pacjentów innym przychodniom, gorzej zarządzanym, lub źle ocenianym przez pacjentów.

Już widać, że na terenie naszego miasta zmieniły się ścieżki pacjentów do przychodni i gabinetów lekarskich.

Są oznaki, że niektóre duże przychodnie tracą pacjentów.

- Środowisko lekarskie bardzo boi się utraty pracy.

- Na razie nie widzę, aby bezrobocie narastało. Na rynku pracy są poszukiwani specjaliści 1 i 2 stopnia z interny i lekarze rodzinni, dyrektorzy placówek chcą ich zatrudnić w podstawowej opiece zdrowotnej. Widać więc, że lekarzy w POZ było zbyt mało. Natomiast trudno będzie znaleźć pracę młodym kolegom, którzy kończą staże w tym roku. To grupa najbardziej zagrożona bezrobociem, szczególnie w dużych miastach.

Przychodnie i gabinety prywatne chcą zatrudnić specjalistów i lekarzy z doświadczeniem, a lekarze tuż po stażu jeszcze nie mają specjalizacji, ani doświadczenia. Nie mogą otworzyć prywatnego gabinetu. Są na to zbyt słabi merytorycznie.

- A jaka będzie sytuacja tych, którzy kończą medycynę?

- Przejście na staż tych, którzy kończą studia, odsunie problem bezrobocia tej grupy o półtora roku, bo są pieniądze dla stażystów z budżetu państwa (rozmowa toczy się pod koniec sierp-

materia prawna jest bardzo skomplikowana, na razie zależy to od dobrej woli samorządu terytorialnego, burmistrza, prezydenta miasta, wójta, którzy albo sprzedają ośrodek zdrowia czy przychodnię, albo oddają w dzierżawę.

- Ilu lekarzy będzie stać na kupienie przychodni, lub jej części z wyposażeniem?

- Sadzę, że niewielu, dlatego przy sprzedaży potrzebne są nisko oprocentowane kredyty, których przyznawanie wchodziłoby w zakres programu osłownego Ministerstwa Zdrowia. Kredytów jeszcze nie ma. Przewidywane jest, że budżet państwa dopłaci bankom prywatnym różnicę pomiędzy kredytem komercyjnym a preferencyjnym.

Taka akcja prywatyzacyjna została przeprowadzona w byłym DDR. Lekarze lub zespoły lekarzy mogli otrzymać kredyt preferencyjny na zakup przychodni, jej części lub sprzętu za cenę o 1/3 niższą niż kredyty komercyjne.

Pieniądze na te kredyty powinny być przelane do banków z budżetu państwa, ale ten proces nie został jeszcze uruchomiony.

- 30 września tego roku przestaje obowiązywać układ zbiorowy pracy lekarzy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

- Dlatego przypominam Koleżankom i Kolegom pracującym w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, w których do tej pory obowiązywała centralna siatka plac, o konieczności negocjowania zakładowego układu zbiorowego i nowego taryfikatora placowego. Może być tak, że w każdym ZOZ, w każdym szpitalu będzie inna siatka plac.

Nie jest winą lekarzy, że kasa chorych dostaje za mało pieniędzy z ZUS. Nie możemy być za wszystko odpowiedzialni i obciążać swoich naczyń wieńcowych wszelkimi nonsensami naszego życia publicznego.

nia). Tyłko jeszcze nie wiadomo, czy umowy z placówkami, które przyjmą stażystę będą zawierane bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia, czy organem pośrednim będzie Urząd Marszałkowski. Myślę, że wygodniejsza sytuacja dla kontrahentów byłaby, gdyby umowy zawierał Urząd Marszałkowski i mogłyby one być podpisywane na własnym terenie.

- Czy dziś można powiedzieć, na jakich zasadach będzie się odbywała prywatyzacja placówek służby zdrowia?

- Otwiera się nowy problem w ochronie zdrowia - to puszcza Pandory. Nie wiadomo, jakie będą zasady prywatyzacji. Jest możliwość sprzedaży placówek ochrony zdrowia lub ich dzierżawy. Co już się odbywa. Na przykład w kilku miejscowościach Dolnego Śląska cała stomatologia jest w gestii gabinetów prywatnych zarejestrowanych w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, które pracują w dzierżawionych pomieszczeniach i na dzierżawionym sprzęcie. Są też miejsca, gdzie już nie ma stomatologicznej państwowej służby zdrowia.

Nie ma i nie może być aktu prawnego, który by to regulował, ponieważ

Nowe warunki trzeba twardo negocjować. W DIL jest dostępny dla wszystkich zainteresowanych wzór układu zbiorowego przygotowany przez „Solidarność” ogólnopolską. Wszystko wskazuje na to, że nie będzie ogólnopolskiego układu zbiorowego, więc trzeba szybko tworzyć i negocjować układ w każdym zakładzie pracy i walczyć o godne stawki w oparciu o wzorzec, który mamy. Warto dla własnego dobra trzymać się zasad układu, o których pisaliśmy w poprzednim numerze „Medium”, a także przestrzegać taryfikatora, o którym mówiłem wcześniej, i walczyć o korzystne dla lekarzy stawki.

- Jakie działania podejmie w najbliższym czasie DIL?

- Chcemy walczyć na niwie parlamentarnej o zmianę niektórych zapisów ustawy ubezpieczeniowej, a także pracować nad problemami prawnymi dyżurów lekarskich.

Pragnę również przypomnieć wszystkim zainteresowanym, że Dolnośląska Izba Lekarska zapewnia pomoc prawną przy zawieraniu układów zbiorowych i kontraktów dyżurowych.

- Dziękuję za rozmowę.

Z prac Prezydium i Rady DIL

8 lipca

Omówiono najważniejsze sprawy bieżące.

Zebrani dyskutowali na temat protestu pielęgniarek i poparli ich słuszne żądania zgodnie ze stanowiskiem Naczelnej Rady Lekarskiej z 18 czerwca.

Odczytano bieżącą korespondencję. Prezydium zapoznało się z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa. Wytypowano wstępnie skład komisji do spraw staży podyplomowych. Ostatecznie sprawą powołania tej komisji i jej składu zajmie się Dolnośląska Rada Lekarska, która zapozna się także z przygotowaniem przez radcę prawnego DIL mgr Beatę Łukasiak opracowaniem prawnej interpretacji rozporządzenia w tej sprawie. Skarbnik DIL, kol. Andrzej Szmida przedstawił wstępne koszty przejęcia od administracji państwowej czynności związanych z realizacją tego rozporządzenia przez samorząd lekarski.

Przygotowano także wstępny skład Komisji Bioetycznej, która zostanie powołana przez Radę na jej najbliższym posiedzeniu.

Delegowano przedstawicieli DIL do składu komisji konkursowych.

15 lipca

Głównym tematem nadzwyczajnego - wakacyjnego posiedzenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej była sprawa ustalenia minimalnej stawki godzinowej dla lekarza pełniącego dyżur w ramach kontraktu. Po wnikliwym rozpatrzeniu tej kwestii Rada podjęła uchwałę, której tekst drukujemy na stronie 2.

Na wniosek Prezydium Rada uchwaliła powołanie Komisji do spraw Staży Podyplomowych oraz Komisji Bioetycznej. Obie uchwały zamieszczamy na stronie 2.

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej, kol. Jarosław Terpiński przedstawił uwagi na temat udziału przedstawicieli DIL w Walnym Zgromadzeniu akcjonariuszy INTER-FORTUNY SA, które było poświęcone zamknięciu bilansu firmy (w zebraniu uczestniczyli kol. kol. Andrzej Szmida i Jerzy Soroka). Następnie kol. J. Terpiński w imieniu Komisji wnioskował, aby imienne akcje posiadane przez DIL odsprzedać INTER-FORTUNIE. Wobec wątpliwości członków Rady i braku jednolitego stanowiska w sprawie, zebrani większością głosów postanowili przesunąć podjęcie decyzji na temat sprzedaży akcji na wrześniowe posiedzenie Rady, na którym będzie można zapoznać się z pisemnym sprawozdaniem kol. J. Soroka.

Przewodnicząca Komisji Legislacyjnej, kol. Janina Kasprzak-Wójtowicz przedstawiła uwagi Komisji do nadesłanych w ostatnim czasie projektów rozporządzeń ministra zdrowia.

Delegowano przedstawicieli DIL do składu komisji konkursowych na konkursy ordynatorskie.

Przyznano cztery zapomogi społeczne koleżankom i kolegom znajdującym się w trudnej sytuacji.

29 lipca

Na kolejnym posiedzeniu Prezydium omawiano projekt rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Komisja Stomatologiczna przed-

Rozważnie i profesjonalnie

Z mecenasem PIOTREM ROJKIEM przewodniczącym Rady Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych rozmawia Elżbieta Pomorska



- Dotychczas Pan Mecenase nie był związany ze służbą zdrowia, ma Pan więc spojrzenie na jej problemy z pewnego dystansu. Jak Pan ocenia wprowadzenie kas chorych?

- Reforma wprowadzająca działalność kas chorych ma dwa aspekty: medyczny, który bezpośrednio dotyka ubezpieczonych i on jest bardzo ważny, a także prawny, który wynika z niedoskonałości Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Problemy z tym związane są tak zasadnicze, że w niektórych kwestiach ograniczają nawet możliwość skutecznego działania.

- Jak Pan postrzega sytuację Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych?

- Wszystkie kasy są w trudnej sytuacji. Jestem przewodniczącym Rady DRKCH od 1 września, ale po pierwszych dniach pełnienia tej funkcji mogę stwierdzić, że sytuacja ubezpieczonych naszej Kasy w porównaniu z większością kas jest dobra. Nie oznacza to, że warunki finansowania świadczeń zdrowotnych w naszej Kasie są komfortowe, ale dyskomfort wynika z przyczyn zewnętrznych, będących poza DRKCH. Doświadczenia tego roku wskazują, że przy opracowywaniu zasad finansowania świadczeń na rok 2000 i 2001 trzeba będzie zastanowić się nad zmianą strategii, czy finansować jak dotychczas za tzw. hospitalizację, czy według tzw. koncepcji DRG, czyli grup zróżnicowanych diagnostycznie. Zarząd DRKCH przygotowuje zasady finansowania w systemie DRG i będą one przedmiotem dyskusji na posiedzeniu Rady.

- Konkursy na usługi przed podpisaniem kontraktu, nie do końca odpowiadają zasadom konkursów.

- Od 1 stycznia 2000 roku kasy chorych mają obowiązek zawierania umów na podstawie przeprowadzonych konkursów. Musimy rozstrzygnąć problem, czy w tych konkursach posłużyć się zasadą, która dokładnie wynika z ustawy, że lepszy wygrywa, gorszy przegrywa, czy ze względów

społecznych niwelować zasadnicze różnice pomiędzy pozycją poszczególnych jednostek tak, żeby grupa świadczeniodawców finansowanych dotychczas przez kasę chorych pozostała na tym samym poziomie. Przyjęcie zasady ścisłego konkursu może faktycznie likwidować jednostki, które nie zdążyły się przystosować. Wywołało to zagrożenie, że sieć jednostek służby zdrowia będzie zmniejszona, a przez to dostępność ubezpieczonych do lekarza będzie ograniczona. Rada kasy dostrzega te problemy. Jesteśmy po pierwszych posiedzeniach, które odbyły się 3 i 15 września, na których zarząd Rady DRKCH przedstawił wstępną informację ustalającą zasady finansowania i przeprowadzania konkursów.

Rada zatwierdziła już harmonogram konkursowy i zostały ustalone stosowne terminy. Otwarcie ofert nastąpi w październiku, a ogłoszenie wyników 6 i 10 grudnia. Przyjęliśmy odległe od otwarcia ofert terminy, dlatego że przy rozpoznaniu materiałów konieczne jest wykonanie ogromnej pracy przy ich weryfikacji. Te terminy są także oddalone po to, by dać oferentom możliwość uzupełnienia ofert w drugiej fazie konkursów. To jest szansa dla nich. Wiele jednostek jest w fazie przeobrażania się, konieczne są np. zmiany statutów, dostosowania się do procedur itp.

Myślę, że środowisko lekarskie doskonale zdaje sobie sprawę, jak trudno jest podzielić ograniczoną ilość pieniędzy w kasach. Dlatego Rada widzi potrzebę ścisłego współdziałania z samorządami, w tym z samorządem lekarzy.

- Z jakimi innymi samorządami?

- Przede wszystkim z samorządem wojewódzkim i powiatowym, które są organami założycielskimi szpitali, a także gminnymi, którym podlega część jednostek podstawowej opieki zdrowotnej. Ze względu na trzystopniowość tych samorządów, ilość gmin i powiatów, trudno jest współdziałać jednocześnie ze wszystkimi. Nasze z nimi rozmowy powinny zwrócić uwagę poszczególnych samorządów terytorialnych na konieczność zmian strukturalnych. Takie zmiany, mogą być mniejsze lub większe, ale są nieuniknione. Samorzady i środowiska medyczne muszą to wziąć pod uwagę.

- Samorzady wciąż nie ustaliły, jakie są potrzeby zdrowotne mieszkańców danego terenu.

- Do tej pory ze strony samorządów nie ma żadnej reakcji i to jest nieszcześnie, bo opóźnia podjęcie decyzji, a w konsekwencji opóźnia możliwość wydania tych samych

pieniędzy z lepszym skutkiem na procedury, czy na poszczególne usługi, co by polepszyło sytuację pacjentów. Z drugiej strony restrukturyzacja musi uwzględniać dostępność do różnego rodzaju usług, w tym specjalistycznych. Nie może być tak, że cała specjalistyka będzie w jednym miejscu, np. w Ząbkowicach, lub w Bogatyni, czy nawet we Wrocławiu. Ona musi być rozmieszczona zgodnie z planem. Dlatego konieczny jest program polityki ochrony zdrowia dla Dolnego Śląska. W budowaniu takiego projektu główna rola powinna przypadać samorządowi wojewódzkiemu. Dopiero na podstawie programu polityki zdrowotnej można realizować restrukturyzację.

Tych wszystkich spraw nie da się przeprowadzić bez konsultacji ze środowiskami medycznymi i dlatego Rada Kasy będzie zainteresowana kontaktem ze środowiskami lekarzy, kierowników jednostek służby zdrowia. Wszystko w celu wzajemnego przepływu informacji, jak postępować, aby restrukturyzacja odbyła się z mniejszymi stratami dla pacjentów i służby zdrowia. Wychodzę z założenia, że jeżeli środowiska zgodzą się na współpracę i wypracują własny projekt, to może on być najlepszy. W każdej zmianie najgorszy jest projekt narzucony. Jeżeli jednak środowiska opóźniałyby się z tymi działaniami i przedłużały ten proces, to restrukturyzacja przebiegnie samoistnie i wtedy może być nieprzewidywalna. Myślę, że jest w interesie wszystkich grup wspólne wypracowywanie decyzji. Trudność po-

lega na tym, że kryteria, którymi chcemy się posługiwać dokonując tych zmian, nie są do końca zobiektywizowane. Ale będziemy zmuszeni podejmować decyzje nawet w stanie pewnego głodu informacyjnego, choć nie będzie to komfortowa sytuacja. Jednak taka decyzja będzie lepsza niż wyczekiwanie, bo wtedy może być już za późno.

- Może zechciałby Pan Mecenase powiedzieć, co czeka świadczeniodawców?

- Konieczność restrukturyzacji, prywatyzacji, być może likwidacji, ale i potrzeba wypełnienia luk poprzez tworzenie nowych jednostek. Musimy sobie uświadomić, że mogą powstać straty i dlatego tak ważny jest program polityki zdrowotnej dla Dolnego Śląska, aby „nie upadły” jednostki najlepsze i niezbędne.

- Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych ma spore zadłużenie - jak to wygląda na tle innych kas?

- Jest prawdą, że w DRKCH nie są zbilansowane przychody z wydatkami i debet wynosi 70 mln złotych z prognozą powiększenia do około 100 mln złotych na koniec roku. Nie ma jednak zagrożenia dla finansowania usług do końca roku, ponieważ ujemny bilans finansowy jest zabezpieczony finansowaniem z kredytu bieżącego. W tym miejscu należy powtórzyć, że niedobór środków nie jest zwiniony przez DRKCH, ale wynika z nieterminowego przekazywania składek przez ZUS.

Informują

Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych

Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych - Oddział we Wrocławiu informuje, że do końca 1999 roku nie obowiązuje załącznik nr 1 do umów o refundację dotowanych przez Kasę Chorych leków wypisywanych przez lekarzy prywatnie praktykujących i lekarzy nieaktywnych zawodowo sobie i członkom swoich rodzin.

Informujemy również, że wnioski lekarzy zainteresowanych zawarciem umów refundacyjnych na rok 2000 będą przyjmowane w Oddziale BKChdSM we Wrocławiu oraz w filiach oddziału w Jeleniej Górze i Opolu od 15.11.1999.

Z-ca dyrektora ds. medycznych
lek. med. Andrzej Czyrek
Wrocław, 25.08.1999

Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych

Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych informuje, że obowiązek wypisywania i wysyłania załącznika nr 1 „Rejestr ordynowanych leków i innych środków medycznych podlegających refundacji” do umowy na wystawianie refundowanych recept na leki i materiały medyczne, zostaje zawieszony do dnia 31 października 1999 roku. Powodem tego jest przygotowywanie alternatywnej wersji programu posiadającego funkcję umożliwiającą import danych ze złożonych wykazów leków i konwersję do bazy SQL a.

Dyrektor Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych we Wrocławiu

Barbara Miśńska
Wrocław, 10.09.1999

Przekazanie insygniów

W ostatnim dniu sierpnia odbyło się ostatnie posiedzenie Senatu AM we Wrocławiu. Udział w nim wzięli zaproszeni goście z Panem Wojewodą Wrocławskim Witoldem Krochmalem na czele. Rektor prof. dr Jerzy Czernik wręczył nowe nominacje profesorom zwyczajnym oraz medale i odznaki

honorowe uczelni, m.in. złożył także podziękowania prezesowi Włodzimierzowi Bednorzowi za współpracę DIL z Akademią w czasie kończącej się kadencji. Posiedzenie zakończyło się przekazaniem insygniów władzy rektorskiej rektorowi nowej kadencji, prof. dr. Leszkowi Paradowskiemu. (AW)



Fot. Paweł Golusik

Stażyści nie dla wojska

Lekarze, rozpoczynający w tym roku staż podyplomowy, nie zostaną w tym roku powołani na przeszkolenie wojskowe.

W rozporządzeniu MZiOS z dnia 24 maja 1999 r., ogłoszonego w Dzienniku Ustaw RP nr 54 z 21 czerwca, jednoznacznie uregulowano sprawę powoływania stażystów na przeszkolenie wojskowe. W paragrafie 3, ustęp 4 tego rozporządzenia czytamy min. „Czas trwania stażu lekarza, lekarza stomatologa ulega przedłużeniu w razie: 1...2...3. powołania lekarza lub lekarza stomatologa po zakończeniu studiów do odbycia przeszkolenia wojskowego...”

Przeszkolenie wojskowe dla absolwentów Akademii Medycznych trwa 6 tygodni, o tyle więc wydłużyłby się czas trwania stażu. „Przedłużenie czasu trwania stażu następuje na czas realizacji tej części ramowego programu stażu, która nie została zrealizowana...” (Paragraf 3.5).

W związku z tym, że obecnie staż można rozpocząć wyłącznie w dniach 1 października lub 1 marca (paragraf 3.3), istniała obawa, że przeszkolenie spowodowałoby opóźnienie rozpoczęcia stażu o pół roku. Tym samym termin państwowego egzaminu kończącego staż uległby przesunięciu. Dla lekarzy obawiających się w tym roku powołania do wojska mamy dobrą wiadomość. Jak dowiedziało się „Medium”, Ministerstwo Obrony Narodowej zrezygnowało w bieżącym roku z powoływania do wojska absolwentów Akademii Medycznych. Zła wiadomość jest taka, że przeszkolenia wojskowe planowane są już w 2000 roku. Oznacza to, że groźba przesunięcia egzaminu kończącego staż podyplomowy i opóźnienia startu kariery zawodowej, jest dla tych lekarzy nadal realna.

Marcin Murmyło

Z prac Prezydium i Rady DIL

stawiła swoje stanowisko, w którym stanowczo domaga się zmniejszenia liczby pacjentów przypadających na jednego stomatologa z 5000 do 2500. Rozwiązanie przyjęte w projekcie rozporządzenia może ograniczyć liczbę stomatologów, którzy będą mieli umowę z kasą chorých. Postanowiono przesłać do Ministerstwa Zdrowia sprzeciw wobec projektu rozporządzenia wraz z poparciem stanowiska Komisji Stomatologicznej.

Omawiano bieżące sprawy związane ze stażami podyplomowymi. Postanowiono sporządzić listę lekarzy, którzy będą wchodzić w skład komisji kwalifikacyjnych powoływanych przez Urząd Wojewódzki. Pismo z wycenieniem kosztów tych zadań przejętych od administracji państwowej zostało wysłane do Ministerstwa Zdrowia.

Delegowano przedstawicieli DIL na konkursy ofert oraz na jeden konkurs ordynatorski.

Podjęto uchwałę finansową.

12 sierpnia

Omówiono najważniejsze sprawy bieżące.

Kol. Krystyna Kochman, którą DRL delegowała do pracy w powołanym przez wojewodę dolnośląskiego zespole do oceny wniosków składanych przez zakłady opieki zdrowotnej w ramach realizacji zadań wynikających z „Programu działań wspierających dla zakładów opieki zdrowotnej jako elementu restrukturyzacji zatrudnienia, związanego z reformą ochrony zdrowia”, przedstawiła relację z pierwszego posiedzenia tego zespołu. Wypowiedziała się krytycznie o przygotowaniu przedstawicieli administracji państwowej i samorządowej do realizacji programu osłonowego przygotowanego przez Ministerstwo Zdrowia.

Odczytano bieżącą korespondencję.

Delegowano przedstawicieli DIL na konkursy ofert i na konkursy ordynatorskie.

Przewodniczący poinformował, że w ramach prac przygotowawczych związanych ze stażami tworzy się w DIL na podstawie uzyskiwanych informacji stosowna baza danych.

19 sierpnia

Omówiono najpilniejsze sprawy bieżące.

Odczytano korespondencję z minionego tygodnia.

Ustalono ostatecznie listę samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prywatnych praktyk lekarskich lekarza rodzinnego oraz niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej świadczących usługi stomatologiczne, w których mogą odbywać staże podyplomowe lekarze i lekarze stomatolodzy. Lista została przesłana na ręce marszałka województwa dolnośląskiego.

Prace nad ustaleniem tego wykazu odbywały się w dwóch grupach - listę dla lekarzy stomatologów przygotowali członkowie Komisji Stomatologicznej.

Nie zgodzono się, aby kierowanie na staż z zakresu medycyny rodzinnej odbywało się bez wiedzy Izby. Staże będą mogły prowadzić tylko te prywatne praktyki lekarza rodzinnego, które są wpisane do rejestru DIL.

Uznano, że niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej będą mogły przyjmować stażystów po wyrażeniu zgody na przeprowadzenie u nich kontroli przez przedstawicieli DIL.

MG

Zaskoczeni stażem - złapani na LEP

Choć mówiło się o nich od dawna, ich wprowadzenie zaskoczyło wszystkich. Nowe zasady odbywania staży podyplomowych przez lekarzy i lekarzy stomatologów zmieniły wszystko. Według Ministerstwa teraz mogło być już tylko lepiej. Jak na razie jest gorzej.

Jeszcze do 21 czerwca tego roku wydawało się, że tegoroczni absolwenci Akademii Medycznych swój staż podyplomowy będą odbywać według starych zasad. Jednak tego dnia w Dzienniku Ustaw nr 54 ukazało się rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Franciszki Cegielskiej, w sprawie odbywania stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa. Nowe rozporządzenie, które od początku wzbudziło wiele kontrowersji, zaskoczyło prawie wszystkich. Izby lekarskie, na które spadł obowiązek podziału i opiniowania miejsc stażowych. Szpitale, z których duża część nie spełniała wg rozporządzenia warunków przyjęcia stażystów. Wreszcie studentów, którzy o zmianach najczęściej dowiadawali się pocztą pantoflową.

O potrzebie zmian w zakresie staży podyplomowych mówiono wprawdzie od 3-4 lat, zawsze jednak wszystko kończyło się na jałowych dyskusjach. Spierano się o długość stażu, rodzaj specjalności medycznych, które miały wchodzić w jego skład, o wynagrodzenie stażystów i ich opiekunów, a także o końcowy egzamin, zwany popularnie LEP-em. Ogólnopolski test miał być podstawowym warunkiem uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu. Egzamin ten, został zapisany już w ustawie o zawodzie lekarza z 1996 roku, jednak dotychczas był przepisem martwym. Rozporządzenie Ministerstwa przecięło wszelkie dyskusje. Z dnia na dzień studenci dowiadawali się, że podania o przyznanie stażu, które jak ich poprzednicy, składali już od października-listopada poprzedniego roku,

obecnie nie mają żadnego znaczenia. O miejscu stażu miałoby teraz decydować jedynie zameldowanie oraz średnia ocen ze studiów. Czas stażu wydłużono z jednego do półtora roku. Tym samym droga, od rozpoczęcia nauki do możliwości podjęcia pracy w naszym zawodzie, została wydłużona do siedmiu i pół roku. Według rozporządzenia każdy staż cząstkowy ma się kończyć zaliczeniem, przeprowadzanym przez ordynatora szpitala lub kierownika ZOZ-u, w formie kolokwium. Tematem końcowego egzaminu mają być m. in. „procedury diagnostyczne i lecznicze, których umiejętność wykonywania lekarz lub lekarz stomatolog powinien nabyć w okresie odbywania stażu”. Wiadomo, że w Polsce nie ma jak dotąd jednolite sprecyzowanych dla całego kraju procedur diagnostycznych czy leczniczych. Są one różne w poszczególnych ośrodkach.

W nowym rozporządzeniu stażystów pozbawiono podstawowego prawa do wydawania recept, opinii i orzeczeń lekarskich. Spowodowało to, że ich obecne zajęcie będzie bardziej przypominać dalszą część studiów niż staż podyplomowy. Zresztą wynagrodzenie, jakie prawdopodobnie otrzymają za swoją pracę, przypominać będzie bardziej stypendium niż prawdziwą pensję. W rozporządzeniu MZiOS zapisane jest, że wynagrodzenie stażystów ma wynosić co najmniej „70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród za ubiegły rok”, które jest ogłaszane przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego 15 stycznia każdego roku. Nie należy sądzić, żeby Ministerstwo, w dobie ogólnie znanych problemów budżetowych było w stanie zapłacić więcej. W roku 1999 wymienna kwota wynosiła brutto 1.466,65 zł (Monitor Polski nr 4 poz. 27), co po odliczeniu podatków oraz ubezpieczenia

zdrowotnego, daje sumę około 620-650 zł netto.

Jak za te pieniądze stażysta ma utrzymać siebie, a często i swoją rodzinę? Tym bardziej że nowe zasady wykluczyły dotychczasową możliwość dorobienia do pensji dyżurami. W rozporządzeniu zapisano, że stażysta obowiązany jest odbyć aż 4 dyżury miesięcznie, płatne w ramach otrzymywanej pensji.

Wszystkie te fakty zdają się potwierdzać tezę, że wprowadzone rozporządzenie miało na celu nie poprawę jakości stażów podyplomowych, a jedynie wzięcie na tzw. przeczekanie i to za jak najmniejsze pieniądze.

Obecną sytuację, z jaką mamy do czynienia w kwestii stażów podyplomowych, można określić jednym słowem - bałagan. Ciężką sytuację mają zwłaszcza izby lekarskie, którym przypadł w udziale „przywilej” rozdziału miejsc stażowych. Ogłoszone pod koniec czerwca rozporządzenie nieoczekiwanie zmusiło je do wzmożonej pracy w okresie wakacji.

Jak w tak krótkim czasie rozdzielić miejsca stażowe? Brak czasu wykluczył możliwość kwalifikacji wszystkich stażystów wg średniej ocen, choćby dlatego, że nie wiadomo było, do jakich szpitali przydzielać tych z lepszą średnią, a do jakich z gorszą. Dodatkowym utrudnieniem był fakt, że składanie dokumentów przez absolwentów AM trwa bardzo długo, każdy stażysta składał podania do kilku miejsc, a lista podmiotów uprawnionych do odbywania stażu została ustalona przez marszałka województwa dopiero pod koniec sierpnia. W tej sytuacji DIL była zmuszona wymagać od stażystów składających swoje dokumenty deklaracji, w jakim szpitalu chcą odbywać swój staż. Jeśli świeżo upieczony lekarz miał pecha i składał podania do szpitali, które nie zostały zakwalifikowane lub znalazł się poza listą stażystów już wstępnie zakwalifikowanych w da-

nej jednostce, może liczyć tylko na swoją średnią ocen.

Jeśli nie jest za wysoka, to może okazać się, że mieszkający we Wrocławiu stażysta będzie zmuszony pracować w Głogowie, Wałbrzychu czy Opolu. Całego tego bałaganu można by uniknąć, gdyby rozporządzenie weszło w życie z co najmniej półrocznym wyprzedzeniem.

Przyszli stażyści różnie zareagowali na nowe przepisy. Część próbuje buntować się przeciw nim. Większość jednak wie, że nic już nie zdoła zrobić. Część zrezygnowała z odbywania stażu i przeszła do firm farmaceutycznych. Niektórzy złożyli papiery na kierunki studiów, takie jak ekonomia czy prawo, które w przyszłości mogą dać im większą możliwość rozwoju. Nieliczni wyjechali do pracy za granicę.

Stażyci, mieszkający w małych miejscowościach starają się zameldować na stałe do miast, które są ośrodkami akademickimi. Wiedzą, że tutaj mają większą szansę otrzymać wiedzę, wystarczającą do zdania egzaminu państwowego.

Jak cenną rzeczą w medycynie jest dostęp do informacji przekonuje przykład tych tegorocznych absolwentów Akademii Medycznej, którzy wiedzieli wcześniej o nowym rozporządzeniu. Skorzystali oni z okazji i rozpoczęli swój staż przed wejściem nowych przepisów, czyli wg starych zasad. Inni, świeżo upieczeni lekarze i lekarze stomatolodzy, tej szansy nie mieli. Niestety.

Marcin Murmyło

3 września 1999 roku Sejm zdecydował, że Lekarski Egzamin Państwowy, który miał obowiązywać już tegorocznych stażystów, zostaje przesunięty o 4 lata. Egzamin ten będzie wymagany do uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu, dla lekarzy rozpoczynających swój staż 1 października 2003 roku. Ustawa uchwalona przez Sejm musi być teraz zatwierdzona przez Senat i podpisana przez prezydenta.

Kto w Polsce łamie prawo?

W czasie wakacji miałem czas na czytanie gazet i słuchanie radia, a także trochę podróży wolą po kraju. Z przerażeniem obserwowałem polskie drogi, większość kierowców łamie nagminnie prawo, część jeździ w stanie nietrzeźwym. Giną tysiące ludzi, a setki tysięcy leczy się i zostaje rencistami. Jeżeli dodamy do tego utopionych i trwale okaleczonych w kąpielach w niedozwolonych miejscach i pod wpływem alkoholu, jeśli dodamy do tego liczbę ofiar bójek na wiejskich dyskotekach, dzieci pogryzione przez niepilnowane psy. To nasi pacjenci, których leczenie na koszt podatnika (przypominam o tym premierowi Balcerowiczowi) przekracza czasem 50% budżetu szpitala. A przecież są rozporządzenia, które stanowią, że za leczenie nietrzeźwych pacjentów płacą oni sami. Społeczeństwo domaga się również, aby za leczenie ofiar wypadków płacili sprawcy, niestety brakuje dobrych ustaw i aktów wykonawczych, aby to wprowadzić. Lekarze i personel medyczny są od leczenia, a nie od ściągania pieniędzy od pijanych sprawców wypadków. Politycy boją się podjąć taką decyzję, ale to przecież oni i ich dzieci też bywają sprawcami takich wypadków. Czy musimy wydawać tyle pieniędzy, których brakuje dlatego, że brakuje prawa lub nie jest ono przestrzegane?

W wielu dyskusjach przed reformą zwracałem uwagę minister Knysok (kasy chorych) i ministrowi Millerowi (ministerstwo finansów), iż zbieralność składki 98,8% jest nierealna, wysmiano mnie wówczas. Tymczasem po pół roku okazuje się, iż 1200 zakładów w ogóle nie płaci składek na ubezpieczenia i pewnie nie zapłaci, ponieważ źle przygotowano umowę, a społeczeństwo i pracownicy ochrony zdrowia mamiono obietnicami, iż po wprowadzeniu kas chorych nastąpi wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Nastąpił spadek nakładów. Pracowników tych zakładów, które nie płacą składek trzeba leczyć za darmo, ich pensje ciągle rosną, a na-

szę maleją. Premie wielu dyrektorów spółek, które nie płacą składek na ubezpieczenie zdrowotne są wyższe niż uposażenia wszystkich pracowników niejednej przychodni lub małego szpitala. Nasze płace maleją, a jakość usług medycznych jest coraz gorsza i jest to skutek sytuacji, w której opłaca się łamać prawo.

Z założenia budżetu na 2000 rok wynika, że wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne może wzrosnąć o 0,5%, a więc rozpoczęła się walka propagandowa ministerstwa finansów z marnotrawieniem pieniędzy. To stara śpiewka, nikt nie podlicza, ile pieniędzy zmarnowało ministerstwo finansów. Zostały wyciągnięte raporty NIK-u, z których wynika, że buduje się za dużo obiektów służby zdrowia i zakupiono za dużo drogiego sprzętu, który źle rozdzielono i stoi nieużywany. Zadając więc ministrowi sprawiedliwości i prokuratorowi generalnemu Polski pytanie, który z urzędników ministerstwa został skazany za marnotrawienie dużych środków? Sprzęt kupowano i dzielono centralnie, a wojewodowie planowali budowę nowych placówek. Personel medyczny nie miał na te decyzje żadnego wpływu, a dziś on ponosi odpowiedzialność, a nie decydenci.

Ustawa z dnia 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wraz z poprawkami była i jest zła. Dziś widzimy jej konsekwencje. W wielu kasach chorych rozpoczyna się wymiana kadr, zgodnie z ustawą zdecydowały o tym rady kasy. Czy potrzebna jest ta wymiana? Minister Knysok nawołuje szefów kas do nieustępowania ze swoich stanowisk. Kto w tym przypadku łamie prawo?

Służba zdrowia staje przed bardzo ważnym egzaminem - konkursem ofert w kasach chorych. W wielu samodzielnych zakładach rozstrzygnięcie konkursu zdecyduje o dalszym bycie i zatrudnieniu pracowników. Konkursy nie są dobrze przygotowane pod względem prawnym, a do ich prawidłowego przeprowa-

dzenia zabraknie ludzi i czasu w kasach chorych, znów będzie olbrzymi bałagan. W zeszłym roku podpisanie umów z kasą chorych bez negocjacji zajęło wiele miesięcy. Dziś potrzeba wiele pieniędzy i wielu urzędników administracyjnych, aby przygotować oferty i jeszcze więcej osób, aby je sprawdzić.

Część kas chorych nie jest do tego przygotowana, a za źle stanowione prawo ponoszą konsekwencje pacjenci i pracownicy.

Od 1 września Polska miała się stać krajem dużo bogatszym niż jest, ponieważ, jak wynikało z wypowiedzi premiera Leszka Balcerowicza, winnymi za biedę naszego społeczeństwa są lekarze, gdyż wydają za wiele zwolnień, a szczególnie lewych, czego nigdy nie udowodniono w żadnym sądzie. Wypowiedź premiera poparli posłowie. Od 1 września obowiązuje nowy system wydawania druków L-4. Nie ma nowych druków L-4, ani umów, które mają zawierać lekarze z ZUS-em na wypisywanie druków L-4. Okazuje się, że wszystkie te zmiany mają się rozpocząć 1 października 1999 r., spowoduje to olbrzymi bałagan, niezadowolone pacjentów i lekarzy oraz wzrost zatrudnienia administracji, zyski z tej operacji będą mniejsze niż straty. Takich spraw jest dużo więcej, myślę, że znajdą się inni, którzy o tym napiszą.

Ryszard Łopuch
członek prezydium
Naczelnej Rady Lekarskiej

PS. Zbliża się bardzo trudna jesień, brakuje pieniędzy na płace, w wielu placówkach rośnie zadłużenie, pielęgniarki rozpoczynają akcję protestacyjną. Liderzy środowisk lekarskich milczą, jedni zadowoleni ze stanowisk i obecnej sytuacji, inni zakładają partię polityczną, aby wygrać następne wybory, jeszcze inni w milczeniu rozpoznają sytuację, kogo poprzeć i z kim wejść w układ, ale nie wiem, czy środowisko lekarskie dłużej wytrzyma w milczeniu i będzie popierać takie działania.

Bezinteresowna pomoc uhonorowana

12 marca 1999 roku prezydent RP przyznał Srebrny Krzyż Zasługi dr Wiesławie Witkowskiej za bezinteresowną długoletnią pomoc medyczną, którą dr Witkowska wspomagała Stowarzyszenie św. Celestyna, które prowadzi Centrum Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Mikoszowie.

Dr Wiesława Witkowska pracowała we Wrocławiu w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Babińskiego na Oddziale Ortopedii pod kie-

runkiem prof. Andrzeja Wala i przez 8 lat dojeżdżała do Centrum Rehabilitacji w Mikoszowie, aby konsultować dzieci z porażeniem mózgowym, które tam są rehabilitowane. Pracowała w Centrum bezpłatnie niosąc pomoc dzieciom pokrzywdzonym przez los.

Na zdjęciu: 3 sierpnia 1999 r. Srebrny Krzyż Zasługi przypina dr Wiesławie Witkowskiej wicewojewoda dolnośląski Andrzej Tatuśko w Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu. (EP)



Wybierz swój fundusz

Absolwenci Akademii Medycznych, rozpoczynający staż podyplomowy 1 października 1999 r., spowoduje to olbrzymi bałagan, niezadowolone pacjentów i lekarzy oraz wzrost zatrudnienia administracji, zyski z tej operacji będą mniejsze niż straty. Takich spraw jest dużo więcej, myślę, że znajdą się inni, którzy o tym napiszą.

Lekarze i lekarze stomatolodzy rozpoczynający swój staż podyplomowy 1 października, o ile oczywiście jest to ich pierwsza praca, muszą wybrać swój fundusz emerytalny. Według prawa mają na to 7 dni. Ci, którzy nie zdążą w tym czasie podjąć decyzji nie mu-

szą się jednak jeszcze martwić. ZUS musi pisemnie wezwać ich do podjęcia tej decyzji. Od momentu otrzymania wezwania przysługuje 14 dni na wybór, gdzie się pragnie należeć. Po tym terminie o przynależności do funduszu zadecyduje za nas ZUS, który wylosuje nam fundusz emerytalny. Nie jest to dobre rozwiązanie, by o naszej przyszłości decydował ślepy los.

Podpisując wstępną umowę, bardziej zapobiegliwi, mogą zdecydować się na swój

fundusz wcześniej, jeszcze przed podjęciem pracy. Jak zapewnili nas doradcy ubezpieczeniowi nie jest to jednak dobre rozwiązanie. Mimo że wszystko odbywa się zgodnie z prawem, ZUS niechętnie respektuje wstępne umowy podpisane z funduszami emerytalnymi. Papiery pomiędzy tymi dwiema instytucjami potrafią, ze szkodą dla przyszłych emerytów, krążyć bardzo długo.

Marcin Murmyło

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej wznawia działalność

Jako jedna z niewielu działających w kraju, przy Okręgowych Izbach, Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej wznawia działalność po wakacyjnej przerwie. Już ósmy rok działalności, owocem której jest znaczne zwiększenie liczby członków (ich liczba obecnie wynosi 850) oraz rozszerzenie rodzaju udzielanych pożyczek. Staramy się w sposób szybki i skuteczny reagować na potrzeby koleżanek i kolegów. Atutem Kasy jest:

Kapitał - pozwalający na udzielanie pożyczek w wysokości:

1000 PLN dla osób opłacających składkę 30 PLN
2000 PLN dla wkładów 600 PLN
3000 PLN dla wkładów 1200 PLN

4000 PLN dla wkładów 1500 PLN

5000 PLN dla wkładów 2500 PLN od 1.10.99 r. po uzupełnieniu wkładu.

Przyspieszony tryb przyznawania:

- w sytuacjach losowych,

- dla osób specjalizujących się, podnoszących kwalifikacje,

- dla członków otwierających gabinety lekarskie.

Krótki okres oczekiwania: min. - 1 mies., max. - 3 mies.

Odpowiednio długi okres spłaty: do 15 miesięcy, bez prowizji.

Mając na uwadze potrzeby finansowe członków Kasy oraz różną ilość członków w kołach, delegaci ostatniego Walnego Zebrania z dnia 23.04.1999 r. uchwalili:

- udzielanie pożyczek bez żyrantów, w kwocie odpowiadającej wys. wkładu członka Kasy,

- udzielanie pożyczek do 2000 PLN posiadających min. wkład 1000 PLN przy poręczeniu jednego żyranta.

Zainteresowanym w przynależności do Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej podajemy numer rachunku Kasy

20302081-83928-2706-11
BGŻ SA LKPK oddz. Wrocław

Wszelkich dodatkowych informacji o działalności Kasy udzielają dyżurujący lekarze, w każdy czwartek oraz kasjerka Kasy Pani Barbara Nuckowska, w siedzibie DIL.

Stanisław Furtan

PRZEPRASZAMY

Do artykułu dr n. med. Renaty Wojtali pt. „Skojarzone leczenie nowotworów przelyku, żołądka, dróg żółciowych i trzustki”, który zamieściliśmy w czerwcowym numerze, wkraśl się błąd - prezes Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Onkologów prof.

dr hab. Tadeusz Orłowski jest z Warszawy, a nie, jak podaliśmy, z Poznania. Pana Profesora i Czytelników przepraszamy.

Redakcja

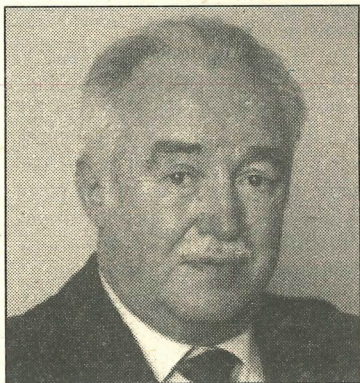
W numerze 7-8 „Medium” w informacji „Ludwik Hirsz-

feld we wrocławskim Ratuszu” mylnie podaliśmy imię i nazwisko Pani Doktor Ewy Bohdanowicz, która dokonała odsłonięcia popiersia prof. Hirszfelda, za co serdecznie Panią Doktor i Czytelników przepraszamy.

Redakcja

Na odbywającym się na początku sierpnia br. 41 posiedzeniu Senatu czwartej kadencji znalazły rozwiązanie dwa odległe w czasie problemy - zostały uchwalone: Ustawa o zmianie ustawy o zrekompensovaniu okresowego niepodwyższania płac w sferze budżetowej oraz niektórych wzrostów lub dodatków do emerytur i rent oraz kolejna nowelizacja ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, mająca na celu umożliwienie wypłacenia tzw. 13 pensji pracownikom ochrony zdrowia, zatrudnionym w 1998 r. w jeszcze nie usamodzielnionych ZOZ-ach.

Rząd obiecuje pielęgniarcom jak Zagłoba królowi szwedzkiemu



Janusz Bielawski

Wola uchwalenia tych nowelizacji została wymuszona. Niewypłacenie podwyżek emerytom i rencistom w latach 1991-1992 zostało zaskarżone do Trybunału Konstytucyjnego i nowelizowana ustawa ma realizować orzeczenie Trybunału, który uznał taką praktykę za bezprawną. Z kolei sprawa 13 pensji za rok 1998, której wypłacenie było zobowiązaniem budżetu została wymuszona przez protest pielęgniarzy.

Wprowadzona z dużym szumem od pierwszego stycznia 1999 r. reforma ochrony zdrowia była niedopracowana, co powszechnie wiadomo. Teraz przybył kolejny dowód - zapomniano o zarezerwowaniu pieniędzy na wypłatę trzynastki, należności za dyżury lekarskie za grudzień 1998 r., nie zapominając o pieniądzach na remonty budynków, gdzie znalazły swe siedziby kasy chorych, wyposażenie biur itp. Nie śmiem podejrzewać, że to zapomnienie było zamierzone. Chociaż przy niedoinformowaniu, które towarzyszyło wprowadzeniu reformy ochrony zdrowia było wiadomo, że uzyskanie samodzielności przez ZOZ-y było koniecznym warunkiem do nawiązania umowy z kasami chorych, a więc był to jeden z elementów reformy. Sądzę, że do tej pory nie wszyscy uświadamiają sobie, jakie skutki dla pracowników przyniesie uzyskanie samodzielności przez ZOZ-y. Trzeba jasno powiedzieć, że gdy ZOZ uzyskuje samodzielność, pracownicy automatycznie przestają być zatrudnieni w sferze budżetowej i wszelkie takie komunistyczne wymysły, jak: podwyżki płac, wypłata 13 pensji, premie zależą od woli i możliwości finansowych zarządzającego.

Kiedy doszło do protestów pielęgniarzy okazało się, że rząd, minister zdrowia nie są partnerami w rozmowach na tematy płacowe. To menedżer! Kiedy jednak protest się przedłużał i trzeba było jakoś problem rozwiązać wymyślono ekwilibrystykę prawną i konieczność nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Zgodnie z nowelizowaną ustawą kasy chorych mają teraz (sierpień) przekazać samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, sumę

pożyczki wraz z odsetkami, którą zaciągnęły na funkcjonowanie przez dwa tygodnie lutego, zreformowanej służby zdrowia. Termin spłaty tej pożyczki był do końca grudnia br. Jaki będzie miała wpływ spłata pożyczki na płynność finansową kas chorych w sytuacji, gdy składki na PUZ nie są ściągane w zaplanowanej wysokości? Mówi się, że deficyt kas chorych sięga obecnie miliarda złotych. Kiedy więc pieniądze na trzynastki zostaną przekazane do ZOZ-ów, pozostaje pytaniem bez odpowiedzi.

Z tego wszystkiego można by wnioskować, że resort finansów najdelikatniej mówiąc niechętnie rozstaje się z gotówką. A gdy budżet zalega z płatnościami i nie ma z tego powodu protestów, to najlepiej o takich długach nie myśleć, może przyschną. Pielęgniarki to nie górniczy. Na zakończenie protestu pielęgniarzy została złożona deklaracja o podwyżce uposażeń o 2% powyżej inflacji. Nie wiem, jak to ma być realizowane, bo w obecnym stanie prawnym jest to obietnica bez pokrycia, podobna do tej, którą uczynił Zagłoba królowi szwedzkiemu.

Kolejne nowelizacje ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym mogą ilością konkurować z podwyżkami cen benzyny, choć nie wzbudzają żadnych wątpliwości co do potrzeby ich uchwalenia. Ostatnia nowelizacja stała się jednak okazją do trwającej kilka godzin debaty na temat skutków reformy i funkcjonowania ochrony zdrowia w 1999 r.

Wiele miejsca w tej dyskusji zajęło zadłużenie służby zdrowia. Wskazywano na złożone przyczyny tego zjawiska: na istniejące od lat niedofinansowanie ochrony zdrowia, nadmierne zakupy sprzętu przez jednostki, które miały zostać usamodzielnione w nadziei, że zostaną oddłużone. A przecież tylko nieliczne ZOZ-y przechodząc na samodzielność zostały w całości oddłużone, niezależnie od przyczyn powstania długu. Skutki rosnącego zadłużenia mogą być różne - o jednych mówi się głośno, o innych półgębkiem. O tych ostatnich wypowiedział się senator Jerzy Cieślak, który przypominał, że na 31 posiedzeniu Senatu (marzec 99) zwrócił się „do przedstawicieli rządu z prośbą o ujawnienie, czy prawdą jest, że ostateczna koncepcja reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce ma prowadzić do powszechnej prywatyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez wcześniejsze ogłoszenie ich upadłości i sprzedaż masy upadłościowej za kwotę równą od 5 do 10% tak zwanej wartości księgowej.”

W dalszym ciągu swojej wypowiedzi senator Cieślak stwierdził: „Na swoje oświadczenie senatorskie otrzymałem odpowiedzi od dwóch ministrów, ministra finansów i ministra zdrowia. W obydwu przypadkach ta

moja sugestia i to moje pytanie zostały w odpowiedzi pominięte, co utwierdziło mnie w przekonaniu, że ta nieujawniona dotąd koncepcja może być rzeczywista i że zostanie zrealizowana do końca. Myślę, że niektóre zakłady opieki zdrowotnej stoją już u progu takiego postępowania. Padły tu nazwy dwóch szpitali, dawnych wojewódzkich. Takich zakładów opieki zdrowotnej, które wzięły kredyty komercyjne w bankach, które nie są w stanie prowadzić działalności w dotychczasowych warunkach pomimo restrukturyzacji, redukcji zatrudnienia, programów oszczędnościowych, jest w Polsce więcej.”

W pełni podzielam pogląd senatora Cieślaka. Obserwacja tego, co się dzieje w ochronie zdrowia, rosnące zadłużenie niektórych ZOZ-ów nie wykluczają takiego scenariusza, tym bardziej że w maju lub czerwcu br. odbyła się konferencja na temat prywaty-

zainteresowanie angażowaniem menedżerów na podstawie umów cywilnoprawnych. Umowy o zarządzanie stwarzają większe możliwości właściwego kształtowania sytuacji menedżerów aniżeli umowy o pracę” oraz „W umowach o zarządzanie zarówno sami zarządzający, jak i organy założycielskie zakładów opieki zdrowotnej upatrują remedium na trudności i bariery w efektywnym prowadzeniu zakładu jako organizacji gospodarczej, użytkowaniu przez niego przewagi konkurencyjnej itp. Przygotowany przez Komisję do spraw kontraktów menedżerskich projekt umowy jest, jak Pan Senator Janusz Bielawski raczył zauważyć, jedynie propozycją wysuniętą przez członków zespołu składającego się w głównej mierze z menedżerów zakładów opieki zdrowotnej”. Czyli przez towarzystwo wzajemnej adoracji.

W dalszym ciągu odpowiedzi minister Maksymowicz twierdzi: „Strony



Fot. Elżbieta Pomorska

zacji w ochronie zdrowia organizowana przez resort. Sądzę też, że powstał jakiś zespół, który monitoruje ten problem, podobnie jak to było z kontraktami menedżerskimi. Widzę duże podobieństwo z kontraktami menedżerskimi, które zostały wprowadzone niejako kuchennymi drzwiami.

Dwukrotnie pytałem ówczesnego ministra zdrowia o sens i cel angażowania w samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej bardzo wysoko opłacanego menedżera.

Pierwszą lakoniczną odpowiedź otrzymałem 2.09.98 r.: „uprzejmie wyjaśniam, że przesłany przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 maja 1998 roku Nr PSA/014/4132/I/L/98 projekt umowy o zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej jest jedynie projektem Komisji ds. Kontraktów Menedżerskich i nie ma mocy obowiązującej dla organu założycielskiego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.”

Druga odpowiedź na ponowne zapytanie z 16.11.98 r. jest obszerniejsza i zawiera następujące stwierdzenia: „W ostatnim czasie wzrasta w Polsce

ty. organ, który założył zakład i zarządzający mogą swobodnie wybrać, czy zarządzający zakładem opieki zdrowotnej będzie zatrudniony na podstawie umowy o pracę, czy też zaangażowany zostanie jako osoba fizyczna, czy też przedsiębiorstwo świadczące usługi menedżerskie na rzecz zakładu”. Jak do tej pory nie bardzo wiadomo, kto ma płacić menedżerowi - organ założycielski, czy sam menedżer ma wypracować zysk umożliwiający wypłatę wynagrodzenia, bo kasy chorych, zresztą słusznie, odzęgały się od tego.

Organ założycielski, czyli wojewodowie zlikwidowanych województw kończąc urzędowanie w końcu 98 r. zawarli kontrakty menedżerskie z osobami zarządzającymi ZOZ-ami, mimo oficjalnych deklaracji ministra Maksymowicza, że są to tylko projekty. Albo minister kłamał, albo co gorsza nie wiedział, że była taka wola polityczna. A jaka jest wola polityczna w sprawie prywatyzacji ochrony zdrowia - czas pokaże.

Senator Maciej Świątkowski, prof. Akademii Medycznej w Bydgoszczy uznając, że reforma ochrony zdrowia jest przedstawiana w złym świetle

przez senatorów opozycji i media: „którzy totalnie krytykują reformy ochrony zdrowia, przedstawiając wszystko w czarnym świetle, podobnie jak media publiczne. Ciekawe jest, że gdy telewizja publiczna prowadzi jakiś program o ochronie zdrowia, to głównym aktorem jest pan senator Andrzej Struzik, senator opozycji, wiceprzewodniczący senackiej Komisji Zdrowia, Kultury Fizycznej i Sportu. Szkoda, że mnie nigdy nie spotyka takie szczęście, takie wyróżnienie, iż jestem w telewizji i mogę też przedstawić swoje racje.” Właściwie ta wypowiedź nie wymaga komentarza, a optymistyczne wypowiedzi, jak to jest dobrze, o czym było w dalszej części wypowiedzi senatora Świątkowskiego i innych senatorów koalicji i pełnej samozadowolenia pani minister Knysock, nie poprawia wizerunku reformy.

Zasadnicze pytanie: jakie są konsekwencje reformy ochrony zdrowia? Jedno nie ulega wątpliwości: powstało wiele wysoko płatnych stanowisk w kasach chorych i menedżerów w ochronie zdrowia. Nie spełniły się nadzieje, że służba zdrowia stanie się bardziej przyjazna dla pacjenta. Ma on nadal reglamentowane - np. skierowanie do specjalisty, możliwość „załapania” się na konieczne dla ratowania życia i przywrócenia zdrowia procedury wysokospecjalistyczne, takie jak przeszczepy narządów, operacje na kręgosłupie. Procedury wysokospecjalistyczne zostały zakontraktowane w ilości 50-70% wykonanych w 1998 r. W dalszym ciągu musimy apelować do pacjentów, żeby sobie kupili implant, albo lek, dlatego, że poziom finansowania procedur przez kasy chorych nie zapewnia leczenia zgodnego z postępowaniem medycznym.

Drobna nowelizacja ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym spowodowała bardzo burzliwą dyskusję. Dowodzi ona, że spojrzenie na skutki tej reformy są bardzo różne. Gdyby reforma przebiegała prawidłowo nie byłoby protestów pielęgniarzy, a media mogłyby przedstawiać w najgorszym świetle przemiany - nikt by tego nie słuchał. Ale faktów nie przesłoni żadna propaganda sukcesu.

W drodze na posiedzenie Komisji Zdrowia spotkałem Panią Minister Knysock i powiedziałem:

- *Wie Pani, wczoraj, podczas debaty chciałem już powiedzieć, że można sobie wyobrazić, jak Pani dosiada rumaka reformy niczym Joanna D'Arc.*

Na to Pani Minister:

- *Przecież ona została spalona na stosie.*

Odpowiedziałem:

- *Właśnie.*



**Radca prawny DIL
mec. Beata Kozyra-Lukasiak**

I. Z dniem 15 lipca 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 lipca 1999 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 61 poz. 676.

Zakończenie terminu postępowania kwalifikacyjnego w roku 1999 zostało przesunięte z 15 lipca 1999 r. na 24 września 1999 r.

II. Z dniem 15 lipca 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 lipca 1999 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań i kryteriów, jakim powinny odpowiadać świadczeniodawcy, oraz zasad i trybu zawierania umów ze świadczeniodawcami na pierwszy rok działalności Kas Chorych, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 61 poz. 662.

Zmiana rozporządzenia dotyczy skreślenia §7 ust. 2 stanowiącego, iż suma należności z tytułu realizacji umowy o świadczeniu usług medycznych przekazywanych samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej przez kasy chorych powinna obejmować koszty wynikające z udzielania świadczeń zdrowotnych przez te zakłady w 1998 r., z tytułu których należność, o której mowa, jest wypłacana w 1999 r.

Ze środków tych miały również pochodzić kwoty na wynagrodzenie za dyżury zakładowe pełnione w grudniu 1998 r. oraz na dodatkowe wynagrodzenie roczne tzw. „trzynastą pensję” dla pracowników służby zdrowia zatrudnionych w sferze budżetowej.

III. Z dniem 12 sierpnia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1999 r. w sprawie określenia rzadkich grup krwi, rodzajów surowic diagnostycznych i leczniczych preparatów krwiopochodnych, których uzyskanie wymaga przed pobraniem krwi zabiegu uodpornienia dawcy lub innych zabiegów, oraz wysokości ekwiwalentu pieniężnego za pobraną krew i związane z tym zabiegi, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 60 poz. 652.

IV. Z dniem 1 września 1999 r. weszła w życie ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, opublikowana w Dzienniku Ustaw nr 60 poz. 636.

Świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa obejmują zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, zasiłek porodowy, zasiłek macierzyński i zasiłek opiekuńczy.

Zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy w wyniku

decyzji wydanej przez właściwy organ albo uprawniony podmiot na podstawie przepisów o zwalczaniu chorób zakaźnych albo o zwalczaniu gruźlicy, z powodu przebywania:

- w stacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego w celu leczenia uzależnienia alkoholowego,

- w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej w celu leczenia uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy, a jeżeli niezdolność do pracy spowodowana została gruźlicą - nie dłużej niż przez 9 miesięcy.

Do okresu zasiłkowego wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy oraz okresy niemożności wykonywania pracy.

Do okresu zasiłkowego wlicza się okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni.

Jeżeli po upływie okresu zasiłkowego ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy z powodu choroby, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy, okres zasiłkowy ulega przedłużeniu - nie dłużej jednak niż o 3 miesiące.

O przedłużeniu okresu zasiłkowego orzeka na wniosek lekarza leczącego, lekarz orzecznik ZUS.

Okres zasiłkowy nie ulega przedłużeniu osobie uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, a także osobie, która stała się niezdolna do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia, jeżeli niezdolność do pracy trwała bez przerwy co najmniej 30 dni i powstała nie później niż w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego lub nie później niż w ciągu 3 miesięcy od ustania tytułu ubezpieczenia w razie choroby zakaźnej, której okres wylegania jest dłuższy niż 14 dni, lub innej choroby, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby.

Ubezpieczonemu, którego niezdolność do pracy spowodowana została nadużyciem alkoholu, zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres pierwszych 5 dni tej niezdolności.

Rozdział 10 ustawy określa zasady dokumentowania prawa do zasiłków i kontroli orzekania o czasowej niezdolności do pracy. Przepisy dot. wystawiania i kontroli zaświadczeń lekarskich weszły w życie z dniem 27 lipca 1999 r.

Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych upoważnia do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej i konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny, lekarza, lekarza stomatologa, felczera i starszego felczera, po złożeniu przez niego oświadczenia o zobowiązaniu się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy.

ZUS nie może upoważnić do wystawiania zaświadczeń lekarskich lekarzy i lekarzy stomatologów w okresie odbywania stażu podyplomowego.

Zaświadczenie lekarskie zawiera:
- informacje identyfikujące ubezpieczonego, któremu zostało wystawione, i jego płatnika składek,

- informacje dot. wystawiającego zaświadczenie i jego miejsce wykonywania zawodu,

- okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, w tym okres pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej,

- numer statystyczny choroby ustalony wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,

- kody literowe:

Kod A - oznacza niezdolność do pracy powstałą po przerwie nie przekraczającej 60 dni - spowodowaną tą samą chorobą, która była przyczyną niezdolności do pracy przed przerwą,

Kod B - oznacza niezdolność do pracy przypadającą w okresie ciąży,

Kod C - oznacza niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu,

Kod D - oznacza niezdolność do pracy spowodowaną gruźlicą,

Kod E - oznacza niezdolność do pracy spowodowaną chorobą zakaźną, lub inną chorobą, której objawy ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni.

W zaświadczeniu lekarskim, na piśmie wniosek ubezpieczonego, nie umieszcza się kodu B i D.

- wskazania lekarskie,

- okres zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny,

- datę urodzenia członka rodziny i jego stosunek pokrewieństwa z ubezpieczonym.

ZUS wydaje druki zaświadczeń lekarskich będące drukami ścisłego zarachowania.

ZUS prowadzi rejestr lekarzy, lekarzy stomatologów, felczarów i starszych felczarów, którzy zgłosili wniosek w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

Rejestr zawiera numer identyfikacyjny, numer prawa wykonywania zawodu, imię i nazwisko, nr PESEL, NIP, rodzaj i stopień specjalizacji, miejsce wykonywania zawodu, nazwę i siedzibę właściwej izby lekarskiej, informację o wydanych drukach zaświadczeń lekarskich, informację o cofnięciu upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

Numer identyfikacyjny wpisuje się w zaświadczeniu lekarskim.

Do dnia 30 czerwca 2001 r. numer identyfikacyjny staje się równocześnie numerem prawa wykonywania zawodu.

Zaświadczenie lekarskie wystawia się z dwiema kopiami:

- oryginał zaświadczenia wystawiający przesyła w ciągu 7 dni od dnia wystawienia, bezpośrednio do terenowej jednostki organizacyjnej ZUS,

- pierwszą kopię zaświadczenia otrzymuje ubezpieczony,

- drugą kopię wystawiający zaświadczenie przechowuje przez okres 3 lat.

Kody literowe wpisuje się odpowiednio na oryginale i na kopiach zaświadczenia lekarskiego, a numery statystyczne choroby ustalone wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, tylko na oryginale i na drugiej kopii.

Prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich podlega kontroli lekarzy orzeczników ZUS.

Lekarz orzecznik ZUS może w celu kontroli:

- przeprowadzić badanie lekarskie ubezpieczonego:

a) w wyznaczonym miejscu,

b) w miejscu jego pobytu,

- skierować ubezpieczonego na badanie specjalistyczne przez lekarza konsultanta ZUS,

- zażądać od wystawiającego zaświadczenie lekarskie udostępnienia dokumentacji medycznej dot. ubezpieczonego stanowiącej podstawę wydania za-

świadczenia lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie,

- zlecić wykonanie badań pomocniczych w wyznaczonym terminie.

Jeżeli po analizie dokumentacji medycznej i po przeprowadzeniu badania ubezpieczonego lekarz orzecznik ZUS określi wcześniejszą datę ustania niezdolności do pracy niż orzeczone w zaświadczeniu lekarskim, za okres od tej daty zaświadczenie traci ważność.

W razie uniemożliwienia badania lub niedostarczenia przez ubezpieczonego posiadanych wyników badań w wyznaczonym terminie, zaświadczenie lekarskie traci ważność od dnia następującego po tym terminie.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich, a w szczególności gdy zaświadczenie zostało wystawione:

- bez przeprowadzenia bezpośredniego badania ubezpieczonego,

- bez udokumentowania rozpoznania stanowiącego podstawę orzeczonej czasowej niezdolności do pracy,

ZUS może cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nie przekraczający 12 miesięcy od daty uprawomocnienia się decyzji.

W przypadku powtarzającego się naruszenia zasad dot. umieszczania w zaświadczeniach kodów literowych oraz przekazywania wystawionych zaświadczeń ZUS może cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nie przekraczający 3 miesięcy od daty uprawomocnienia się decyzji.

Od wymienionych decyzji przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego.

Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, po zasięgnięciu opinii NRL, określi w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady i tryb wystawiania zaświadczeń lekarskich oraz wzory zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika ZUS.

Podstawę ustalania prawa do zasiłków mogą stanowić zaświadczenia lekarskie, określone w przepisach dotychczasowych, wydawane do dnia 30 września 1999 r. przez lekarzy nie mających upoważnienia ZUS do wydawania orzeczeń.

Na oryginale wymienionego wyżej zaświadczenia lekarskiego w miejsce numeru statystycznego choroby podaje się kod literowy.

Ustawa wprowadziła również zmianę w art. 50 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, zgodnie z którą do lekarzy orzeczników ZUS i lekarzy rzeczoznawców KRUS nie stosuje się przepisów dot. uznania za równoznaczne z indywidualną praktyką lekarską wykonywania zawodu lekarza poza zakładem opieki zdrowotnej.

V. Z dniem 30 lipca 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej z dnia 28 czerwca 1999 r. w sprawie zadań służby medycyny pracy wynikających ze specyfiki ryzyka zawodowego osób zatrudnionych w transporcie kolejowym, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 61 poz. 674.

Zadania służby medycyny pracy w odniesieniu do pracowników transportu kolejowego obejmują w szczególności:

- analizowanie wymogów zdrowotnych dot. stanu narządu wzroku i słuchu oraz sprawności psychofizycznych niezbędnych do wykonywania czynności na poszczególnych stanowiskach w transporcie kolejowym na potrzeby standaryzacji profilaktycznych badań lekarskich i ustalenia przeciwwskazań zdrowotnych,

- wykonywanie badań niezbędnych do wydawania orzeczenia lekarskiego

i oceny psychologicznej zgodnie z zasadami wynikającymi z ryzyka zawodowego,

- kwalifikację i kierowanie pracowników do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego na turnusy profilaktyczne i rehabilitacyjne finansowane przez pracodawców,

- prowadzenie badań nad ryzykiem błędów stanowiących zagrożenie bezpieczeństwa publicznego i przyczynami utraty zdolności do pracy.

VI. Z dniem 30 lipca 1999 r. weszła w życie ustawa z dnia 8 lipca 1999 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, opublikowana w Dzienniku Ustaw nr 63 poz. 700.

Do 31 grudnia 1999 r. (zamiast 30 czerwca 1999 r.) ZUS i KRUS dokonują rozdysponowania pomiędzy Kasy Chorych środków finansowych pochodzących z pobranych składek na ubezpieczenie zdrowotne na podstawie planu finansowego sporządzonego przez pełnomocnika Rządu do spraw wprowadzania ubezpieczenia zdrowotnego.

Środki finansowe przekazane właściwym Kasom Chorych od 1 lipca 1999 r. do 30 lipca 1999 r. zalicza się na poczet kwot przewidzianych w powyższym planie.

VII. Z dniem 7 sierpnia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 lipca 1999 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez Kasy Chorych umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 63 poz. 726.

Komisja konkursowa w celu ustalenia ilości planowanych do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ceny za te świadczenia może zarządzić przeprowadzenie rokowań z oferentami, którzy złożą najkorzystniejsze oferty.

Komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić rokowania co najmniej z dwoma oferentami, jeżeli w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.

VIII. Z dniem 9 sierpnia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 65 poz. 741.

Zaświadczenie lekarskie wystawia lekarz, lekarz stomatolog, starszy felczer lub felczer prowadzący leczenie, na okres, w którym ubezpieczony ze względu na stan zdrowia powinien powstrzymać się od pracy, nie dłuższy niż do dnia, w którym niezbędne jest przeprowadzenie ponownego badania stanu zdrowia ubezpieczonego.

Zaświadczenie wystawia się od dnia, w którym przeprowadzono badanie lub od dnia następnego.

Zaświadczenie może być wystawione na okres do 3 dni poprzedzających dzień, w którym przeprowadzono badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że ubezpieczony w tym okresie był niezdolny do pracy.

Lekarz psychiatra może wystawić zaświadczenie na okres wcześniejszy niż wymieniony wyżej, w razie stwierdzenia lub podejrzenia zaburzeń psychicznych ograniczających zdolność ubezpieczonego do oceny własnego postępowania.

Zaświadczenie stwierdzające pobyt w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowot-



nej wystawia się w dniu wypisania ubezpieczonego z zakładu.

W przypadku pobytu dłuższego niż 14 dni, zaświadczenie należy wystawić co 14 dni w celu umożliwienia wypłaty wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego. W razie ubezpieczenia z dwóch lub więcej tytułów wystawia się, na wniosek ubezpieczonego, odpowiednią liczbę zaświadczeń lekarskich.

Po 30 dniach niezdolności do pracy prowadzący leczenie, przed wystawieniem ubezpieczonemu zaświadczenia o dalszej niezdolności do pracy, ocenia, czy jego stan zdrowia uzasadnia potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej, a w przypadku stwierdzenia takiej potrzeby, wypełnia wniosek o rehabilitację leczniczą.

Nie później niż na 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego lekarz przeprowadza badanie i ocenia, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia:

- wystąpienie z wnioskiem o przedłużenie okresu wypłaty zasiłku chorobowego na okres nie dłuższy niż 3 miesiące,
- zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego,
- zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Badanie przeprowadza się w domu ubezpieczonego, jeżeli jest on obłożnie chory.

Lekarz prowadzący leczenie stosownie do wyników oceny stanu zdrowia ubezpieczonego występuje z wnioskiem o przedłużenie okresu zasiłkowego lub wystawia zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego, informując ubezpieczonego o potrzebie niezwłocznego zgłoszenia wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego lub prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Załączniki do rozporządzenia zawierają wzór zaświadczenia lekarskiego oraz wzór zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika ZUS.

IX. Z dniem 17 sierpnia 1999 r. weszła w życie ustawa z dnia 8 lipca 1999 r. o zmianie ustawy - kodeks karny oraz ustawy o zawodzie lekarza opublikowana w Dzienniku Ustaw nr 64 poz. 729.

W ustawie kodeks karny został dodany art. 157a

„§ 1. Kto powoduje uszkodzenie ciała dziecka poczętego lub rozstrój zdrowia zagrażający jego życiu, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 2. Nie popełnia przestępstwa lekarz, jeżeli uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia dziecka poczętego są następstwem działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego.

§ 3. Nie podlega karze matka dziecka poczętego, która dopuszcza się czynu określonego w § 1.”

W ustawie o zawodzie lekarza art. 26 otrzymał brzmienie:

1. Udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego.

2. Kobiety ciężarne i karmiące mogą uczestniczyć wyłącznie w eksperymentach badawczych pozbawionych ryzyka lub związanych z niewielkim ryzykiem.

3. Dzieci poczęte, osoby ubezwłasnowolnione, żołnierze służby zasadniczej oraz osoby pozbawione wolności nie mogą uczestniczyć w eksperymentach badawczych.

X. Z dniem 1 września 1999 r. weszła w życie rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z

dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 65 poz. 742.

Do wniosku w sprawie przedłużenia okresu wypłaty zasiłku chorobowego, którego wzór zawiera załącznik nr 3 do rozporządzenia, lekarz występujący z wnioskiem dołącza dokumentację leczenia oraz wyniki badań pomocniczych uzasadniające celowość przedłużenia okresu zasiłkowego.

Dowodem do przyznania i wypłaty zasiłku opiekuńczego z powodu konieczności **sprawowania osobistej opieki nad zdrowym dzieckiem w wieku do lat 8** jest między innymi zaświadczenie wystawione przez lekarza, lekarza stomatologa, starszego felczera lub felczera, upoważnionego do wystawiania zaświadczeń lekarskich, na zwykłym druku w przypadku:

- porodu lub choroby małżonka pracownika, stale opiekującego się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi sprawowanie opieki,
- pobyt małżonka, stale opiekującego się dzieckiem, w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej.

Zaświadczenie lekarskie stwierdzające stan ciąży w okresie zatrudnienia stanowi dowód wymagany do przyznania i wypłaty zasiłku porodowego z tytułu urodzenia dziecka i zasiłku macierzyńskiego po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to ustąpiło w okresie ciąży z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy.

Dowodem do przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego jest między innymi **zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewidywaną datę porodu** lub skrócony odpis aktu urodzenia dziecka.

XI. Z dniem 1 września 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 65 poz. 743.

Kontrola formalna zaświadczeń lekarskich przeprowadzana przez płatnika składek na ubezpieczenie chorobowe polega na sprawdzeniu, czy zaświadczenie:

- nie zostało sfałszowane,
- zostało wydane zgodnie z przepisami w sprawie zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich.

Jeżeli w wyniku kontroli zachodzi podejrzenie, że zaświadczenie lekarskie zostało sfałszowane, płatnik składek występuje do lekarza leczącego o wyjaśnienie sprawy.

W przypadku podejrzenia, że zaświadczenie lekarskie wydane zostało niezgodnie z przepisami w sprawie zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, płatnik składek występuje o wyjaśnienie sprawy do terenowej jednostki organizacyjnej ZUS.

XII. Z dniem 27 sierpnia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad udzielania i sposobu rozliczania dotacji z rezerwy celowej budżetu państwa na rok 1999 dla organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na zadania własne bieżące i inwestycyjne związane z dofinansowaniem kosztów wdrażania reform w ochronie zdrowia, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 68 poz. 760.

Dotacje z rezerwy celowej budżetu państwa na rok 1999 mogą być udzielane organom założycielskim samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na:

- restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej lub ich jednostek organizacyjnych, w tym przekształcenie w zakłady: opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze (kwota dotacji do 400 tys. zł), opieki paliatywno-hospicyjnej (kwota dotacji do 500 tys. zł), nie powodujące wzrostu zatrudnienia, a dokonaną w oparciu o odpowiednie przesiedlenia pracowników danego zakładu,
- koszty odpraw pieniężnych przysługujących na podstawie ustawy z dnia 28.12.1989 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn dot. zakładu pracy oraz o zmianie niektórych ustaw, związane z wdrażaniem reform w ochronie zdrowia,
- kontynuację inwestycji, które mają być zakończone w 1999 r. (kwota dotacji do 1500 tys. zł),
- przeprowadzanie remontów oraz zakup aparatury i sprzętu medycznego w celu realizacji programu dostosowania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do wymagań fachowych i sanitarnych pomieszczeń i urządzeń oraz podniesienia standardu jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych (kwota dotacji do 400 tys. zł),
- inne zadania niezbędne do realizacji reform w ochronie zdrowia.

W celu uzyskania dotacji organy założycielskie za pośrednictwem wojewody składają wnioski do ministra właściwego do spraw zdrowia do dnia 10 września 1999 r.

Jeżeli organem założycielskim jest minister właściwy do spraw zdrowia, wniosek składa samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Po analizie wniosków dokonanej przez wojewodów, minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje ich weryfikacji i przedstawia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycję podziału rezerwy celowej na - przekazywane za pośrednictwem poszczególnych wojewodów - dotacje dla organów założycielskich.

W terminie 7 dni od otrzymania dotacji organy założycielskie przekazują przyznane kwoty samodzielnemu publicznemu zakładom opieki zdrowotnej. Rozliczenie finansowe i merytoryczne przyznanych dotacji nastąpi do dnia 15.12.1999 r.

Dotacje wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem lub pobrane w nadmiernej wysokości podlegają zwrotowi wraz z odsetkami do budżetu państwa.

Załączniki do rozporządzenia zawierają wzory wniosków o przyznanie dotacji.

XIII. Z dniem 12 lipca 1999 r. z mocą od 1 stycznia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 1999 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który je utworzył, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 60 poz. 641.

XIV. Z dniem 27 sierpnia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1999 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 69 poz. 772.

Przepisy rozporządzenia określają warunki i tryb:

- przeprowadzania badań lekarskich w celu stwierdzenia istnienia lub bra-

ku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami u osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami silnikowymi lub tramwajami oraz osób kierujących tymi pojazdami,

- wydawania orzeczeń lekarskich stwierdzających brak lub istnienie przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami,
- odwoływania się od orzeczeń lekarskich,
- uzyskiwania uprawnień przez lekarzy przeprowadzających badania,
- kontroli wykonywania i dokumentowania badań oraz wydawanych orzeczeń lekarskich.

Ponadto rozporządzenie określa dodatkowe kwalifikacje lekarzy przeprowadzających badania, sposób postępowania z dokumentacją związaną z badaniami oraz wzory stosowanych dokumentów i maksymalne stawki opłat za badania.

Lekarz uzyskuje uprawnienia do przeprowadzania badań lekarskich w celu stwierdzenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych albo potwierdzających wymagany stan zdrowia osób badanych oraz wydawania orzeczeń lekarskich w tym zakresie, po złożeniu wniosku do wojewody właściwego ze względu na miejsce wykonywania zawodu.

Lekarz uzyskuje wymienione uprawnienia, jeżeli posiada prawo wykonywania zawodu lekarza oraz:

- posiada specjalizację z dziedziny medycyny transportu lub specjalizację z dziedziny chorób wewnętrznych i dodatkowe kwalifikacje z zakresu przeprowadzania badań lekarskich kierujących pojazdami (po odbyciu stosownego szkolenia), lub

- spełnia wymagania określone w rozporządzeniu MZiOS z dnia 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. nr 69 poz. 332 z późn. zm.), bez względu na zastrzeżenie zawarte w § 7 tego rozporządzenia dot. lekarzy zakładowych, lekarzy w poradniach rehabilitacyjnych dla inwalidów i lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny ogólnej lub medycyny rodzinnej uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników, u których na stanowisku pracy nie stwierdzono występowania czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych i posiada dodatkowe kwalifikacje z zakresu przeprowadzania badań lekarskich kierujących pojazdami (po odbyciu stosownego szkolenia).

Lekarz uprawniony na podstawie dotychczasowych przepisów do przeprowadzania badań lekarskich osób ubiegających się o prawo jazdy i kierowców oraz do wydawania tym osobom świadectw lekarskich zachowuje te uprawnienia nie dłużej niż do 31.12.2000 r.

Przeprowadzanie badań obejmuje:

- badanie ogólne stanu zdrowia,
- badania specjalistyczne,
- badania pomocnicze.

Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe (układ krążenia, oddechowcy, nerwowy i sprawność narządu ruchu) wykonuje uprawniony lekarz.

Badania specjalistyczne obejmują badania:

- stanu narządu wzroku,
 - stanu narządu słuchu i równowagi,
 - inne, które uprawniony lekarz uzna za niezbędne do wykonania.
- Badania pomocnicze obejmują badania:
- glikemii na czczo,
 - elektrokardiograficzne, gdy badany ukończył 50 lat, /
 - inne, które uprawniony lekarz uzna za niezbędne do wykonania.

Uprawniony lekarz na podstawie wyników badań wydaje orzeczenie lekarskie stwierdzające brak lub istnienie przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami.

Od orzeczenia lekarskiego przysługuje odwołanie do:

- wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania badanego, albo
- jednostki badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy, jeżeli orzeczenie wydał uprawniony lekarz wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, albo

- lekarza wyznaczonego przez krajowego konsultanta w dziedzinie medycyny transportu, jeżeli orzeczenie wydał uprawniony lekarz jednostki badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy.

XV. Zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. nr 162 poz. 1118), ubezpieczonym urodzonym przed 1 stycznia 1949 r. będącymi pracownikami zatrudnionymi w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, przysługuje emerytura w wieku niższym niż 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn, pod warunkiem posiadania wymaganego okresu zatrudnienia wynoszącego 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn, w tym co najmniej 15 lat pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze.

Za pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach uważa się pracowników zatrudnionych przy pracach o znacznej szkodliwości dla zdrowia oraz o znacznym stopniu uciążliwości lub wymagających wysokiej sprawności psychofizycznej ze względu na bezpieczeństwo własne lub otoczenia.

Wiek emerytalny dla tych osób określają przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego dla pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. nr 8 poz. 43 z późniejszymi zmianami).

Dla pracowników służby zdrowia i opieki społecznej wykonujących prace:

- na oddziałach intensywnej opieki medycznej, anestezjologii, psychiatrycznych i odwykowych, onkologicznych, leczenia oparzeń oraz ostrych zatruc w bezpośrednim kontakcie z pacjentami,
- w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych oraz prace lekarzy stomatologów,

- w prosektoriach i zakładach anatomopatologicznych, histopatologicznych i medycyny sądowej,

- w zespołach pomocy doraźnej pogotowia ratunkowego oraz medycznego ratownictwa górniczego,

- w domach pomocy społecznej dla nieuleczalnie i przewlekle chorych, umysłowo upośledzonych dorosłych i umysłowo niedorozwiniętych dzieci,

- przy pobieraniu prób i pomiarach w warunkach i na stanowiskach pracy szkodliwych dla zdrowia, wykonywane przez personel stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz laboratoriów środowiskowych, wiek emerytalny wynosi 55 lat dla kobiet i 60 lat dla mężczyzn.

Okresami pracy uzasadniającymi prawo do świadczeń na zasadach określonych w rozporządzeniu są okresy, w których praca w szczególnych warunkach jest wykonywana stale i w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym na danym stanowisku pracy.

Wymienione wyżej okresy pracy stwierdza pracodawca w świadectwie pracy na podstawie posiadanej dokumentacji.

Przepisy rozporządzenia stosuje się wyłącznie do pracowników zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Natura Sanat

Od 3 do 5 września Polanica Zdrój była miejscem VI Międzynarodowych Targów Uzdrawiskowo-Turystycznych „NATURA SANAT”.

Mówi się o Polanicy Zdroju, że jest perłą uzdrowisk dolnośląskich, ale nie wszyscy zdają sobie sprawę, że na 40 polskich uzdrowisk 11 jest na Dolnym Śląsku i mają one aż 1/3 wszystkich miejsc.

W dolnośląskich uzdrowiskach spotyka się nie tylko kuracjuszy z Polski, obcokrajowcami, którzy najczęściej odwiedzają tutejsze wody są Niemcy, innych bardziej przyciągają czeskie Karlsbad i Marienbad.

Uzdrowiska muszą bardzo mocno walczyć o dalsze istnienie, bo kasy chorych nie wykupują wszystkich usług oferowanych przez nie i nie zapewniają wszystkich łóżek w

malne, których źródła są właśnie badane. Pozwoliłoby to uzdrowisku wprowadzić nowe zabiegi, a także ogrzewać gorącymi wodami miasto, dzięki czemu uniknięto by zanieczyszczeń, które wytwarza ogrzewanie węglowe. W dalszych planach jest budowa akwaparku, który byłby magnesem dla turystów.

Zniszczona w ubiegłym roku drogą powodzią Polanica Zdrój uporała się ze skutkami kataklizmu i jego ślady nie są już widoczne. Natomiast od powodzi bardzo ucierpiał park zdrojowy w Dusznikach, w którym woda porwała pielęgnowane latami klomby i trawniki, a także mocno uszkodziła pijalnię, która właśnie podczas targów została uroczysto otwarta. Remont przywrócił świetność i elegancję temu



Po usunięciu powodziowych zniszczeń znów została otwarta pijalnia w Dusznikach Zdroju.

sanatoriach, które za wszelką cenę usiłują przyciągnąć prywatnych pacjentów. Sytuacja byłaby bardzo trudna bez wód mineralnych, których sprzedaż w butelkach pozwala przetrwać najtrudniejszy czas dolnośląskim kurortom.

Burmistrz Polanicy Zdroju Grzegorz Jung uważa, że szansa dla tego uzdrowiska mogą być wody geoter-

miejscu. Pijalnia znów będzie skupiała życie kurortu, a także stanie się miejscem ważnych wydarzeń artystycznych, bowiem w niej odbywają się najważniejsze koncerty Festiwalu Szopenowskiego.

W Polanicy jest wiele dużych pensjonatów i sanatoriów, przez lata nie były one remontowane ani odnawiane, dlatego obecnie w kilku są

ZDROWA POLSKA JESIEŃ WRZESIEŃ '99

prowadzone prace budowlane. Z okazji Natura Sanat zostało uroczysto



Festyn DRKCH otwierali przewodniczący Rady Kasy mecenas Piotr Rojek (w środku), dyrektor Kasy mgr Barbara Misińska (z prawej) i posłanka Ziemi Wałbrzyskiej Krystyna Herman.

ście otwarte po remoncie sanatorium Carmen, które przystosowano dla osób niepełnosprawnych.

Na targach reklamowały się uzdrowiska polskie i atrakcyjne tereny rekreacyjne z za najbliższej czeskiej granicy - leżące na Morawach Olomouc, Prostějow i Przerow. Austriacy prezentowali swoje tereny wypoczynkowe i uzdrowiskowe z gorącymi źródłami w Steiermarku i Styrii. Duże wspólne stoisko miały gospodarstwa agroturystyczne z Kotliny Kłodzkiej. Gospodarze z inicjatywą, dla których coraz mniej opłacalna staje się produkcja rolna, wynajmują swoje mieszkania, oferują turystom miłą atmosferę i doskonałą domową kuchnię, gdzie każdy gość jest traktowany indywidualnie, a czasu pobytu nie wyznaczają określone z góry turnusy.

Swoje stoisko miał gabinet zielarski, który proponował leczenie alkoholizmu, nikotynizmu i narkomanii, producenci naturalnych kosmetyków, ośrodek rozwoju osobowości i poprawy pamięci, radiesteci, bioterapeuci i wróżki. Swoje produkty prezentowali wytwórcy urządzeń sanitarnych i wyposażenia szpitali i sanatoriów.

Równolegle z targami 4 września odbył się wielki festyn

wydolności płuc, ciśnienia krwi, elektrokardiograficzne były bezpłatne. Ogromne zainteresowanie badaniami, które z konieczności były przeprowadzane (oprócz mammografii) na oczach publiczności, świadczy o tym, że pacjenci mają niedosyt informacji o swoim zdrowiu i pragną je zdobyć, a powinien je zapewnić lekarz rodzinny lub lekarz pierwszego kontaktu. Zainteresowanie stroną medyczną festynów powinno dać wiele do myślenia organizatorom opieki zdrowotnej.

O tym, jak wielką wagę do tych festynów przywiązuje DRKCH świadczy fakt, że w Polanicy otwierali je przewodniczący Rady DRKCH mecenas Piotr Rojek, dyrektor Kasy mgr Barbara Misińska i posłanka Ziemi Wałbrzyskiej Krystyna Herman.

Oprócz Polanicy Zdroju festyny ZDROWA POLSKA JESIEŃ odbyły się także 11 września w

ZDROWA POLSKA JESIEŃ, który urządziła Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych. Sponsorzy opłacali udział artystów w Polanicy m.in. Krzysztofa Krawczyka



Do badań, nawet tych, które wymagały publicznego negligowania się, ustawiały się kolejki.

i Tercetu Egzotycznego, a lekarze ZOZ m.in. z Kłodzka i Ziębic prowadzili badania mammograficzne (za niewielką odpłatnością 10 zł), pozostałe badania: poziom cholesterolu i cukru we krwi,

Legnicy, 18 września w Jeleniej Górze i 25 września we Wrocławiu.

(EP)

Zdjęcia Elżbieta Pomorska

Informacja o trybie wdrażania ustawy

Decyzją Dyrektora Oddziału ZUS we Wrocławiu utworzono zespół lekarzy - orzeczników ds. kontroli czasowej niezdolności do pracy z siedzibą w Inspektoracie Miejskim przy ul. Reymonta 4/6.

Wszyscy lekarze, podobnie jak dotychczas zatrudnieni w strukturach orzeczniczych ZUS, są specjalistami II stopnia z wieloletnim stażem pracy klinicznej w oddziałach szpitalnych, po przeszkoleniu przez zespół Naczelnego Lekarza ZUS w orzekaniu o zdolności do pracy. W Inspektoratach ZUS w Oławie, Oleśnicy i Trzebnicy zatrudnieni lekarze - orzecznicy będą sprawować

nadzór nad prawidłowością orzekania o czasowej niezdolności do pracy w określonym regionie Województwa. Pracą zespołu kierować będzie dr n. med. Wojciech Pluciński - Z-ca Głównego Lekarza Orzecznika Oddziału.

Dokumenty niezbędne do uzyskania upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich przyjmowane są w dowolnej terenowej jednostce organizacyjnej ZUS.

Wymagane dokumenty:
- formularz ZUS FZLA - wniosek w sprawie upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich

- kopia prawa wykonywania zawodu.

Formularz ZUS FZLA jest dostępny nieodpłatnie na stanowiskach obsługi klientów we wszystkich terenowych jednostkach ZUS. Uważne i pełne wypełnienie druku ZUS FZLA skróci czas wydawania decyzji upoważniających do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

Wymaganą dokumentację proszę kierować za pośrednictwem poczty bądź osobiście na adres:

Inspektorat Miejski ZUS
ul. Reymonta 4/6
50-225 Wrocław

Doręczenie decyzji o nadaniu uprawnień do wystawiania za-

świadczeń lekarskich następuje za pośrednictwem poczty. W czasie przejściowym do końca września obowiązują dotychczas stosowane druki L-4. O sposobie dystrybucji zaświadczeń lekarskich Zakład Ubezpieczeń Społecznych powiadomi w terminie późniejszym.

Na zakończenie w imieniu całego zespołu lekarzy - orzeczników ZUS i własnym wyrazem wdzięczności Redakcji „Medium” Dolnośląskiej Izby Lekarskiej za inicjatywę i umożliwienie przedstawienia informacji o zadaniach, wynikających z przepisów obowiązującej ustawy. Z wiarą, że życzliwa współpraca

ułatwi pokonanie trudności okresu wdrożeniowego deklarują pełną gotowość pomocy w rozwiązywaniu napotykanym trudności.

Główny Lekarz - Orzecznik Oddziału ZUS - Wrocław
dr n. med. Henryk Kotosowski

Szczegółowa informacja o ustawie z 25.06.99 o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa znajduje się w artykule mec. Beaty Kozyry-Łukasiak „Nowe przepisy prawne” na stronach 8-9.

Instrukcja sposobu wypełniania druku ZUS FZLA jest dostępna w ZUS.

III Francusko-Polskie Dni Zdrowia (Troisiemes Journees Franco-Polonaises de la Sante) Lille - Paryż 1-6 lipca 1999 r.

Wrocławscy lekarze u Marii Curie - Skłodowskiej

Troisiemes Journees Franco-Polonaises de la Sante - konferencja naukowa lekarzy oraz stomatologów francuskich i polskich była konsekwencją podpisanej 21 kwietnia 1998 umowy między Uniwersytem Lille 2 Université du Droit et de la Sante oraz wrocławską Akademią Medyczną. Kontynuuje ona odbywające się pod egidą Dolnośląskiej Izby Lekarskiej i z inicjatywy komisji do spraw współpracy międzynarodowej Naczelnej Izby Lekarskiej dni francuskie, które już dwukrotnie gościły na przełomie czerwca i lipca podczas Dni Francji we Wrocławiu. Patronat nad konferencją objęli ze strony francuskiej: Mer Lille Pierre Mauroy (były premier Francji), Ambasador RP we Francji profesor Stefan Meller, Rektor Uniwersytetu w Lille profesor Jean-Claude Fortier, Prezydent Uniwersytetu Lille 2 profesor Jose Savoye i Przewodniczący Naczelnej Francuskiej Izby Lekarsko-Dentystycznej Andre Robert.

Uczestniczyli w niej pracownicy naukowi AM z JM Rektorem prof. dr hab. Jerzym Czernikiem i kierownikami klinik stomatologicznych prof. dr hab. Bogumiłem Płonką i dr Barbarą Warych na czele (16 osób), członkowie najwyższych władz Naczelnej Izby Lekarskiej z wiceprezesem NIL i prezesem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej dr Włodzimierzem Bednorzem, członek Naczelnej Rady Lekarskiej dr Jan Adamus, wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dr Anna Serafinowska-Kiełczewska, członkowie Aliance Medicale Franco-Polonais z Chorzowa, Łodzi, Warszawy i Wrocławia, członkowie DIL - francuskojęzyczni lekarze prywatnie praktykujący oraz zaprzyjaźniona od lat z Zakładem Protetyki Stomatologicznej AM dr n. chem. Bożena Rabikowska z Akademii Rolniczej we Wrocławiu, a także dwie studentki Akademii Medycznej, w sumie 34 osoby.

Podczas 4 sesji naukowych przedstawiono referaty polskie i francuskie o tematyce ogólnolekarskiej, stomatologicznej i okolicznościowej - poświęcony Marii Skłodowskiej-Curie. Temat przewodni - profilaktyka - żywo interesował wszystkich uczestników. Zajmujące wykłady w dobrej francuszczyźnie wygłosili:

- dr hab. Dariusz Wołowicz: Niedobór żelaza - ważny problem kliniczny i epidemiologiczny oraz w zastępstwie dr Jana Godzińskiego: Profilaktyka w onkologii dziecięcej,

- lek. med. Emil Mikulski: Otyłość w Polsce,

- dr n. med. Zbigniew Woźniak: Aplazja wrodzona skóry na markery proliferacji komórkowej - analiza obliczeniowa i interpretacja,

- lek. stom. Ewa Kalecińska: Zespół bezdechu śródśennego - możliwości zapobiegania - rola lekarza stomatologa.

Ze strony francuskiej: dr C. Delfosse, dr M. M. Rousset-Caron, dr L. Guidez, dr A. Devillers, dr J. Declercq (Lille) i prof. Ch. Pilipili (Louvain - Belgia) mówili o aktywnej profilaktyce w pedodoncji, w okresie wyrzynania się zębów stałych, co jest zjawiskiem prostym o skomplikowanym mechanizmie, a także o możliwościach audiowizualnych w pedagogice profilaktyki w pedodoncji.

Uczestnicy spotkania zwiedzili najstarszy szpital regionu Hospice Comtesse, muzeum des Beaux-Arts oraz przepiękną starówkę Lille.

Zapoznali się z historią i kulturą flandryjsko-francuskiego Lille, Bergues i Dunkierki. Każdy wieczór wypełniały spotkania koleżeńskie pozwalające nawiązać bezpośrednie kontakty uczestników z towarzyszeniem dobrej muzyki: Stefan Stalanowski - pierwsze skrzypce Filharmonii w Lille, urodzony wrocławianin, Big-Band grający

jazz nowoorleański oraz niewymuszony dobry nastrój dzięki naszym czterem kolegom prezentującym tańce dyskotekowe z makareną na czele.

W trakcie uroczystej kolacji w wielkim holu Fakultetu Stomatologii wręczono medal Uniwersytetu Lille 2 JM Rektorowi prof. J. Czernikowi, prof. B. Płonce i dr B. Bruzewicz-Mikłaszewskiej.

Przyjęto nas na koktajlu w merostwach Lille i Dunkierki, gdzie uhonorowano władze polskich izb lekarskich w osobach dr. W. Bednorza i dr A. Serafinowskiej-Kiełczewskiej.

Jedną z koleżanek przeżyła epizod szpitalny i miała okazję poznać funkcjonowanie CHRU - Regionalnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. Po wypełnieniu programu w Lille udaliśmy się w podróż powrotną przez Paryż.

W Paryżu po salonach Ambasady RP oprowadzał nas i opowiadał jej historię Ambasador prof. Stefan Meller. Ambasada polska, dawny pałac Talley-

randa jest jedną z trzech najpiękniejszych w Paryżu.

Przeszkody cywilizacyjne - słynne paryskie korki - zmusiły nas do rezygnacji z luksusowego autokaru i poruszania się po Paryżu metrem z prezesem Francuskiej Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej dr Andre Robertowi na czele. -Imponujących rozmiarów wieniec z białoczerwonych róż, który przyjechał z nami z Wrocławia pieczołowicie chroniony przez pięć dni, był transportowany na barkach kol. Emila Mikulskiego z parkingu pod wieżą Eiffle'a do Panteonu. Ambasador, lekarze polscy i francuscy z niecierpliwością oczekiwali na „gońców”, aby wejść do Panteonu i w specjalnie otwartej z tej okazji krypcie złożyć hołd naszej rodaczce dr h. c. medycyny wielu uniwersytetów Marii Curie-Skłodowskiej, której 65 rocznica śmierci minęła 4.07.99 r. Po wykonaniu „rodzinnego” zdjęcia u stóp Panteonu nadszedł zbyt krótki czas wolny wykorzystany na poznawanie uroków

Paryża. Ten czas i krótka przerwa obiadowa w Brukseli dała nam przedsmak atmosfery Wspólnej Europy.

Troisiemes Journees Franco-Polonaises de la Sante - były niezapomnianym spotkaniem lekarzy i stomatologów. Jest to chyba jedyna wspólna platforma wymiany myśli i poglądów naukowych przedstawicieli francuskojęzycznych środowiska medycznego.

Ogromne podziękowania należą się Dziekanowi Faculte d'Odontologie w Lille prof. Pierre'owi Lafforgue'owi i prof. Claude'owi Jouveau za ich zaangażowanie i perfekcyjną organizację tego spotkania.

Rozstaliśmy się we Wrocławiu zmęczeni, pełni wrażeń i już z planami przyszłych IV Dni Francusko-Polskich we Wrocławiu latem roku 2000. Perspektywa V Dni już się zarysowuje, gdyż dr Andre Robert podjął się ich organizacji w Lyonie w 2001 r.

*Mariola Abkowicz,
Barbara Bruzewicz-Mikłaszewska*



Nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło

Przychodzi baba do lekarza, a lekarz nie chce jej przyjąć, bo nie ma kto zapłacić za badania. Chora kasa nie ma pieniędzy, a że choruje od urodzenia, więc brak pieniędzy można uznać za wadę wrodzoną (nieuleczalną). Ale reforma wszystko przewidziała i brak pieniędzy jest wspaniałym sposobem na zachęcenie placówek zdrowia, zwłaszcza szpitali, do bardziej oszczędnego gospodarowania i zmniejszenia polipragmatyzacji (nadmiernego leczenia).

Dobrze skonstruowana i przemyślana reforma w 50% zapewni powodzenie wprowadzanych zmian, pozostałych 50% sukcesu zależy od entuzjazmu społeczeństwa. W naszym kraju entuzjazm społeczeństwa po pięciu miesiącach wprowadzenia reformy służby zdrowia ocenilibym na 5%, a więc obecny sukces w 95% zawdzięczamy staranności i dalekowzroczności pomysłodawców.

Pół roku po urodzeniu się reformy (przez cięcie cesarskie bez znieczulenia) można stwierdzić, że wszystkie główne założenia reformy służby zdrowia sprawdziły się. Oszczędności w szpitalach zwiększyły się w stopniu nieprawdopodobnym, zwiększyły się również możliwości rozwoju osobowego i poszerzenia wiedzy personelu medycznego wychodząc poza wąskie granice sztuki medycznej, społeczeństwo z dnia na dzień zdrowieje, zmniejsza się liczba przewlekłe i ciężko chorych.

Oszczędności w szpitalach nabierają tempa. Kilka lat temu zostały zlikwidowane obiady dla lekarzy dyżurnych. Kie-

dy pracowaliśmy 24 godziny bez przerwy zupełnie wystarczały dwa posiłki na dobę (śniadanie w domu i posiłek nocny w szpitalu: trzy kromki chleba, kostka topionego sera i ogórek konserwowy). Jeżeli ktoś ma zwiększone zapotrzebowanie energetyczne, to może sobie kupić obiad albo zamówić pizzę. W ubiegłym roku zlikwidowano również posiłek nocny. Oszczędności szpitala znacznie zwiększyły się. Ale grunt to konsekwencja. Po likwidacji obiadu i posiłku nocnego zostaje zmniejszony limit na papier toaletowy i mydło. Zmniejszenie dziennej ilości spożywanego pokarmu zmniejsza ilość wydalanych resztek, co, logicznie rozumując, zmniejsza zapotrzebowanie na papier toaletowy i mydło.

Oszczędzać można na wszystkim. Większość uważa, że opłaca się kupować tańszy polski sprzęt jednorazowego użytku. Jednorazowy sprzęt medyczny produkcji zagranicznej jest znacznie droższy, ale lepszy jakościowo i może wytrzymać nawet kilka sterylizacji. Sprzęt rodzimej produkcji rozłazi się już po pierwszej próbie sterylizacji. A więc, ten kto umie liczyć od razu zobaczy duże możliwości oszczędzania.

Dawniej zlecało się pacjentowi dobre, skuteczne leki (często drogie). Aktualnie zleca się jak najtańsze leki (często skuteczne) i możliwie najszybciej wypisuje się chorego ze szpitala, żeby zmniejszyć koszty leczenia. Pieniądzy, które Chora Kasa płaci, z trudem wystarcza na leczenie chorych pacjentów, pomijając koszty utrzymania, naprawy 20-

letniego sprzętu i wynagrodzenia personelu. Żeby zminimalizować koszty leczenia najbardziej opłaca się leczyć pacjentów zdrowych. A stąd dochodzimy do wniosku, że pacjenci prawie zdrowi wymagają mniejszej liczby i mniej wykwalifikowanego personelu medycznego. Pierwsze posunięcia zostały wykonane. Dla przykładu, zredukowanie ilości dyżurujących lekarzy na oddziale z dwu do jednego pozwoliło zaoszczędzić znaczną sumę na wynagrodzeniu tego drugiego. Wprawdzie pacjenci muszą teraz długo czekać na izbę przyjęć, ale i to ma swoje plusy. Pacjenci bardziej chorzy długo nie wytrzymują i po kilku godzinach zostają tylko ci mniej chorzy, to znaczy wymagający tańszego leczenia. Kolejnym krokiem powinno być zwolnienie lekarzy specjalistów, którym trzeba dużo płacić (aż ok. 1000 zł/mies. netto) i zatrudnienie młodych lekarzy po stażu podyplomowym. Można im płacić po 700 zł miesięcznie, a przy odpowiednio dobranej grupie chorych jakoś sobie z pracą poradzą.

Wracając do wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek, można ostatnio zauważyć rosnącą determinację środowiska medycznego. Proszą, apelują, a nawet domagają się, często kosztem własnego zdrowia, godziwych zarobków. Nie chcą zrozumieć, że tylko tak zenująco niskie wynagrodzenia dają prawdziwą swobodę i niezależność, pobudzają do poszerzania wiedzy i zdobywania nowych umiejętności. Gdyby lekarz przyzwoicie zarabiał, stać by go było na systematyczne do-

kształcanie się, pogłębianie wiedzy medycznej, wyjazdy na konferencje i szkolenia, kupowanie dobrych książek fachowych, które są bardzo drogie. W pracy i w domu myślałby tylko o pacjentach, chorobach, rozpoznaniach, leczeniu. A to już są typowe objawy uzależnienia, niewolnictwa, i nie każdego byłoby stać na zerwanie z tym uzależnieniem. Dlatego lekarz musi mało zarabiać, żeby nie został nałogowym medykiem.

Ostatnio wykonując przyłącza wody i kanalizacji na budowie chciałem zatrudnić robotnika do zrobienia wykopu. I jakież było moje zdziwienie, kiedy okazało się, że nie stać mnie na jego usługi. Chciał za godzinę pracy 8 zł, a ja zarabiam (po 15 latach nauki) niecałe 7 zł na godzinę. Więc zabrałem się do roboty i w ciągu dnia wykop był gotowy. Wprawdzie na drugi dzień w pracy nie udało mi się wykonać blokady nerwów u pacjenta z powodu zmniejszenia czucia w palcach i żeby nie wyrządzić krzywdy choremu musiałem prosić o pomoc kolegę, ale to drobnostka w porównaniu z uczuciem, że potrafię zrobić coś więcej, niż tylko leczyć ludzi. Poznawanie nowego jest fascynujące, poszerza horyzonty i daje poczucie niezależności. A gdyby stać mnie było na zawodowego kopcacza, to do dzisiaj nie wiedziałbym jak skonstruowana jest łopata. Ostatnio nie przynajmniej się fachowcom, że jestem lekarzem. Solidny wykonawca nie odważy się zaproponować niewysokiej opłaty za usługę nie chcąc obrazić godności lekarza. W końcu to co mało kosztuje jest mało warte.

Przy tak wspaniałych perspektywach rozwoju osobowego, kto chciałby dużo zarabiać? Chyba tylko ten, kto nie chce się uczyć.

Spółeczeństwo nasze niewątpliwie zdrowieje. Brak pieniędzy na służbę zdrowia zmniejsza dostępność i jakość usług medycznych. Przewlekłe i ciężko chorzy wymagają długotrwałego i drogiego leczenia, które staje się coraz mniej dostępne. Więc przeżywają tylko osobnicy zdrowi i silni. Z upływem czasu społeczeństwo nasze będzie bardziej zdrowe i młode, zmniejszy się też zapotrzebowanie na usługi medyczne. Można będzie w przyszłości jeszcze bardziej zmniejszyć nakłady na służbę zdrowia, co sprawi, że zmniejszy się też składka na Chorą Kasę. A więc społeczeństwo stałoby się nie tylko zdrowsze, ale i bogatsze. Była moda na naturalną medycynę, jest na naturalną żywność, przychodzi na naturalną selekcję.

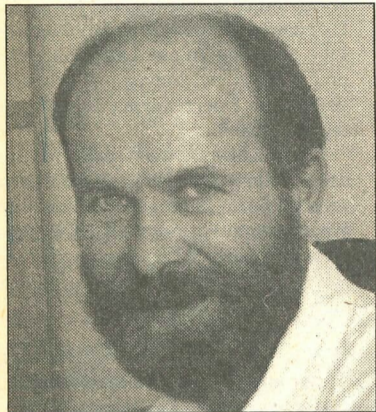
Z początku myślałem - jak większość, że reforma służby zdrowia nie udała się. W chwili rozpaczy ulotkę Ministerstwa Zdrowia o zaletach reformy, którą zresztą każdy dostał do domu, oprawiłem w ramkę i w rogu nakleiłem czarny pasek na znak żałoby. Po głębszych refleksjach doszedłem do wniosku, że wcale nie jest tak źle. Chyba zamienię ten czarny pasek żałoby na czerwony. Bo czerwony kolor to nadzieja na świetlaną przyszłość, o tym wie każdy.

*Stanisław Dziubiak
Jeszcze optymista
Oleśnica, 13.06.1999 r.*

Kontrakty, procedury i sposób

26 sierpnia 1999 roku gościem Prezydium DIL był dr Jerzy Piekarski zastępca dyrektora Dolnośląskiej Kasy Chorych do spraw medycznych.

Redakcja „Medium” zarejestrowała wypowiedzi dr. Piekarskiego, dotyczące założeń i wymagań Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych co do ofert, które będą negocjowane i podpisywane z ZOZ i szpitalami na 2000 rok, oraz dyskusję.



Jerzy Piekarski

Jerzy Piekarski - Przy tworzeniu wzorów ofert uwzględniliśmy uwagi dyrektorów ZOZ i szpitali, które przekazali nam na spotkaniu w połowie sierpnia. Dyrektorzy potwierdzili, że chcą, by kontrakty z nimi były oparte na systemie procedur - DRG (Diagnosis Related Groups) - Grupy Zróżnicowane Diagnostycznie, a więc rozliczenia szpitala na podstawie wykonanych procedur medycznych. Dziś płacimy za każdy dzień hospitalizacji bez względu na to, z jaką jednostką chorobową pacjent leży w szpitalu. W systemie DRG inne będzie finansowanie np. powikłania zanokcicy, a inne za wszczepienie endoprotezy na tym samym oddziale.

Włodzimierz Bednorz - Do tej pory płaci się taką samą kwotę za oba te zabiegi?

Jerzy Piekarski - Tak. Chcę państwu uświadomić, że będą finansowane tylko faktycznie zrealizowane świadczenia zdrowotne. Od 2000 roku nie będziemy uwzględniać referencyjności szpitali. DRKCH wystąpiła do Ministerstwa Zdrowia o to, by rozporządzenie o poziomie referencyjnym szpitala zmienić na poziom referencyjności oddziałów szpitalnych, co przestaje być aktualne w systemie DRG.

Wejście w system rozliczania świadczeń zdrowotnych z kasą chorych na podstawie procedur wymaga ogromnego nakładu pracy ze strony świadczeniodawców i kas chorych. Powtórzmy proces, który odbywał się we wrześniu ubiegłego roku. Kasa pytała wówczas swoich świadczeniodawców, jak kształtują się koszty ich usług, po uwzględnieniu wszystkich składników i amortyzacji. Dzisiaj nasi koledzy wiedzą, jak tę amortyzację obliczać. Chodziło nam o ujawnienie struktury kosztów. Stałe koszty szpitala będą inne w starym i inne w nowym obiekcie. Na razie nie widzimy możliwości rozwiązania tego dylematu, ponieważ nie znajdujemy wspólnego mianownika kosztów stałych w odniesieniu do amortyzacji. Takich obliczeń nie robiło się dotychczas. Ale zdajemy sobie sprawę, że od razu nie uda się rozwiązać wszystkich problemów.

Można tu przytoczyć przykład Stanów Zjednoczonych, gdzie system DRG po 5-6 latach był modyfikowany, a po 20 latach weryfikacji przyjęły go Francja, Włochy i Wielka Brytania. To potwierdza, że szczegółowa wycena pracy i nakładów na procedury medyczne tworzy możliwie racjonalny system finansowania, choć jest on kosztochłonny i pracochłonny. DRKCH tylko dlatego zdecydowała się na rozliczenia systemem DRG, że było na to przyzwolenie dyrektorów, którzy po przeszło półrocznym doświadczeniu doszli do wniosku, że sposób rozliczania za hospitalizowanego ich nie satysfakcjonuje. Ten system pozwala rozwiązać problemy drogich procedur, krótkich hospitalizacji, chirurgii jednego dnia. Ułatwia współpracę z budżetem.

Ministerstwo Zdrowia proponuje zrezygnowanie ze współpłacenia, jak to ma miejsce np. przy dializach, gdy część zabiegu opłaca budżet, a część kasa chorych. Okazuje się, że tam gdzie jest dwóch płatników często dochodzi do nieporozumień.

Uważam, że lepszym rozwiązaniem byłoby finansowanie całej procedury przez jednego płatnika, np. budżet opłaca endoprotezy, a kasa chorych dializy. Wprowadzenie rozliczeń opartych na DRG jest propozycją naszej kasy i Rada Kasy musi ją zatwierdzić.



Włodzimierz Bednorz

Administracja DRKCH przygotowała materiały, tak by dyrektorzy placówek i lekarze prywatnie praktykujący mogli poznać system rozliczeń DRG i przygotować się do negocjowania i podpisywania kontraktu na swoje usługi.

Jeżeli zostanie przyjęty system DRG, DRKCH chce zrobić permanentne szkolenia dla tych, którzy będą potrzebowali pomocy przy prawidłowym przygotowaniu formularzy niezbędnych do wycień DRG. Kasa zwraca się z prośbą do przewodniczącego dra Włodzimierza Bednorza i Rady DIL o pomoc w organizacji tych szkoleń, a także w ustalaniu i opinowaniu procedur.

Włodzimierz Bednorz - Czy jakaś inna kasa chorych przygotowała system rozliczeń DRG?

Jerzy Piekarski - Nie. Wszyscy pozostają przy rozliczaniu w systemie „za hospitalizowanego”. Jest możliwy różny system rozliczania kosztów w różnych kasach.

Uważam, że przyjęcie systemu proponowanego przez DRKCH może prowadzić do oszczędności, bo

jeżeli szpital operuje nerkę za 5.000 zł, a kasa ustaliła cenę za ten zabieg na 6.000 zł, to szpital zyskuje na tym 1.000 zł. Jeżeli jednak operacja nerki będzie w tym szpitalu kosztowała 8.000 zł, to straci on 2.000 zł.

Włodzimierz Bednorz - Czy jest przewidziany mechanizm dopłat np. przy powikłanych przypadkach, gdy dojdą dodatkowe koszty.

Jerzy Piekarski - Nie możemy tej sytuacji określić mianem dopłat, ale DRKCH uregulowała tę sprawę 2 miesiące temu na wniosek szpitala wojskowego, który zwrócił się do nas o uznanie kosztów i przedłożył historię choroby oraz uzasadnienie poniesionych kosztów i kasa uwzględniła te argumenty.

Innym problemem jest sytuacja, gdy pacjent jest leczony na kilku oddziałach lub w kilku szpitalach na tę samą jednostkę chorobową i każdy wystawil rachunek za leczenie całościowe i to jest nieuczciwe. Przykładem na właściwe rozwiązanie tej sprawy jest niżej opisany przypadek ze szpitala wojskowego.

Pacjent z wieloma urazami trafia do najbliższego szpitala, by podtrzymać jego funkcje życiowe, każdy szpital musi posiadać OIOM. Po konsultacjach zostaje ustalone, gdzie będzie dalej leczony. Często szpital, do którego przywieziono chorego nie jest wyspecjalizowany w politraumie, więc zostaje on przewieziony do innego szpitala. Koszty OIOM są znane i muszą zostać podzielone pomiędzy OIOM i oddziały, które leczyły tego pacjenta w jednym szpitalu, lub pomiędzy szpital, który pacjenta przyjął i wysokospecjalistyczny, do którego został odesłany. Przyjęliśmy zasadę uznawania całej hospitalizacji jednego pacjenta. Kiedy są zwracane koszty za procedurę, nie ma takiego problemu. Ale przy tym systemie będzie bardzo rozbudowana sprawozdawczość, która obciąży lekarzy, ale nie ma lepszego sposobu na rozliczenia.

Powstaje pytanie - czy kasa może dopłacić do procedury na wniosek świadczeniodawcy lub świadczenio-



Józef Lula

biorcy? W ostatnich dniach minister Anna Knysok wystąpiła bezpośrednio do naszej kasy i zobligowała mnie do zwiększenia limitu na cewki Foley'a. Po konsultacjach prawnych okazało się, że w świetle ustaw i rozporządzeń zarząd kasy chorych nie ma uprawnień, aby bez zgody

radę kasy, która ustaliła limit, zmienić go. Zarząd kasy może natomiast wnioskować do rady kasy o zmianę limitu.

Do kasy chorych przychodzi pacjent i mówi: - W 1993 roku miałem przeszczepione serce. Immunosupresja była prowadzona do ubiegłego roku. W tym roku kasa chorych nie płaci za ten zabieg. Immunosupresja kosztuje około 800 zł miesięcznie, a ja zarabiam 680 zł miesięcznie. W ubiegłym roku takie dylematy rozwiązywał dyrektor wydziału zdrowia lub dyrektor ZOZ, podpisywał konieczność wykonania zabiegu i był na to zaciągany dług w budżecie. Kasa chorych musi się posługiwać innymi zasadami - nie można wydać pieniędzy bez uzasadnienia, a ich wydatkowanie jest obwarowane kilkoma ustawami i poddawane kontrolom NIK, która automatycznie kwestionuje tego rodzaju decyzję finansową.

Ustawodawca przewidział w art. 46 Ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym rozwiązanie tego pro-



Ryszard Łopuch

blemu: jest to odwołanie się do pomocy społecznej. Ale nie może to być odwołanie się wprost do samorządu terytorialnego, a kasa chorych nie może narzucić samorządowi wykonania działania w MOPS-ie.

Józef Lula: - W systemie DRG opłata nastąpi po wykonaniu zadania, co może trwać długo, czy jest także przewidziana płatność w trakcie leczenia.

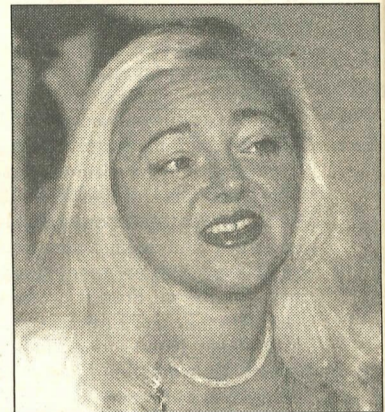
Jerzy Piekarski - Koledzy, którzy mają długoterminowych pacjentów proponowali, żeby w przypadku takiej procedury kasa zaliczkowała leczenie. Wypłacanie zaliczek zwiększy ilość pracy administracji, bo będzie wymagała prowadzenia dodatkowej dokumentacji, ale wydaje mi się, że wielu menadżerów słusznie występowało o zaliczkę, żeby zapewnić sobie płynność finansową. Uważamy, że ten wniosek jest uzasadniony.

Podczas naszych szkoleń pragniemy przedyskutować wszystkie wnioski, które napływają, a problem zaliczkowania powtarza się wielokrotnie.

Ryszard Łopuch: - Czy są przygotowywane zmiany w lecznictwie podstawowym i stomatologii?

Jerzy Piekarski: - Niewielkie, ale zmienia się zakres kompetencji lekarza POZ i będzie to ujęte w umowie.

Naszym potknięciem było włączenie do umowy załącznika nr 1, który literalnie określał kompetencje lekarza rodzinnego. Był on niespójny z umo-



Dorota Radziszewska

wą, był niespójny z załącznikiem nr 2, który wykazywał procedury, w diagnostyce laboratoryjnej i obrazowej. Dlatego obecnie Ministerstwo Zdrowia przedstawiło swoją propozycję zakresu uprawnień lekarza rodzinnego i lekarza POZ pomniejszoną o elementy diagnostyki laboratoryjnej.

Chcemy natomiast po konsultacjach z naszymi specjalistami w tym zakresie wyjaśnić, że ten załącznik tylko w określonej części będzie spójny z naszą umową. Ponieważ DRKCH ma jedną z najwyższych stawek kapitałowych i jedną z najwyższych stawek w lecznictwie podstawowym, dlatego Ministerstwo Zdrowia zaproponowało dodatkowo 53 procedury, a my jeszcze po korekcie merytorycznej dodamy prawdopodobnie procedury laboratoryjne.

W przygotowanych przez nas i przekazanych DIL materiałach jest zakres kompetencji lekarza POZ, pielęgniarki i położnej. Proponujemy, by położne środowiskowe zapisywały swoje pacjentki na listę aktywną, podobnie jak lekarze. Pielęgniarki chciały się z tego systemu wyłamać, bo musiałyby pozyskać większą liczbę pacjentów niż lekarz. Przyjęliśmy jednak zasadę równości podmiotów: jeżeli normą dla pielęgniarki jest 6.000 pacjentów, to musi ona mieć 6.000 podpisów.

Listę aktywną muszą zebrać pielęgniarki, które chcą samodzielnie podpisać umowę z kasą chorych.

Jeżeli pielęgniarka, położna, lekarz rodzinny, dyrektor ZOZ usamodzielniają się, mają obowiązek powiadomić o tym poprzez ogłoszenie swoich pacjentów. Organ założycielski też ma obowiązek powiadomić o tym pacjentów.

Ryszard Łopuch: - Brązowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych napisała 12-stronicową instrukcję przystępowania do konkursu ofert, a DRKCH przygotowała to na 1500 stronach, których ja zorientowany w tej materii nie mogę zrozumieć.

Jerzy Piekarski: - Te dokumenty na 1500 stronach to zaledwie 1/10 tego, co otrzymaliśmy z Ministerstwa Zdrowia.

Ryszard Łopuch: - Ktoś zarobił duże pieniądze na tym opracowaniu...

Obliczenia z DRKCH

- Włodzimierz Bednorz: Nie denerwuj się. 3 września spotyka się Rada Kasy i ona to zmienia.

Ryszard Łopuch: - Ale terminy składania ofert, które zaproponowała kasa są nierealne.

Jerzy Piekarski: - My te terminy chcemy przedłużyć.

Dorota Radziszewska: - Nie chcemy byle jak przygotowywać naszych ofert, jak to było w zeszłym roku, kiedy to część danych brało się z kapelusza, bo było niemożliwością solidnie i dokładnie przygotowanie oferty. Dlatego chcemy wiedzieć, jaki będzie termin składania ofert.

Jerzy Piekarski: Po spotkaniu Rady Kasy zostaną podjęte decyzje o terminach i powiadomimy o tym DIL.

Józef Lula: - Czy POZ, który proponuje całodobową opiekę, będzie miał pierwszeństwo w podpisaniu kontraktu?

Jerzy Piekarski: - W przygotowywanych przez nas dokumentach do konkursu ofert zobowiązujemy lekarza rodzinnego i dyrektora POZ do złożenia deklaracji, że w przypadku gdy nie będzie pełnił opieki całodobowej, przedstawi promesę zawarcia umów z tymi, którzy w nocy będą za niego tę opiekę pełnić. Natomiast z tekstu ofert nie wynika preferencyjność dla tych, którzy tę opiekę będą sprawować. Nie sądzę, by ktoś, kto deklaruje sam 24-godzinny opiekę nad pacjentami był wiarygodny.

prawnym, nie wiedzieliśmy, czy będzie lekarz powiatowy czy nie. Zależy nam jednak na tym, by był koordynator, który uzgodni opiekę w dni wolne.

- Włodzimierz Bednorz: - Izby lekarskie zajęłyby się koordynacją stomatologicznej opieki w dni wolne. Tym bardziej że z innych regionów kraju są głosy podobne jak dr Białas, że nie ma jednostki, nie ma firmy, która by się zajęła zorganizowaniem np. całodobowego dyżuru, czy całodobowej opieki medycznej na danym terenie, szczególnie tam, gdzie jest więcej podmiotów niepublicznych, powstaje problem, kto ma te działania koordynować.

Właśnie dlatego po kraju jeździ kolega Owsianowski i chce zawiązać stowarzyszenie lekarzy kas chorych, którego zadaniem byłoby tworzenie struktur całodobowej opieki. Ponieważ właśnie w Zielonogórskim nie ma kto tej opieki organizować. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby komisja DIL, która jest do tego powołana, tę opiekę organizowała. To byłoby wejście samorządu w organizację pracy lekarza, szczególnie w systemie niepublicznym. Na terenie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej jest 8% niepublicznych ZOZ, należy się spodziewać, że od stycznia 2000 roku będzie ich 20% lub więcej. Promesa dla zapewniających całodobową opiekę będzie preferowała duże ZOZ i będzie im napędzała klientów. Taka sytuacja będzie utrzymywała obecny system.

Grupa prężnych działaczy izby lekarskiej ustala, kto na danym terenie jest lekarzem POZ i ma indywidualną praktykę, ustala, kto na zmianę pełni całodobowe dyżury. To można załatwić przez prosty system telefoniczny i odpowiednią centralę. Pacjent wybierając numer swego lekarza łączy się od razu z tym, kto ma w danej chwili dyżur. Wówczas można przedstawić kasie chorych promesę na całodobową opiekę.

Jerzy Piekarski: - W zapytaniach ofertowych kasa chorych pyta o wszystkie środki łączności. Pragnę dodać, że w systemie, o którym mówi dr Bednorz, izba przyjęć szpitala będzie wzmocniona jako przychodnia popołudniowa, a my walczyliśmy z takim modelem.

Dorota Radziszewska: - Jaka więc będzie rola izby przyjęć w nowej strukturze?

Jerzy Piekarski: - Największym nieporozumieniem w naszych dyskusjach jest brak definicji, dlatego nie mówimy tym samym językiem. Kasa chorych stara się przestrzegać definicji. Jaka jest definicja porady, wizyty, konsultacji, konsylium, świadczenia? Wypisaliśmy katalog tych pojęć, które są w ustawie.

Izba przyjęć musi być zdefiniowana - czy jest to twór organizacyjny,

czy fizyczny, czy w jej ramach są ambulatoria i jakie.

Zaczęła się już dyskusja na temat oddziałów. Niektórzy mówią, że mają OIOM, ale bez ordynatora, że mają oddział obserwacyjny w izbie przyjęć, ale bez ordynatora. Przejęliśmy ten bałagan i musimy go uporządkować. Powszechnie jest mylony oddział obserwacyjny z łózkami obserwacyjnymi, OIOM jako oddział z częścią oddziału anesteziologicznego i z łózkami intensywnego nadzoru.

Kasa chorych jest w tej chwili w pewnym stopniu oszukiwana i to ujawnia się przy kontrolach. Chcemy płacić uczciwie temu, kto wykonuje daną procedurę odpowiedniej jakości przy użyciu odpowiedniego sprzętu.

Włodzimierz Bednorz: - Jedna strona może to nazwać oszustwem, a druga dostosowaniem się do warunków.

Jerzy Piekarski: - Gdybyśmy oceniali pracę w tych kategoriach, to dopuszczono by oszustwo na każdym etapie.

Włodzimierz Bednorz: - Czy są kryteria rozmów? Kto będzie dopuszczony do pierwszego, a kto do ich drugiego etapu?

Jerzy Piekarski: - Nie mogę złożyć żadnego oświadczenia w imieniu kasy. Natomiast w imieniu własnym oświadczam, że będę przestrzegał zasady, która jest zapisana w ustawie o zamówieniach publicznych i rozporządzeniu w sprawie konkursu ofert na rok 2000 w zakresie wyłączeń członków komisji. Będziemy przestrzegać zasady, że takie osoby nie mogą prowadzić ze sobą rozmów, bo będą nieobiektywne.

Aldona Białas: Chciałabym wiedzieć, co będzie po złożeniu wszystkich dokumentów? Czy będę wzywana na rozmowy?

Jerzy Piekarski: - Gdybyśmy postraktowali dosłownie rozporządzenie w sprawie kontraktów, musieliśmy na rozmowy z oferentami wynająć Halę Ludową. Złożone oferty będą przechodziły odpowiednie stopnie weryfikacji. Do warunków konkursu musimy dopasować kryteria, bo one muszą być powtarzalne. Świadczeniodawcom przysługuje prawo odwołania od decyzji, więc trzeba będzie powołać instytucję rozjemczą.

Dorota Radziszewska: - Jakie będą ceny w systemie procedur?

Jerzy Piekarski: - Ubiegłoroczne sprawozdania z urzędów wojewódzkich nie wniosły nic. Również dane, które sam jeszcze jako dyrektor ZOZ gromadziłem, wkładając w to wiele pracy, uczciwości i wysyłając tony papieru, były oderwane od rzeczywistości. Dziś po roku działalności kasy chorych nauczyliśmy się wiele. Choć nasze wyliczenia nie są jeszcze doskonałe, ale rozumiemy istotę rzeczy, dlatego wycena procedur będzie realna i będzie wynikała z obowiązku prowadzenia rachunku kosztów. Choć z pewnością nie unikniemy dużych rozbieżności.

Co MZiOS obiecuje zwalnianym lekarzom?

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej opracowało program działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej, którzy podczas restrukturyzacji zatrudnienia związanego z reformą ochrony zdrowia utracą swoje miejsce pracy.

Proponowane w tym programie działania obejmują:

1. Utrzymanie miejsc pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej poprzez organizację 50 zakładów opiekuńczo-leczniczych lub pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz organizację 20 zakładów lub oddziałów paliatywno-hospicyjnych w kraju.

2. Przemieszczenie pracowników z publicznych zakładów opieki zdrowotnej do sektora prywatnego. W tym celu planuje się stworzenie możliwości podejmowania indywidualnej działalności gospodarczej poprzez udzielanie kredytów preferencyjnych na wyposażenie gabinetów dla tych lekarzy, którzy zrezygnują z pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Liczba planowanych kredytów dla lekarzy kształtuje się na poziomie 2 tysięcy, wartość każdego z nich 70000 zł, termin spłaty 3 lata. Szczegółowe zasady realizacji ureguje ustawa o udzielaniu kredytów.

3. Aktywizację zawodową tych pracowników zwalnianych z ochrony zdrowia, którzy tracą miejsce pracy z powodu restrukturyzacji zatrudnienia (finansowane z Funduszu Pracy).

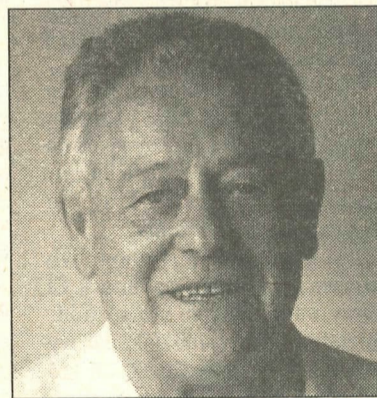
Wymieniony program będą realizowały Urzędy Pracy, które mają za zadanie dążyć: a) do samozatrudnienia osób zwalnianych poprzez podję-

wanie przez nie działalności gospodarczej. Planuje się udzielenie na ten cel 200 osobom pożyczek w wysokości 25000 zł każda; b) do przekwalifikowania osób zwalnianych, tak aby znalazły zatrudnienie w innych niż medyczne zawodach, które są poszukiwane na lokalnych rynkach pracy; c) do zwiększenia zatrudnienia w wyniku realizacji programów specjalnych, tzn. umożliwiających zatrudnienie w miejscowościach, w których występuje rzeczywisty deficyt kadr w zawodach medycznych, poprzez: dofinansowanie: do zakwaterowania pracowników zmieniających miejsce zamieszkania w związku z miejscem zatrudnienia, dojazdów do pracy pracowników zmieniających miejsce zatrudnienia, czasowym subsydiowaniem programów zatrudnienia.

Planuje się, że wyżej wymienionymi działaniami urzędy pracy obejmą 12450 osób zwalnianych z zakładów opieki zdrowotnej i kolumn transportu sanitarnego.

4. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej uważa, że pracownicy ochrony zdrowia, którzy stracą pracę w ramach zwolnień grupowych powinni otrzymać odprawy w wysokości zgodnej z obowiązującymi przepisami. Za najważniejsze uznano pokrycie kosztów odpraw dla pracowników całkowicie likwidowanych jednostek, a następnie pracowników pozostałych jednostek nabywających uprawnienia do świadczeń i zasiłków przedemerytalnych spełniających warunki zgodne z ustawą o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu.

Udany kurs negocjacji



Bolesław Simon

W dniach 27 sierpnia i 3 września br. zgodnie z uchwałą Zjazdu Delegatów DIL odbyło się szkolenie, które organizował zastępca przewodniczącego DRL lek. stom. Bolesław Simon i Dolnośląska Izba Lekarska w porozumieniu z pracownikami Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego. Tematem szkolenia była: „Skuteczna komunikacja i prowadzenie negocjacji”.

Kurs miał na celu uświadomić uczestnikom, jaką rolę przy zawieraniu wszelkiego rodzaju kontraktów, odgrywa umiejętność skutecznego negocjowania.

Lekarze biorący udział w szkoleniu mieli możliwość zapoznania się z przepisami regulującymi zawieranie kontraktów z kasą chorych na rok 2000 i lata następne, ich opracowaniem i interpretacją.

Uczestnicy kursu brali udział w wielu ćwiczeniach psychologicznych pozwalających zrozumieć, na czym polega technika skutecznego negocjowania. Mogli także poznać podstawowe cechy charakteryzujące poszczególne typy negocjatorów i sposoby postępowania z nimi podczas rokowań.

Część wykładów została poświęcona problematyce asertywności, czyli umiejętności zasadnego odmawiania.

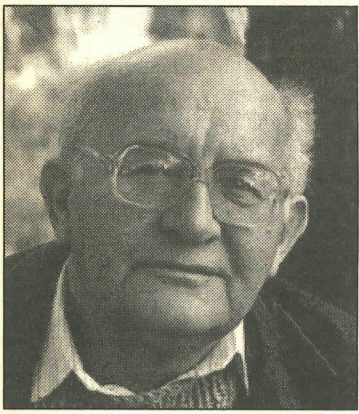
Lekarze biorący udział w szkoleniu poznali podstawowe zasady porozumiewania się słownego i mowę ciała oraz uczestniczyli w wielu ćwiczeniach relaksacyjnych, które dają możliwość wyciszenia się i uspokojenia w czasie długotrwałych i trudnych negocjacji.

Każdy uczestnik kursu mógł poznać swój indywidualny styl komunikowania się oraz uzyskać poradę, co w nim zmienić, by stać się bardziej skutecznym partnerem w rokowaniach, np. z kasą chorych.

Można było również uzyskać podstawowe informacje o typach sytuacji konfliktowych i poznać sposoby ich rozwiązywania.

Z przeprowadzonych po pierwszym dniu szkolenia ankiet wynikało, że biorący w nim udział lekarze oceniali je bardzo pozytywnie.

Stwierdzili, że zdobyta podczas ćwiczeń i wykładów wiedza ułatwi im nie tylko rokowania z przedstawicielami kasy chorych, ale codzienne kontakty z dyrektorem ZOZ-u i pacjentami.



Jerzy B. Kos

Na drugim roku rozpoczęliśmy również zajęcia z mikrobiologii i immunologii, a naszym nauczycielem był nie kto inny, jak profesor Ludwik Hirszfild, cieszący się sławą uczonego o światowej renomie i uznanym dorobku naukowym. Otaczała go legenda Wielkiego Odkrywcę - jednego z ostatnich w polskiej medycynie. Zajęcia - wykłady i ćwiczenia - prowadzili liczni współpracownicy Profesora, o znanych już nazwiskach. Profesor rozpoczął zajęcia cyklem wykładów monograficznych, jakby chciał nimi podsumować dorobek życia i utrwalić w nas - w ostatnim roczniku studentów, do których przemawiał z katedry - wysublimowaną wiedzę o samym sobie, o swoich poszukiwaniach naukowych, porażkach i zwycięstwach. Każdy z nim kontakt był ważną intelektualną przygodą i wyzwaniem. 10 marca 1954 roku nasz Szósty Rocznik reprezentował środowisko studentki uczestnicząc w Jego ostatniej drodze na cmentarz przy ul. Bujwida.

Już na trzecim roku studiów zetknęliśmy się z medycyną praktyczną podczas wykładów i ćwiczeń z interny i z chirurgii. Zajęcia teoretyczne i praktyczne odbywały się w klinikach przy ul. Poniatowskiego, którymi kierowali profesor Zofia Czyżewska i profesor Kazimierz Czyżewski. Większość z nas przyjęła tę zmianę z uczuciem ulgi, że nareszcie - po dwuletnim wstępnym terminowaniu - zaczynamy osłuchiwać serca, wymacywać wątroby i opukiwać klatki piersiowe. Jednak dla równie wielu z nas zetknięcie z ludźmi chorymi oraz z atmosferą szpitala i panującymi w nim obyczajami było większym przeżyciem, aniżeli przekroczenie na początku studiów progu prosektorium. Wtedy również po raz pierwszy zawiesiliśmy na szyi lub wsunęliśmy do kieszeni fartucha błyszczące nikielowane łącznikami fonendoskopy. Wtedy także usłyszeliśmy po raz pierwszy kierowane do nas, w szatni lub na korytarzu, uprzejme słowa: „Pani doktor... panie doktorze!”, wprowadzające nas w zakłopotanie i w dumę.

Ważnym uzupełnieniem rozpoczętej nauki o chorobach wewnętrznych i chirurgii była farmakologia, anatomia patologiczna i patologia. Zajęcia z tych przedmiotów należały do wyjątkowo trudnych, a zaliczenie z nich egzaminów uchodziło, w powszechnej opinii studenckiej, za połowę drogi do dyplomu lekarskiego. Farmakologię wykladał profesor Józef Hano, znakomity orator, dyscyplinowany, o ujmującej powierchowości mężczyzna, ironiczny i

wymagający egzaminator, krakauer w każdym calu. Anatomii patologicznej uczył nas ówczesny rektor Akademii Medycznej, profesor Zygmunt Albert, który wszystkim starał się udowodnić, że anatomia patologiczna jest podstawą medycyny klinicznej i stanowi abecadło lekarskiego rozumowania. I aby również i nas o tym przekonać wykladał w sposób niezwykle systematyczny, zwięzły i rzeczowy dbając o powiązanie treści swoich wykładów z podstawami diagnostyki różnicowej, której uczono nas na zajęciach z interny i chirurgii. Wykłady uzupełniały ćwiczenia, na których zapoznawaliśmy się z mikroskopowymi preparatami histologicznymi oraz sekcje, podczas których konfrontowaliśmy stawiane rozpoznania kliniczne z prawdziwymi przyczynami chorób i zgonów. Były to dla wielu z nas niezwykle potrzebne lekcje pokory wobec Tajemnicy Istnienia. Nauczycielem patologii był natomiast profesor Hugon Kowarzyk. Jego wykla-

specjalizacji, jakiej postanowiliśmy się w przyszłości poświęcić. Oczywiście nie wszystkie te wybory były trafne, a także możliwe do osiągnięcia. Życie, brutalna rzeczywistość, jaką - przeważającej większości spośród nas - wyznaczały nakazy pracy pozabawiały nas młodzieńczych złudzeń. Tylko niektórym przecież trafiło się złote jajo sukcesu w klinicznym kojcu. Ale przecież już wtedy, na ostatnich latach studiów, poza obowiązkowymi zajęciami, podpatrywaliśmy, z ogromnym zapalem, pracę asystentów w poradniach przyklinicznych, obserwowaliśmy zabiegi operacyjne, uczestniczyliśmy w badaniach terenowych, braliśmy udział w nocnych dyżurach szpitalnych, aby móc wykonać samodzielnie drobny zabieg. A także uczestniczyliśmy w zajęciach kół naukowych wygłaszając pierwsze referaty i przeprowadzając samodzielne badania. Spora grupa podjęła pracę w zakładach naukowych na stanowiskach o wdzięcznej nazwie: za-

natomiast wykładawcami chirurgii profesorowie: Kazimierz Czyżewski, Wiktor Bross i Zdzisław Jezioro, a położnictwa i ginekologii: Kazimierz Jabłoński. To właśnie egzaminy końcowe obejmujące cały materiał nauczania w tych czterech dziedzinach, składały się na „wielkiego szlema”, przesądzającego o zwycięstwie w pięcioletniej grze o dyplom lekarski. Bo przecież rzadko kiedy na przeszkodzie stawały inne egzaminy zdawane pod koniec piątego roku: z medycyny sądowej u profesora Bolesława Popielskiego i z psychiatrii u profesor Marii Demianowskiej.

Każdy z ostatniej grupy naszych nauczycieli był indywidualnością niepowtarzalną i wybitną, wielu z nich miało również poważny dorobek naukowy, do dzisiaj cytowany i przywoływany w pracach naukowych. Każdy z nich prezentował również swój własny „styl” prowadzenia wykładów i programowania ćwiczeń oraz swoją niepowtarzalną osobowość. Gdybym miał, wyrażając tylko własną opinię, scharakteryzować jednym zdaniem najwybitniejszych spośród nich, przypisałbym im następujące cechy: profesor Antoni Falkiewicz - wykładawca o dużym talencie aktorskim, szef kliniki nawykły do wydawania rozkazów, utalentowany dydaktyk; profesor Edward Szczeklik - uczonego o bogatym dorobku, autor podręczników lekarskich, kulturalny, ale po krakowsku rygorystyczny i przesadnie pedantyczny; profesor Hanna Hirszfildowa - uosobienie dobroci i taktu, życzliwa i dobra dla wszystkich, znakomity diagnosta; profesor Kazimierz Czyżewski - sprawny organizator, despota i gawędziarz, kresowiak o głębokim sercu; profesor Wiktor Bross - znakomity chirurg nowator, egocentryk, twórca szkoły chirurgicznej; profesor Kazimierz Jabłoński - wymagający nauczyciel, szef kliniki-dyktator, bezwzględny egzaminator; profesor Bolesław Popielski - humanista o szerokich horyzontach, znakomity wykładawca, wychowawca i dydaktyk.

Nauczycielami naszymi, którym równie wiele zawdzięczamy, byli wykładawcy innych przedmiotów, a także liczni nasi opiekunowie - docenci, adiunkci i asystenci. Prowadzili z nami ćwiczenia oraz zajęcia laboratoryjne, sekcyjne i seminaria, byli opiekunami grup studenckich oraz naszymi doradcami i rozjemcami. Oni nauczyli nas podstawowych umiejętności manualnych oraz przyswoili nam zasady postępowania lekarskiego. Od nich przejęliśmy, podobnie jak oni od swoich nauczycieli, wszystkie - trudne do wyciszenia - cechy umysłu i charakteru, które uczyniły nas lekarzami. Wielu z nich - w następnych latach - potwierdziło swoje kwalifikacje i walory nauczycieli akademickich - obejmując kierownictwo zakładów i klinik. Spośród nich wywodzi się większość obecnych profesorów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Naszej Akademii!

W 1950 roku nasz szósty, w powojennych dziejach Wydziału Lekarskiego, rocznik studencki liczył 320 osób. Po pięciu latach - w 1955 roku - dyplomy lekarskie wręczono 264 absolwentom. W przeważającej większości byli wśród nich ci, którzy wspólnie rozpoczęli studia.

Od nauczycieli przejęliśmy cechy umysłu i charakteru

dy przypominały pośpiesznie improvizowane przemówienia o niezwykłym ładunku emocjonalnym. Natura obdarzyła go temperamentem charyzmatycznego kaznodziei o błyskotliwej inteligencji i rozległych zainteresowaniach.

Wszyscy trzej profesorowie - Józef Hano, Zygmunt Albert i Hugon Kowarzyk - należeli do kolejnych naszych przewodników, dzięki którym przekroczyliśmy drugi krąg medycznego wtajemniczenia.

Dwa ostatnie lata studiów były okresem równowagi i stabilizacji. Ci, którzy mieli odpaść, już odpadli - zmienili uczelnię, albo dokonali wyboru innej drogi życiowej. Ci, którzy zostali - już posiadli umiejętność pokonywania przeszkód. A te przeszkody, jak w jeździecrossach, miały coraz większy stopień trudności. Po przeszkodach - egzaminach z dermatologii i wenerologii, neurologii, radiologii przyszła kolej na choroby zakaźne, psychiatrię, laryngologię i okulistykę oraz na gruźlicę i medycynę sądową, a wreszcie na egzaminy - przeszkody, na których już tradycyjnie było najwięcej zrzutek - z chirurgii i pediatrii, a zwłaszcza z chorób wewnętrznych oraz ginekologii i położnictwa.

Uczyliśmy się z nie mniejszą intensywnością niż w poprzednich latach, ale już nie tylko dla samych stopni w indeksie, które zaspokajały nasze ambicje i młodzieńczą próżność. Już wówczas dokonywaliśmy pierwszych wyborów: dziedzin medycyny, które nas szczególnie interesowały, kierunków, w których upatrywaliśmy szansy dla siebie,

stępców asystenta w niepełnym wymiarze godzin. Dla kilkunastu szczęśliwców oznaczało to początek kariery naukowej. Dla innych - kolejne rozczarowanie.

Przekroczenie trzeciego kręgu medycznego wtajemniczenia, jakim była promocja na piąty, ostatni rok studiów, zawdzięczaliśmy kolejnej grupie nauczycieli i wychowawców. Należeli do nich: dermatolog - profesor Henryk Mierzecki, neurolog - Rudolf Arend, laryngolog - profesor Wiktor Jankowski, zakaźnik - profesor Józef Kaniak, okulista - profesor Witold Juliusz Kapuściński. Każdy z nich zapisał się w naszej pamięci jako wybitny znawca uprawianej dziedziny medycyny, ale tylko profesor Witold Juliusz Kapuściński był indywidualnością nieprzeciętną, błyskotliwym erudytą i dużej miary intelektualistą. Nie docenianym zarówno przez nas, jak i przez innych.

Głównymi przewodnikami wytyczającymi nam drogi do czwartego kręgu wtajemniczenia medycznego byli natomiast nasi nauczyciele chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii oraz położnictwa i ginekologii. Bo takie były główne kierunki kształcenia przyszłych lekarzy. Od trzeciego do piątego roku kolejni nauczyciele - wychowawcy przekazywali nam sobie, wprowadzając w kolejne etapy wiedzy teoretycznej i praktycznych umiejętności. Wykładawcami chorób wewnętrznych byli kolejno profesorowie: Zofia Czeżowska, Antoni Falkiewicz i Edward Szczeklik, a nauczycielami pokrewnej pediatrii profesorowie: Zofia Wierzbowska i Hanna Hirszfildowa,

Anekdota o Profesorze Tadeuszu Marciniaku

Dziękuję bardzo, proszę bardzo!

Odbywa się pisemny egzamin z anatomii na sali wykładowej. Zdających pilnują asystenci, jest również profesor, który siedzi za katedrą i drzemie. Wiodocznie drzemka nie była spokojna, bo po chwili profesor wstaje i wolnym krokiem podchodzi do piszącego studenta.

- Oddaj ściągę - mówi profesor.
- Dobrze, panie profesorze, oddam, tylko jeszcze jeden raz spojrzę. Bardzo proszę!
- Dobrze - odpowiedział profesor.
- Student spokojnie przepisał resztę notatek ze ściągaczki i oddał ją profesorowi.
- Dziękuję - powiedział profesor.
- Bardzo proszę - odpowiedział student.
- Zdał egzamin na dostateczny.

Protuberantia occipitalis externa

Profesor Marciniak będąc studentem, po drugim roku studiów na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu im. Jana Kazimierza we Lwowie brał udział w ekipie medycznej wykonującej szczepienia profilaktyczne w jednej z podlowskich wiosek. Szczepienie odbywało się w szkole. W pewnym momencie zajeżdżał pod szkołę wóz z chłopem, który widząc ludzi w białych kitlach zaczął prosić lekarza do chorej żony. Traf chciał, że zwrócił się do dwóch pierwszych młodych ludzi, studentów medycyny, wśród których był właśnie późniejszy profesor anatomii Tadeusz Marciniak. Na prośbę chłopca kolega przyszłego profesora, też student medycyny, wyraził zgodę na przebadanie chorej niewiasty. Uradowany chłop zabrał młodego łapiducha na furmankę. Po paru godzinach wracają obaj zadowoleni. Profesor in spe trochę zaferowany całą sprawą pyta swego kolegę, obdarowanego jajkami, kurą i masłem:

- Człowieku, przecież ty nie jesteś lekarzem, coś ty z tą babą zrobił?
- Jak to co? - odpowiedział student.
- Zbadałem ją.
- I co dalej?
- A cóż to, ty nie wiesz, co się robi po badaniu - wypisałem receptę.
- Jezus Maria, a cożeś ty tam napisał?
- Normalnie. Napisałem: protuberantia occipitalis externa i chłop pojechał do Lwowa do apteki.

Jestem pana asystentem

Przed wejściem do prosektorium, gdzie właśnie odbywają się ćwiczenia, stoi młody człowiek w białym fartuchu i pali papierosa. Widząc go profesor pyta:

- A pan co tu robi na korytarzu, kiedy odbywają się właśnie ćwiczenia? U kogo jest w grupie? Jakie nazwisko jego asystenta?
- Przepraszam pana, panie profesorze. To właśnie ja jestem asystentem.
- Aha... - mruknął profesor. A po chwili, już w swoim gabinecie, w rozmowie z adiunktem Niżankowskim powiedział:
- Czesiu! Ty mi daj wykaz z nazwiskami wszystkich moich asystentów, i dobrze byłoby, żeby przy nazwiskach były zdjęcia.

Zebrał i opracował
Mieczysław Ziółkowski

Uporządkowanie cen usług medycznych jest bardzo pomocne w codziennej pracy lekarzy, obok tego dla lecznictwa państwowego jest wydawany i korygowany corocznie elementarz wytycznych leczenia standardowego, dla wszystkich dziedzin postępowania lekarskiego. Od 1996 roku Ministerstwo Zdrowia powołuje zespoły najwyższej klasy specjalistów krajowych i zagranicznych, opracowują oni wytyczne: jakie badania należy wykonać, jakie zabiegi są konieczne i jakie lekarstwa należy stosować przy określonym schorzeniu. Standardy uwzględniają koszt poszczególnych czynności od najtańszych koniecznych do najdroższych koniecznych.

Służba zdrowia w RPA i w Polsce (2)

W czasie pełnienia funkcji dyrektora klinik uniwersyteckich w Kinszasie, chcąc obniżyć koszty leczenia, także byłem zmuszony do wydania podobnych zaleceń dla lekarzy, głównie dotyczyły one przepisywanych na koszt kliniki leków. Lekarze bardzo często ordynowali leki, które sugerowali przedstawiciele firm farmaceutycznych. Byli do tego zachęcani upominkami i niechętnie stosowali tańsze także skuteczne leki. Opierałem się wtedy na zaleceniach WHO, która szczególnie dla Afryki

Prof. Wacław Kornaszewski

Ponad 100 kas chorych w RPA chętnie zaleca stosowanie zasad owego elementarza, gdyż obniża to koszty leczenia, a w przypadkach roszczeń odszkodowawczych odwołuje się do autorytetu Ministerstwa Zdrowia, które zaakceptowało sposoby leczenia.

Na przykład Kasa Chorych „Bonitas Medical Fund” oferuje pracującym 4 warianty - ELITE, STAN-

programu PBM, czyli postępowania ustalonego przez Pharmaceutical Benefit Management przewidującego testy diagnostyczne, ilość i terminy wizyt lekarskich, rodzaj leczenia, edukację oraz zapewnienie o pełnej intymności i tajemnicy lekarskiej.

Najistotniejszą różnicą pomiędzy polską a południowoafrykańską służbą zdrowia są finanse przeznaczone na ochronę zdrowia w RPA i Polsce. W RPA medycyna, uważana u nas za przemysłową nigdy nie

obciążała budżetu państwa i jej koszty wchodziły w koszty produkcji. Trzeba podkreślić, że pomimo olbrzymiej rzeszy bezrobotnych w okresie apartheidu i obecnie, Czarni obywatele mają zapewnioną opiekę lekarską. Wszyscy po przekroczeniu 65 roku życia mają zupełnie godziwą rentę. Zdarza się, że starsza kobieta za swoją rentę utrzymuje licznych młodszych krewnych. Wydaje się, że organizatorzy reformy służby zdrowia w Polsce nie uważają, że społeczeństwo starzeje się i wzrasta liczba osób, u których wiek obok istniejących generuje coraz to nowe choroby. Obserwacje wskazują, że właśnie oni płacą najwyższą cenę za reformę. Gubią się w nowych przepisach, objają się między lekarzem rodzinnym a wyższymi szczeblami nowej struktury. W Polsce nie-
szczęściem chorych jest, że muszą

prować proces roszczeniowy o odszkodowanie.

W Polsce jest jeszcze mało takich procesów, które by mobilizowały służbę zdrowia do większej staranności i dbałości o chorych.

Wydaje się, że nawet Ministerstwo Zdrowia odcina się od odpowiedzialności, zadowolone, że kasy chorych wszystkim się zajmą. Ministerstwo Zdrowia wydało miliony dolarów na opłacenie obrotowych menadżerów, autorów nowej struktury służby zdrowia w Polsce, nagradzając ich przyzwoleniem na nieprzystojnie wysokie zarobki. Czy nagroda za tę nie sprawdzoną pracę bez ryzyka, przy biurku należy się z góry? Tymczasem za pracę lekarzy, pielęgniarek, która wiąże się z dużym ryzykiem i odpowiedzialnością, administratorzy proponują znacznie niższe w porównaniu ze swoimi zarobkami. Przypomina to sytuację producentów żywności, gdzie pośrednicy zarabiają, bez ryzyka, znacznie więcej niż rolnicy. Jest interesujące, czy kasy chorych przejmą odpowiedzialność prawną za niepotrzebne komplikacje i zgony, wynikłe z niedociągnięć organizacyjnych, za złe pojęte zasady oszczędności na chorych? Czy kasy chorych mają ponosić jakąkolwiek odpowiedzialność prawną? Dysponują pieniędzmi podatników, a jednocześnie biurokraci z kas chorych przyrzucają oczy na praktyki ograniczenia koniecznych badań, przepisywania koniecznych leków, zabiegów, ilości lekarzy, pielęgniarek, wyjazdów karetok pogotowia i innych działań ratujących życie. Czy nie jest to jednak rodzaj eutanazji? Gdy lekarz nie poda leku, nie zrobi zabiegu, nie zastosuje badań lub materiałów, nie odda chorego w ręce kolegi specjalisty, który ma większe możliwości i lepsze wyposażenie?

Można łatwo przewidzieć, że kasy chorych, które pracują bez ryzyka

Kasy głoszą potrzebę oszczędzania, co jest słuszne, ale brak konkurencji nie zmusza ich samych do oszczędzania na własnej administracji. Uzyskały one przyzwolenie Ministerstwa Zdrowia na traktowanie świadczeń medycznych jak towaru, za który muszą zapłacić, jeśli go zakontraktują, co jest słuszne ekonomicznie. Pojawia się pytanie, czy wystarczy pieniędzy nagromadzonych przez obywateli? Ceny leków, zabiegów, aparatury rosną. Niektórych drogich zabiegów ratujących życie kasy chorych nie zakontraktowały. Może zamiast odmawiać usługi lepiej byłoby zaproponować podział kosztów na kasę chorych i zainteresowanego, co ma miejsce w wielu krajach.

Skoro świadczenia medyczne stały się towarami, muszą mieć swoją cenę, by pacjent wiedział, ile kosztuje leczenie jego choroby. Ceny usług będą wyższe w ośrodkach z dużą administracją. Może do takiej sytuacji doprowadzić konkurencja.

Kasy chorych powinny mobilizować społeczeństwo do zdrowych zachowań, do unikania szkodliwych czynników np. palenia tytoniu, nadużywania alkoholu i szeroko pojętej profilaktyki, by poczynić oszczędności przez zmniejszanie zachorowalności wśród swoich podopiecznych.



Górnik po wypadku w kopalni złota

opracowała listę leków podstawowych tzw. generycznych, skutecznych, ale tańszych. Zalecane w owym elementarzu badania, zabiegi, leki zobowiązują lekarza praktyka w państwowej służbie zdrowia do jego realizowania. Ministerstwo Zdrowia w RPA przyjęło zasadę, że lekarze powinni zaufać doświadczonym specjalistom i nie ulegać naciskom firm farmaceutycznych. Zgodnie z postępowaniem nauk medycznych każdego roku są wprowadzane korekty. Trudno nie przyznać racji tej strategii. Lekarz bez względu na stopień swojego przygotowania w uczelni i doświadczenia z pracy przy chorym, często czuje się zagubiony wobec ofensywy obrotowych firm farmaceutycznych. Niech więc lekarz najpierw zastosuje zalecenia owego elementarza, a następnie zależnie od swojego doświadczenia, wiedzy, sumienia próbuje innych metod i leków na swoich pacjentach. Nawet najlepsze uczelnie medyczne nie są w stanie przewidzieć zmian obrazów chorobowych i pociągających je badań i leków, więc nawet z najlepszym przygotowaniem teoretycznym i praktycznym ów elementarz postępowania jest pomocny w praktyce. Stanowi też tarczę ochronną wobec postępowania i roszczeń sądowych. Elementarz nie ogranicza lekarza, ale najpierw należy zastosować podstawowe działania.

DARD, PRIMARY, BONSAVE. Oznacza to, że można wybrać różne limity finansowe, za różne rodzaje leczenia za różną wysokość składki, z których część płaci pracodawca w wysokości ustalonej umową. Według „Bonitas Medical Fund” można zależnie od wybranego wariantu mieć refundowane leczenie w szpitalu od 3000 randów do 10000 randów rocznie (od 500 do 1700 dol.). Jeżeli pobyt w szpitalu rocznie będzie droższy, to chory musi dopłacić różnicę i tylko wyjątkowo na specjalny wniosek do kasy może uzyskać wyższą refundację. Na przykład istnieje możliwość podwyższenia limitu na leczenie dentystryczne i wynosi ono zależnie od wariantu od 1000 randów do 5390 randów, czyli od 170 do 900 dolarów rocznie. Na oczne operacje łączny przewidziano limit od 2500 do 5000 randów rocznie, czyli najwyżej 850 dolarów. Limit na angiografię serca nie jest przewidziany w wariantcie BONSAVE. Ubezpieczający się musi dobrze prześledzić, czego może się spodziewać od wybranej kasy chorych. Na pewno istnieje zasada, że im wyższą płaci składkę, tym więcej otrzymuje. Wspomniana kasa obok bardzo licznych propozycji przewiduje również we wszystkich wariantach leczenie AIDS, według specjalnego

Fot. autor

czekanie starzeje się i wzrasta liczba osób, u których wiek obok istniejących generuje coraz to nowe choroby. Obserwacje wskazują, że właśnie oni płacą najwyższą cenę za reformę. Gubią się w nowych przepisach, objają się między lekarzem rodzinnym a wyższymi szczeblami nowej struktury. W Polsce nie-
szczęściem chorych jest, że muszą

Lekarz bez względu na stopień swojego przygotowania w uczelni i doświadczenia z pracy przy chorym, często czuje się zagubiony wobec ofensywy obrotowych firm farmaceutycznych.

być pokorni. Nie mają siły, zwłaszcza ci starsi, by jednoczyć się w krytycznych związkach. Nie mają przebojowych przywódców. Skazani są na cierpliwe oczekiwanie bez względu na to, czy dotrą do przychodni z trudem o lasce, z zadyszka. Nie mogą upomnieć się o swoje prawa, bo rejestratorka, pielęgniarka są zmęczone, a lekarz jest przeciążony pracą.

W wielu krajach wytworzyły się mechanizmy obrony praw chorych. Istnieje wyspecjalizowana kadra pracowników, która czeka w przychodniach i szpitalach, by po-

tak się prawnie obwarują, że obciążą odpowiedzialnością bezpośrednich wykonawców - lekarzy. Czy kasy chorych solidarnie z lekarzami będą odpowiadały przed sądem za niedostateczne działania na rzecz ratowania życia? Obecnie kasy chorych uzyskały prawa monopolistyczne i dysponując pieniędzmi obywateli znajdują sposoby, by się obronić. Kasy nie mają konkurencji. Pacjent ma wprawdzie prawo wyboru lekarza, ale gorzej jest z wyborem kasy chorych. Kasy ustalają swoje pensje mało oszczędnie, co się stało regułą także w nowym samorządzie terytorialnym.

Zjazd Absolwentów rocznika 1980 Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu

W imieniu byłej Rady Roku zawiadamiamy Absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu - rocznik ukończenia 1980, o Zjeździe Absolwentów w terminie 2-3 czerwca 2000. Zjazd odbędzie się we Wrocławiu. W zależności od ilości zgłoszeń w programie zostanie uwzględniony rodzaj i rozmiar imprez oficjalnych i towarzyszących.

Zgłoszenia proszę nadsyłać do 30.11.1999 na adres: Biuro Regionalne POLTRANSPLANT - Wrocław, 50-326 Wrocław, ul. Poniatowskiego 2 listownie lub faxem +48-71-3228600. Dariusz Patrzalek

SPRZEDAM MAŁO UŻYWANE:

- aparat ekg Ascard-31
- detektor tętna płodu UDT 10 M
- walizkę reanimacyjną z ssakiem oraz nieużywane:
- uniwersalny stół do badań USB-01
- dwa stoliki zabiegowe z płytą szklaną
- autoklaw (7,5 l).

Telefon (071) 351-92-71

Miałeś chamie złoty róg...

Przez wiele minionych lat przyzwyczailiśmy się do lepiej lub gorzej (w ostatnich latach chyba jednak lepiej) działających uzdrowisk. Oprócz dawnych, z pięknymi, dziewiętnastowiecznymi domami zdrojowymi, ze wspomnieniem dźwięków muzyki Szopena (Duszniki), czy śpiewu Kiepury (Krynica), przybywały nowe. Czasem uzdrowisko traciło swój status i przemieniało się w ośrodek przemysłowy, bo zaczęto eksploatować w nim zasoby naturalne, np. węgla (Jastrzębie Zdrój). Czasem natomiast dochodziło do zgodnej symbiozy inżynierów z lekarzami i np. kopalnia soli w Wieliczce jest obecnie nie tylko czynnym zakładem produkcyjnym, lecz także wspaniałym obiektem turystycznym, wpisanym na listę obiektów światowego dziedzictwa kulturowego, równocześnie pełniąc rolę sanatoryjną - w opustoszałych, zaadaptowanych sztolniach, w atmosferze pozbawionej w znacznej mierze alergenów, dobrze czują się astmatycy.

**Prof. dr hab.
Władysław Rokicki**

Cały ten system jakoś działał. Pacjenci nie tylko jeździli do sanatoriów, ale sobie je chwalili, wracali zdrowi, wzrastała wydajność ich pracy, a emeryci pewnie mieli mniejsze zapotrzebowanie na darmowe dla nich, w tamtych czasach, leki.

W jakiś sposób to się pewnie społeczeństwu opłacało.

Zgodnie jednak ze starą maksymą „bis dat qui cito dat” (podwójnie daje, kto szybko daje), szczególnie uważa, a może i troska, darzono ośrodki dziecięce.

To przecież dzięki sprawnemu systemowi, w który wpisane były dziecięce pulmonologiczne sanatoria i prewentoria, zlikwidowano w czasach znacznie biedniejszych, niż obecne, plagę gruźlicy, która teraz, po latach, zaczyna znów narastać.

Wiodącym dziecięcym „zagłębieniem” leczniczym, przeznaczonym głównie, lecz nie jedynie, dla pacjentów pulmonologicznych, była od wielu dziesięcioleci Rabka. Malowniczo położona w Gorcach, niezbyt odległa od Krakowa, z dogodnym połączeniem drogowym i kolejowym, z infrastrukturą, lecz przede wszystkim, ze wspaniałym zespołem lekarzy pediatrów - Rabka mia-

logii i mukowiscydozy, torakochirurgii dziecięcej, pulmonologii niemowlęcej itp., Instytut był niezwykle prężnym ośrodkiem leczniczym i naukowym. Współistniały z nim oddziały dziecięce w bratniej instytucji - Uzdrowisku. To tutaj, tuż przed końcem swej kadencji, pan minister Żochowski, mimo że był człowiekiem poważnie schorowanym, wraz ze swymi zastępcami, w obecności tuzów polskiej pediatrii, księdza kardynała itd. otwierał przed 3 lata Uzdrowski Szpital Rehabilitacji Kardologicznej dla Dzieci. Do wspaniałej rabczańskiej pulmonologii doszła brakująca dotychczas kardiologia dziecięca. Wreszcie w Polsce od lat pięćdziesiątych działało skutecznie tzw. sanatorium śląskie wybudowane z myślą głównie o śląskich dzieciach im. najpierw Pstrowskiego, potem księdza Szabesty. Rabka wraz z okolicami żyła z dziećmi wracającymi tu do zdrowia, a wiele dzieci przeżyło, zostało wyleczonych, dzięki Rabce.

Przyszły jednak nowe, delikatnie mówiąc - dziwne czasy. Pan Premier oświadczył, że 1 stycznia 1999 obu-

skają zrozumienie np. dla potrzeb kardiologii czy kardiologii dorosłych. Ale dzieci? Toć to jedynie hałas, zmartwienie, nieporządek. Władcy, deklarując politykę proro-

że np. ukończona w jesieni ubiegłego roku nowa, piękna szkoła, dla dzieci leczonych w Uzdrowisku Rabka, nie została otwarta. Teraz rozpoczynają się wakacje. W tym czasie zapewne miasteczko znów ożyje, lecz co będzie od września? (K. I. Gałczyński tak pięknie pisał:

„... Z trwogą spogląda w niebo karzeł,

Co nuty sprzedaje nad rzeką,

A w tłumach ciągle te dwie twarze:

Oszusta i potępionego...”)

Kasy chorych, czy jak mówią złośliwi, chore kasy, zawarły bardzo niewiele umów z sanatoriami i szpitalami uzdrowskimi. W dodatku rodzice sami w wielu wypadkach zrezygnują z wysłania dziecka do sanatorium. Dlaczego? Otóż np. jedna z kas życzy sobie,

aby rodzice do wniosku lekarskiego przesyłanego do niej dołączyli swoje zobowiązanie, że jeśli dziecko, w wypadku przyznania miejsca, nie skorzysta z leczenia uzdrowskiego, to pokryją koszty niewykorzystanego miejsca. Przy tym jednak jest to w pewnej mierze zobowiązanie jednostronne, bo kasa sama określi, w jakim terminie i dokąd ewentualnie wysła chore dziecko. A przecież nie jest obojętne, czy z a s m a r k a n a chronicznie pociecha zostanie skierowana w dogodnym dla rodziny terminie do niezbyt oddalonego ośrodka, dziecko przecież trzeba bardzo często odwiedzać, czy też dostanie miejsce w listopadzie 500 km od domu. Do tego jeszcze jakiś geniusz wymyślił, że średni pobyt w sanatorium będzie trwał 54 dni (słownie: pięćdziesiąt cztery, to nie pomyłka). A któż chętnie rozstanie się z dzieckiem prawie na dwa miesiące i po co? Które dziecko wytrzyma tak długi okres poza domem? Oczywiście, z punktu widzenia biurokracji jest zrozumiałe, że im dłuższy czas pobytu, tym mniejsza liczba chorych będzie mogła skorzystać z wyjazdów (prze-

cież Kasa zawarła umowę na określonej liczbie osobo-dni w roku), a więc tym mniej biurokratycznej pracy.

Dlaczego o tym piszę? Nie pracuję, dzięki Bogu w żadnym uzdrowisku. Natomiast w wieku dojrzałym bardzo lubię Gorce. Po raz pierwszy pojechałem do Rabki w 1947 roku, jako pięciolatek i bardzo byłem nieszczęśliwy. Potem jednak doceniłem gorczańskie uroki. Jako pediatra cenię walory leczenia uzdrowskiego dzieci. Z zachwytem obserwowałem postępującą humanizację sanatoriów, tworzenie oddziałów uzdrowskich dla matki z dzieckiem itp. I nagle wszystko pryska.

Oczywiście, napisałem o Rabce, bo ją dobrze znam, lecz problem, o ile mi wiadomo, dotyczy wszystkich uzdrowisk. Żał mi polskich dzieci, którym ogranicza się dostęp do kompetentnego leczenia. Żał mi wspaniałego rabczańskiego ośrodka i wiem, że zniszczyć jest bardzo łatwo, lecz odbudowa trwa latami.

Brzydko mówiąc, krew mnie zalała, bo w pobliżu ginącej Rabki, w Smokowcu mieści się podobny ośrodek pulmonologii dziecięcej. Słowacja jest podobno od nas dużo biedniejsza, nie ma tak wspaniałych sukcesów gospodarczych jak Polska.



Urząd Miejski w Rabce, do niedawna - sanatorium.

dzinną, zaczęli delikatnie, w zaciszu miękkich gabinetów, likwidować świadczenia państwa na rzecz dzieci. Ofiarą tego trendu padła także Rabka. W marcu br. w potężnym rabczańskim Instytucie ogłoszono zwolnienia grupowe z pracy. Brzmi to strasznie, lecz jest aktem humanitarnym w stosunku do personelu - osobom zwolnionym w ten sposób należy się bowiem tzw. odprawa. Zwolnienia indywidualne (poza tzw. menadżerami służby zdrowia) z żadnymi istotnymi osłonami socjalnymi się nie łączą. Rabka opustoszała. Piękny park, zawsze tętniący młodą radością, radością - jest pustawy. Niektóre kliniki połączono we wspólnych budynkach, aby budynki zwolnione sprzedać. Władcy jednak kochają dzieci, toteż jednej z rabczańskich ulic nadano nazwę prof. Jana Rudnika, twórcy potężnej, rabczańskiej pulmonologii dziecięcej, bohaterowi wojny przeciwko prątkowi Kocha. Pięknie wygląda tabliczka z nazwiskiem człowieka, który poświęcił życie, olbrzymią energię i wiedzę dla chorych dzieci. Równocześnie jednak w budynku, w którym urzędował niegdyś prof. Rudnik („Kona-ry”), dzieląc go z jednym z oddziałów dla młodocianych astmatyków, mieści się teraz Urząd Miejski. Nie wiem, jaki będzie los innych zwalnianych budynków. Wiem jednak,

Przyszły jednak nowe, delikatnie mówiąc - dziwne czasy. Pan Premier oświadczył, że 1 stycznia 1999 obudzimy się w nowej Polsce. I obudziliśmy się w nowej, często koszarnej rzeczywistości. W bałaganie, niekompetencji, arogancji. W rzeczywistości, w której wygrywają bardzo silni, np. wielkie zachodnie koncerty, a przegrywają najslabsi.

ła wszelkie walory, aby przetrwać nawet najtrudniejsze czasy. Tutaj zlokalizowane były oddziały dziecięce warszawskiego, lecz świadczącego wysokospecjalistyczne usługi dla całego kraju, Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc. Potem oddziały te stały się filią Instytutu Matki i Dziecka, aby przed około 10 laty znów powrócić do rodzimej instytucji (IGChP).

Z unikatowymi, mającymi wspaniałe wyniki klinikami, np. broncho-

dzimy się w nowej Polsce. I obudziliśmy się w nowej, często koszarnej rzeczywistości. W bałaganie, niekompetencji, arogancji. W rzeczywistości, w której wygrywają bardzo silni, np. wielkie zachodnie koncerty, a przegrywają najslabsi. Dziecko ze swej natury jest słabsze od człowieka dorosłego. Decydenci są ludźmi dojrzałymi, przynajmniej fizycznie, boją się o swoje zdrowie, więc łatwiej, mimo wszystko, uzy-



Lecz gdy w wyboistej, dziurawej, niebezpiecznej polskiej drodze wjeżdżę się na równą, wygodną drogę słowacką, gdy się zauważa, że w Smokowcu ludzie pracują normalnie, a kasy chorych chyba nie są chorymi kasami, to tak jakoś żal...

PS.
Z nostalgią wspominając utraconą stabilność kulawego systemu ochrony zdrowia dziecka, każdego polskiego dziecka, muszę dla jasności dodać, że nie byłem członkiem PZPR-u, ani żadnej z „przybudówek”, nigdy nie byłem pracownikiem administracji państwowej, ani tzw. organizatorem służby zdrowia. Mój głos jest jedynie głosem długoletniego pediatry.

Dalacin® T

Roztwór 1% Emulsja 1% Żel 1%
skuteczny w leczeniu trądzika

Pharmacia & Upjohn

ul. J. Kubickiego 21, 02-954 Warszawa
tel. (022) 699 02 00, fax (022) 842 05 46

Zagrożenia i nadzieje tranplantologii

20 - 22 maja 1999 roku odbył się w Klubie Garnizonowym SOW we Wrocławiu IV Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego - „Transplantologia u progu XXI wieku”. Wzięło w nim udział 437 osób z kraju i z zagranicy.

W. Witkiewicz przywitani zaproszonych gości i uczestników, a następnie Gość Honorowy Kongresu prof. dr hab. Franciszek Kokot wygłosił referat inauguracyjny pt. „Nefrologia i transplantologia u progu XXI wieku”. W bardzo interesującym wykładzie, profesor

specjalista z dziedziny immunosupresji transplantacyjnej. Prof. Opelz poświęcił swój wykład problematyce odległych wyników przeszczepiania narządów. Stwierdził, że około 40% przeszczepów zachowuje swoją czynność w ciągu 10 lat, a bardziej długotrwałe prognozy wskazują na to, iż tylko jedna z czterech przeszczepionych nerek będzie nadal czynna po 24 latach. Dr Behrend proponował indywidualny dobór schematu leczenia w zależności od sytuacji klinicznej i serologicznej biorcy, jako jedno z głównych działań mających poprawić przeżywalność przeszczepu. Profesor S. Large z Londynu przedstawił wyniki własnego ośrodka zajmującego się jednoczesnymi transplantacjami serca i płuc. Te skomplikowane operacje wyznaczające nową erę w światowej torako- i kardiologii stanowią zabiegi ratujące życie chorym z zaawansowanym uszkodzeniem miąższu płucnego i wtórną chorobą serca w przypadkach ciężkiej rozemdy i serca płucnego oraz rozstrzeni oskrzeli m. in. na tle wrodzonego schorzenia, jakim jest mukowiscydoza. Aktualnie okres pięcioletni po przeszczepieniu serca i płuc przeżywa ok. 50% chorych. Dr O. Soubrane z Paryża omówił niektóre problemy związane z transplantacją wątroby. Powodzenie tych procedur, wykonywanych od niedawna również w naszym kraju, w znacznym stopniu zależy od optymalizacji metod chirurgicznych mających na celu m. in. uniknięcie postępującej pooperacyjnej niedrożności dróg żółciowych.

Ciekawe i niezwykle pożyteczne były sesje warsztatowe. Formuła tych sesji polegała na dokładnym omówieniu przez prowadzących i uczestników 2-3 problemowych przypadków klinicznych. Odbyło się 10 takich sesji warsztatowych. Pozostałe sesje naukowe służyły prezentacji prac zakwalifikowanych do wygłoszenia na Kongresie.

Wszystkie wykłady i sesje spotkały się z żywym zainteresowaniem słuchaczy, znajdującym wyraz w licznych pytaniach zadawanych z sali po każdym wystąpieniu.

IV Kongres PTT to nie tylko sesje plenarne, warsztatowe, prezentacje prac w formie referatów i plakatów. Przed Kongresem odbył się w Rydynie w woj. Wielkopolskim 19 maja 1999 r. Spotkanie Koordynatorów Przeszczepiania Narządów, w którym wzięli udział koordynatorzy z całej Polski, Dyrektor POLTRANSPLANTU prof. dr hab. Janusz Wałaszewski, zaproszeni goście: dr Martin Manyalich z Barcelony, Celia Wight z Cambridge, Ivana Volfova z Bartysławy. Tematem spotkania były organizacja i koordynacja przeszczepiania narządów, w której za-

ków Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, na którym wybrano nowy Zarząd Główny towarzystwa, któremu przewodniczyć będzie prof. Jacek Szmidt. W skład zarządu weszli: Prezes Elekt - Marek Krawczyk, Sekretarz Generalny - Magdalena Durlik oraz członkowie: Wojciech Witkiewicz, Leszek Pączek, Michał Myśliwiec, Andrzej Lange, Dariusz Patrzalek, Zbigniew Włodarczyk, Marek Ostrowski, do komisji rewizyjnej wybrano: Bogdana Michałowicza, Grzegorza Michalaka, Romualda Bohatyrewicza.

Podczas Kongresu wręczono nagrody Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego „Insigne Decorum pro Transplantationibus Fovendis”: prof. Januszowi Wałaszewskiemu, prof. Andrzejowi Lange, dr Danucie Strzyckiej-



Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego IV Kongresu PTT prof. dr hab. Wojciech Witkiewicz

Honorowy patronat nad Kongresem objął Premier RP prof. dr hab. Jerzy Buzek. Komitetowi naukowemu przewodniczył Prezes PTT prof. dr hab. Marian Zembala. Pracami Komitetu organizacyjnego kierował prof. dr hab. Wojciech Witkiewicz.

Do prezentacji na Kongresie zakwalifikowano 173 prace dotyczące proble-

Kokot poruszył najistotniejsze problemy transplantologii i nefrologii oraz zagrożenia i nadzieje jakie niosą ze sobą te dziedziny nauki.

Sesje naukowe Kongresu rozpoczęły się 21 maja 1999 r. Szczególnie ciekawa była III sesja plenarna „Postępy w Transplantologii na Świecie”, w której uczestniczyli prof. G. Opelz z Frank-

Aktualnie okres pięcioletni po przeszczepieniu serca i płuc przeżywa ok. 50% chorych.

mów związanych z transplantacją nerek, serca, szpiku, wątroby, trzustki, rogowki, immunologią przeszczepów oraz z koordynacją przeszczepiania narządów.

Kongres rozpoczął się 20 maja 1999 o godz. 18.00. W czasie Uroczystego Otwarcia profesorowie M. Zembala i

furtu nad Menem, jeden z najwybitniejszych autoritetów z dziedziny immunologii transplantacyjnej, prof. S. Large z Cambridge, wybitny specjalista z dziedziny transplantacji serca i płuc, prof. O. Soubrane z Paryża, wybitny specjalista z dziedziny transplantacji wątroby, dr M. Behrend z Hanoweru,



Na otwarcie Kongresu przybyli przedstawiciele władz i luminarze polskiej nauki
Zdjęcia Paweł Golusik

proszeni goście Pani C. Wight i dr M. Manyalich, dr I. Volfova przedstawił swoje doświadczenia w tym zakresie.

W klubie SOW podczas obrad Kongresu odbyły się następujące spotkania przedkongresowe: Spotkanie Kierowników Banków Tkanek pod przewodnictwem prof. J. Komendera, posiedzenie POLTRANSPLANTU pod przewodnictwem prof. J. Wałaszewskiego.

21 maja 1999 roku o godz. 18.00 odbyło się Walne Zgromadzenie Człon-

Rowińskiej, prof. Markowi Krawczykowski z zespołem. Nagrody te przyznano za wybitne osiągnięcia w dziedzinie transplantologii.

W trakcie Kongresu (21.05.1999 o godz. 22.00) odbył się trójmecz koszykówki zespołów biorących udział w przeszczepianiu narządów Poznań - Wrocław, w którym zwycięstwo odniosła drużyna z Wrocławia.

Zjazd zakończył się 22 maja 1999 roku o godz. 16.00.

„Służba Zdrowia” ma już 50 lat

„Służba Zdrowia” - dawniej tygodnik, dziś dziennik ukazujący się dwa razy w tygodniu powstał w 1949 roku. Ma on szeroką formułę i jest adresowany do lekarzy, lekarzy stomatologów ale także do położnych, pielęgniarek, techników medycznych i menedżerów służby zdrowia. Dziennikarze gazety bacznie obserwują wszystko co się dzieje w organizacji

i przekształcaniach służby zdrowia, a także naukowe postępy medycyny i farmacji i relacjonują na gorąco pięknym, przystępnym językiem.

Z okazji 50-lecia istnienia pisma odbyło się 24 czerwca w Teatrze Polskim w Warszawie spotkanie, w którym uczestniczyli byli i obecni ministrowie zdrowia i opieki społecznej z minister Franciszka Cegielską, a tak-

że podsekretarz stanu Anna Knysok, prezes NRL Krzysztof Madej i wiceprezes Włodzimierz Bednorz, posłowie i senatorowie, a także luminarze polskiej medycyny.

„Gazeta” otrzymała medal „Za usługi dla Głównej Biblioteki Lekarskiej”, medal Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, a także puchar od Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Uroczystość rozpoczęła się od gratulacji dla redakcji, które w jej imieniu przyjmowała na teatralnej scenie redaktor naczelna „Gazety Lekarskiej” Aleksandra Gielewska.

Potem Anna Romantowska i Krzysztof Kolberger wystąpili w sztuce Agnieszki Osieckiej: „Apetyt na czereśnie” i wprowadzili gości w nostalgiczny i sentymentalny nastrój.

Na spotkaniu w kulisach teatru trwały nieoficjalne rozmowy dziennikarzy z oficjalnymi przedstawicielami rządu, parlamentu i organizacji samorządowych, co pozwoliło dziennikarzom poznać niektóre problemy, z jakimi borykają się decydenci, od kuchni.

(EP)

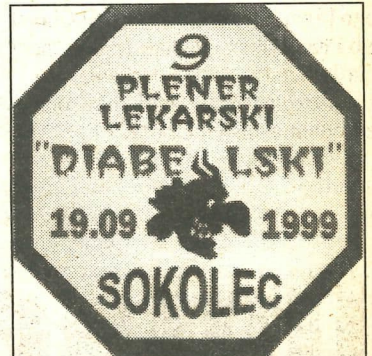
Zdjęcia: Elżbieta Pomorska



Na widowni Teatru Polskiego zasiadła minister Zdrowia i Opieki Społecznej Franciszka Cegielska, towarzysząc jej wszyscy wiceministrowie z tego resortu.



Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i Przewodniczący Rady Dolnośląskiej Izby Lekarskiej dr Włodzimierz Bednorz wręcza redaktor naczelnej „Służby Zdrowia” Aleksandrze Gielewskiej puchar od DIL.
Zdjęcia Elżbieta Pomorska



Sprawozdanie z Pleneru w następnym numerze

Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz firma farmaceutyczna Glaxo Wellcome mają zaszczyt zaprosić na posiedzenie naukowo-szkoleniowe poświęcone

PRZEWLEKŁEJ OBTURACYJNEJ CHOROBY PŁUC

Posiedzenie odbędzie się 13 października 1999 roku o godz. 12.00 w Sali Konferencyjnej Hotelu Wrocław ul. Powstańców Śląskich we Wrocławiu PROGRAM NAUKOWY PRZYGOTOWAŁA KATEDRA I KLINIKA CHOROBY WEWNĘTRZNYCH I ALERGOLOGII. Kierownik: Prof. dr hab. Józef Małolepszy

12.00 Dr n. med. Ewa Bogacka: *Postępowanie w patogenezie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.*

12.30 Dr n. med. Anna Dor: *Współczesne leczenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.*

13.00 Dr n. med. Wojciech Barg: *Współczesne leczenie zaostrzeń przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.*

13.25 Theophylliny Glaxo Wellcome - nowe spojrzenie. (Przedstawiciel Glaxo Wellcome).

13.40 Dyskusja.

14.00 Lunch

*Przewodniczący Oddziału Wrocławskiego PTL
prof. dr hab. Tomasz Szepietowski
Sekretarz Oddziału Wrocławskiego PTL
Dr n. med. Sławomir Kramarz*

Serdecznie zapraszamy nie tylko członków PTL, lecz także Koleżanki i Kolegów zainteresowanych tematem.

Pierwszy Kongres Medycyny Rodzinnej: RODZINA I JEJ LEKARZ

odbędzie się w dniach 1 - 3 października 1999 roku pod honorowym patronatem Premiera RP prof. Jerzego Buzka.

Miejscem Kongresu jest Sala Kongresowa PKiN w Warszawie. Celem Kongresu jest:

- podsumowanie i prezentacja aktualnego dorobku medycyny rodzinnej w Polsce,
- omówienie aktualnych problemów zawodowych, organizacyjnych i klinicznych,
- określenie kierunków dalszego rozwoju medycyny rodzinnej w Polsce.

Głównym tematem Kongresu jest "Organizacja praktyki lekarza rodzinnego".

Spodziewana liczba uczestników - około 1000 lekarzy rodzinnych z całej Polski. Udział w Kongresie w charakterze gości i wykładowców zapowiedzieli światowi eksperci medycyny rodzinnej.

Osoby zainteresowane Kongresem prosimy o szybkie zgłaszanie swojego udziału pod adresem i telefonem biura Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (022) 831-35-86.

*Za Komitet Organizacyjny
Prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych
dr Jarosław Pinkas*

Stowarzyszenie Tymoterapii w Polsce im. prof. Jeremiego Czaplickiego oraz Oddział Regionalny PTL Ziemi Lubuskiej zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe poświęcone tematowi

Tymoterapia praktycznego stosowania

które odbędzie się 9 października 1999 roku o godzinie 10.00 w sali kinowej KGHM „Polska Miedź” SA, ul. Curie-Skłodowskiej 48 w Lubinie.

W posiedzeniu biorą udział:

1) prof. zw. dr hab. med. Gabriel Turowski
Samodzielna Pracownia Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie,

2) prof. dr hab. med. Aleksander Skotnicki
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum Klinika Hematologii w Krakowie,

3) prof. dr hab. med. Janusz Bielawski
Oddział Chirurgii Urazowej i Ortopedii Szpitala im. Jana Jonstona w Lubinie,

4) prof. dr hab. med. Barbara Błońska-Fajfrowska
Katedra i Zakład Fizjologii Śląskiej Akademii Medycznej w Sosnowcu,

5) prof. dr hab. med. Marek Dąbrowski
Zakład Immunologii CSK MSWiA w Warszawie,

6) prof. dr hab. med. Adam Jankowski
Klinika Immunologii Wieku Rozwoju Akademii Medycznej we Wrocławiu,

7) prof. dr hab. med. Elżbieta Ronin-Walknowska
Klinika Patologii Ciąży i Porodu IPG PAM w Szczecinie,

8) dr med. Jan Czarnecki
Institute for Immunology and Thymus Research w Bad Harzburg - Niemcy.

Posiedzenie naukowo-szkoleniowe poświęcone jest praktycznemu stosowaniu tymoterapii, przede wszystkim przez lekarzy rodzinnych oraz pierwszego kontaktu.

Stanowi również wstęp do planowanego Sympozjum Naukowego w roku przyszłym o tym samym tytule.

*Za Zarząd
Prezes Zarządu
Zdzisław Kłeski*

I Ogólnopolska Konferencja ZESPÓŁ OBTURACYJNEGO BEZDECHU ŚRÓDSENNEGO

18-20 listopada 1999 r., Lubin woj. dolnośląskie

Organizator:

- Sekcja zaburzeń oddychania w czasie snu Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego
- Katedra i Klinika Chorób Płuc AM Wrocław
- Oddział Wewnętrzny I ZOZ Lubin

Termin Konferencji: 18.11 - 20.11.1999 r.

Miejsce Konferencji: Centrum Kultury „Muza”, Lubin, ul. Armii Krajowej 1

Termin zgłaszania uczestnictwa: do 30.09.1999 r. na adres

Oddział Wewnętrzny I

Szpital ZOZ Lubin

59-300 Lubin, ul. Bema 5

Szczegółowe informacje o Konferencji: tel. 076 8461400 wewn. 304

Przewodniczący Komitetu Naukowego

prof. dr hab. Jan Zieliński

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

dr n. med. Artur Kwaśniewski

W ramach ogólnopolskiego biegu długodystansowego pod nazwą **Półmaraton Słowiński** na trasie Rowy-Ustka (województwo pomorskie) odbędą się II Mistrzostwa Polski Lekarzy na tym dystansie.

Bieg odbędzie się 26 września 1999 r. (niedziela) i figuruje w kalendarzu imprez wydany na rok 1999 przez Federację Klubów Biegacza i Polskie Stowarzyszenie Biegów.

Wszelkich informacji udziela: Dyrektor Biegu lek. med. Edward Pokorny (członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku) 76-270 Ustka ul. Bursztynowa 20, tel. (059) 81-44-734 lub 0 601 66-30-92.

Dolnośląska Izba Lekarska zaprasza do udziału w Konferencji Okrągłego Stołu

która odbędzie się dnia 9.10.1999 r. od godz. 9.00 w Klubie Śląskiego Okręgu Wojskowego, ul. Preflicza 24, Wrocław, na temat:

Ocena problemów prawnych, etycznych i administracyjnych po dziesięciu latach realizacji przekształceń w dziedzinie zdrowia i zmiany systemu finansowania

Tematy szczegółowe:

1. Ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych, ich realizacja a zapis w Konstytucji RP.
2. Umowa pomiędzy kasą chorych a jednostkami służby zdrowia w świetle zgodności z ustawą o ubezpieczeniach zdrowotnych i zasadami rynku świadczeń zdrowotnych.
3. Przepisy wykonawcze do ustawy o PUZ i ZOZ wydane przez MZiOŚ lub ich brak, a podstawa prawna działania kas chorych.
4. Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych - rola lekarzy w ich realizacji.
5. Interpretacja ustawy o zawodzie lekarza, Kodeksu Etyki lekarskiej, przepisów dot. praw pacjentów, ustawy psychiatrycznej, zarządzeń KIZ - w świetle obowiązującej ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych i umów pomiędzy kasami chorych a jednostkami służby zdrowia.

Dyskusja panelowa z udziałem przedstawicieli:

- Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
- Ministerstwa Sprawiedliwości
- Ministerstwa Finansów

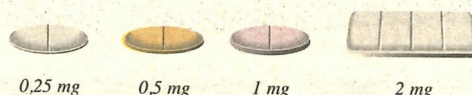
Xanax
alprazolam

Xanax SR
alprazolam



Xanax
alprazolam

Xanax SR
alprazolam



0,25 mg 0,5 mg 1 mg 2 mg

dorośli - dawka początkowa	0,25 mg - 0,5 mg 3 x dziennie
pacjenci geriatryczni i wyniszczeni	0,25 mg 2 lub 3 x dziennie



1 mg 2 mg 3 mg

dorośli - dawka początkowa	1 mg - 2 mg 1 x dziennie
----------------------------	-----------------------------

Dawkę należy zwiększać stopniowo i zazwyczaj nie powinna przekraczać 4 mg na dobę. Jednak w stanach lęku napadowego może wynosić nawet 10 mg na dobę.

Każde opakowanie zawiera 30 tabletek.



Pharmacia
& Upjohn

Siedziba firmy: ul. Jakuba Kubickiego 21, 02-954 Warszawa, tel. (022) 699 02 00, 642 62 82, fax (022) 42 05 46
Centrum Obsługi Klienta: ul. Krakowiaków 80A, 02-255 Warszawa, tel. (022) 846 46 91, 846 02 99, fax (022) 846 50 16

Przed zastosowaniem prosimy o zapoznanie się z pełną informacją o leku zawartą w ulotce.

K u r s

3-17 września 1999 roku we wrocławskiej Akademii Medycznej odbędzie się

Międzynarodowy Intensywny Kurs Onkologii

zorganizowany przez Akademię Medyczną we Wrocławiu i Unię Europejską w ramach programu ERASMUS. Honorowy patronat nad Kursem objęli: Witold Krochmal - Wojewoda Dolnośląski, Bogdan Zdrojewski - Prezydent miasta Wrocławia, Jarosław Obrębski - Przewodniczący Rady Miasta, Jego Eminencja Ksiądz Kardynał Henryk Gulbinowicz - Metropolita Wrocławski, Jego Ekscelencja Ksiądz Biskup Ryszard Bogusz - Biskup Diecezji Wrocławskiej Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP, Jego Ekscelencja Ksiądz Biskup Jeremiasz Anchiński - Ordynariusz Diecezji Wrocławskiej i Szczecińskiej Kościoła Prawosławnego, Jego Magnificencja Rektor Akademii Medycznej Prof. dr hab. Jerzy Czernik oraz Jego Magnificencja Rektor Elekt Akademii Medycznej we Wrocławiu Prof. dr hab. Leszek Paradowski.

Międzynarodowy Intensywny Kurs Onkologii ERASMUS poświęcony jest wymianie najnowszych osiągnięć i doświadczeń w zakresie badań naukowych nad patogenozą, biologią nowotworów oraz prezentacji współczesnych metod i wyników leczenia chorób nowotworowych. Celem kursu jest ujednolicenie programu nauczania onkologii i hematologii w Polsce i krajach Wspólnoty Europejskiej. ERASMUS jest adresowany do studentów akademii medycznych oraz absolwentów wydziału lekarskiego zainteresowanych tematyką onkologiczną, którzy pracują jako lekarze pierwszego kontaktu lub pragną w przyszłości specjalizować się w dziedzinie onkologii lub hematologii. Należy podkreślić, że jest to pierwsze tego typu szkolenie organizowane w naszym kraju.

Kurs ma postać serii wykładów wygłaszanych przez wykładowców z kraju i zza granicy, których tematyka będzie kontynuowana w formie ćwiczeń w kilkusobowych grupach pod okiem pracowników naukowo-dydaktycznych. Cykl zajęć zostanie zakończony egzaminem testowym opracowanym przez Panią Prof. dr hab. Marię Podolak-Dawidziak. Obowiązującym językiem wykładowym na kursie jest język angielski.

Ramowy program kursu:
Otwarcie Kursu: 3.09.1999, godz. 18.00, Sala Rycerska Ratu-

szawie Wrocławiu. Na uroczyste otwarcie kursu zostali zaproszeni: Aleksander Kwaśniewski - Prezydent RP, wraz z małżonką Jolantą, Franciszka Cegielska - Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, Witold Sienkiewicz - Dyrektor Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji, władze administracyjne i samorządowe Województwa Dolnośląskiego i miasta Wrocławia z udziałem Witolda Krochmala, Bogdana Zdrojewskiego, Jarosława Obrębskiego, Emiliana Stańczyszyna, regionalne władze kościelne, senatorowie i posłowie RP, przedstawiciele Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych, władze wrocławskich wyższych uczelni, uczestnicy i wykładowcy kursu, sponsorzy oraz ogólnopolskie i regionalne media. Uroczystość zostanie uświetniona koncertem gitarowej muzyki klasycznej w wykonaniu Marka Długosza.

Miejsca wykładów i ćwiczeń: Hotel GEM (ul. Baudouina de Courtenay 16) oraz zakłady naukowo-dydaktyczne i kliniki Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Zakończenie kursu: 17 września 1999, godz. 18.00, Aula Leopoldina Uniwersytetu Wrocławskiego z udziałem uczestników kursu i wszystkich zaproszonych gości w obecności przedstawicieli mediów. Podczas uroczystego zakończenia odbędzie się wręczenie certyfikatów ukończenia Międzynarodowego Intensywnego Kursu Onkologii ERASMUS '99. Całość uroczystości uświetni wykład Prof. dr hab. Leona Kieresa, pod tytułem: „Polska w procesach integracji europejskiej”.

Sponsorzy: Biuro Promocji i Współpracy Zagranicznej Urzędu Miasta Wrocławia, Browary Dolnośląskie „Piast”, Telekomunikacja Polska SA, ABB Instal, Hotel GEM, Schering-Plough, Asta Medica, Pharmacia & Ujohn, Medagro, Pliva, Centeon, Roche Polska.

W przerwach pomiędzy wykładami i ćwiczeniami proponujemy uczestnikom wiele imprez towarzyszących, wśród nich wycieczkę po Dolnym Śląsku (Błędne Skały i okolice), zwiedzanie zażytków Wrocławia, wieczór w Piwnicy Świdnickiej.

Nad wartością merytoryczną kursu czuwa Komitet Naukowy pod przewodnictwem prof. dr hab. Jana Kornafela w składzie: prof. dr hab. Janina Bogusławska-

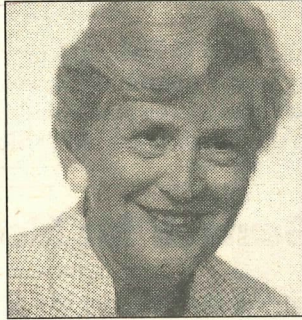
Jaworska, prof. dr hab. Alicja Chybicka, prof. dr hab. Antonina Harłóżńska-Szmyrka, prof. dr hab. Sabina Kotlarek-Haus, prof. dr hab. Krystyna Sawicz-Birkowska, prof. dr hab. Kazimierz Kuliczowski, prof. dr hab. Jerzy Lorenz, prof. dr hab. Andrzej Wall.

Tego typu przedsięwzięcie możliwe było do zrealizowania dzięki pracy Komitetu Organizacyjnego pod kierownictwem prof. dr hab. Alicji Chybickiej w składzie: prof. dr hab. Maria Podolak-Dawidziak, mgr Alina Lewandowska, dr Barbara Ślesak, lek. med. Jadwiga Węclawek-Tompol, dr hab. Dariusz Wołowicz, lek. med. Jarosław Tarkowski, Bogusław Tompol, Ewa Sowińska, Magdalena Mysza, Magdalena Sobas, Anna Urban, Magdalena Wawrzyńska, Paweł Choroszczak, Rafał Plaksej, Krzysztof Szewczyk, Paweł Taciak, Jacek Szczęsny, Radosław Chaber, przy współpracy z Koordynatorem Programu ERASMUS Akademii Medycznej we Wrocławiu - dr hab. Marią Sasiadek oraz z pracownikami Działu Nauki i Współpracy z Zagranicą naszej Uczelni: mgr Marią Białecką-Monsau, mgr Aliną Lewandowską, mgr Wojciechem Pogroszewskim.

Mamy nadzieję, że organizowany przez nas Międzynarodowy Intensywny Kurs Onkologiczny ERASMUS '99 i planowana na rok 2000 druga część kursu będą cieszyć się dużym zainteresowaniem ze strony wykładowców, studentów i lekarzy, oraz środowisk lokalnych, co w przyszłości pozwoli na dalszy rozwój inicjatywy, mających na celu zacieśnienie współpracy pomiędzy uczelniami wyższymi w Polsce i w krajach Wspólnoty Europejskiej.

Wszystkich zainteresowanych Międzynarodowym Intensywnym Kursem Onkologicznym ERASMUS kierujemy pod adres: <http://www.erasmus.w.pl>, erasmus.w.pl lub prosimy o osobisty kontakt z: prof. dr hab. Alicją Chybicką w Klinice Hematologii i Chorób Rozrostowych Dzieci AM we Wrocławiu ul. Bujwida 44 50-345 Wrocław tel/fax: (071) 328-20-40. W imieniu Komitetu Organizacyjnego ERASMUS '99 Jadwiga Węclawek-Tompol

Wspomnienie o doktor Irenie Kaszubskiej-Polkowskiej



Dwa lata temu, kiedy mieszkańcy Wrocławia walczyli z powodzią i jej skutkami, 16 lipca 1997 roku zmarła dr n. med. Irena Kaszubska-Polkowska. Odeszła nagle, do ostatnich chwil swojego życia walcząc z nieuleczalną chorobą.

Urodziła się w 1922 roku w Błagowieszczeńsku. W 1924 roku wraz z rodzicami powróciła do Polski. Mieszkała w Brześciu nad Bugiem, gdzie ojciec mgr farmacji prowadził aptekę. Po wybuchu II wojny światowej, w październiku 1939 roku przedostała się do Warszawy i zdała na tajnych kompletach maturę. 18 października 1941 roku rozpoczęła studia lekarskie na tajnych kompletach organizowanych przez Uniwersytet Poznański. Przez czas pobytu w Warszawie działała w AK i walczyła w powstaniu warszawskim. W czasie wojny straciła swojego jedynego ukochanego brata. Od kwietnia 1945 roku kontynuowała studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu, ukończyła je w 1946 roku. Od stycznia 1947 roku pracowa-

ła we Wrocławiu, początkowo w Katedrze Dentystyki Zachowawczej Uniwersytetu i Politechniki Wrocławskiej, od 1 października 1949 roku jako wolontariusz w I Katedrze i Klinice Pediatricznej, a od 15 czerwca 1950 roku jako młodszy asystent II Katedry i Kliniki Pediatricznej Akademii Medycznej we Wrocławiu. W 1964 roku obroniła pracę doktorską na temat „Badanie kreatyny i kreatyniny w surowicy krwi i w moczu u niemowląt dystroficznych”, której promotorem był prof. dr hab. T. K. Nowakowski. Była autorem ponad 30 prac naukowych.

Dr Irena Kaszubska-Polkowska była wieloletnim ordynatorem w Klinice, adiunktem do spraw dydaktycznych. Z wielką pasją i poświęceniem zajmowała się sprawami nauczania studentów. Była znanym i cenionym pediatrą środowiska artystycznego i opozycyjnego. Jej mąż Andrzej Polkowski był znanym aktorem teatralnym i filmowym. Przez wiele lat była konsultantem oddziałów dziecięcych w Środzku Śląskiej i Żabkowicach Śląskich. Była aktywnym członkiem Polskiego Towarzystwa Pediatricznego, skarbnikiem Oddziału Dolnośląskiego PTP. Brała czynny udział w pracach organizacyjnych dwu Ogólnopolskich Zjazdów Pediatrów, które odbyły się we Wrocławiu.

Dr Irena Kaszubska-Polkowska wyszkoliła wielu studentów i nauczyła zawodu

wielu lekarzy pediatrów. Na emeryturze nadal pracowała w niepełnym wymiarze godzin. Była kierownikiem Poradni Wad Metabolicznych dla Dzieci, ściśle współpracowała z Kliniką, interesowała się jej życiem i pracą naukową. Brała czynny udział w zebrańach naukowo-szkoleniowych Kliniki, Instytutu Matki i Dziecka oraz Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Była postacią niezwykłą, o wielkich zdolnościach organizacyjnych, pełną energii i zdecydowaną w działaniu. Pracowała ciężko i z wielką pasją od najmłodszych lat. O każdej porze dnia i nocy służyła swoją wiedzą i pomocą chorym dzieciom. Leczyła z wielkim poświęceniem i narażeniem własnego zdrowia np. w czasie epidemii ospy i innych epidemii we Wrocławiu. Jej drugą wielką pasją była rodzina, ta najbliższa i ta szersza z krewnymi i powinowatymi. Miała żywiołową, spontaniczną potrzebę przydatności i pomocy ludziom, bez względu na ich przekonania polityczne. Reagowała na każdy przejaw bezprawia, spiesząc z pomocą i wielką życzliwością. Nie należała do organizacji partyjnych.

Dr Irena Kaszubska-Polkowska pozostanie w pamięci jako człowiek szlachetny, wielkiego serca i charakteru, życzliwy, pełen wiary i nadziei w sprawiedliwą przyszłość. Taką pozostanie na zawsze w naszej pamięci.

Franciszek Iwańczak

Dr Jerzy Grabarek Wspomnienie pośmiertne



Przyjechali tylko na dwa lata, a pozostali na całe dorosłe życie.

Lata jego życia były wypełnione pracą i kształceniem (drugi stopień specjalizacji z chirurgii). W latach 1971/1972 pełnił funkcję dyrektora szpitala, następnie zastępcy dyrektora ds. lecznictwa aż do 31.03.1991 r., gdy przeszedł na emeryturę.

Odznaczony za pracę zawodową i społeczną: Brązowym Krzyżem Zasługi w 1976 r., Medalem za wzorową pracę w Służbie Zdrowia w 1984 r., Medalem „Zasłużony dla miasta Zgorzelca” w 1985 r., Medalem „Za Zasługi dla Obronności Kraju”, Złotym Krzyżem Zasługi w 1986 r.

Był współzałożycielem i sekretarzem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

przy Zespole Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu.

Inicjator, założyciel i pierwszy członek NSZZ „Solidarność” przy Szpitalu Rejonowym w Zgorzelcu.

Nauczyciel i wychowawca wielu pokoleń młodych lekarzy.

Po śmierci ukochanej żony Heleny nie znalazł sił, by się podnieść po tak ciężkim doświadczeniu życiowym.

Ze smutkiem pożegnaliśmy naszego drogiego kolegę, odpowiedzialnego lekarza, pogodnego ducha człowieka.

Zawsze pozostaje aktualne przesłanie księdza Twardowskiego - „Spieszmy się kochać ludzi, bo tak szybko odchodzą”.

Przewodniczący
Terenowego Koła DIL
w Zgorzelcu
lek. med. Lucjan Ilnicki

7 lipca 1999 roku zmarła

w wieku 66 lat
lek. stom. IWONA

PIENKOWSKA-MANKIEWICZ

o czym zawiadamia rodzina i koleżanki
z VII grupy stomatologicznej

Dnia 17.08.1999 roku zmarła we Wrocławiu

BARBARA

BANASZKIEWICZ-KOSTOWSKA
LEKARZ PSYCHIATRA

urodzona 16.01.1932 roku w Kaliszu.

Msza św. w Jej intencji została odprawiona w sobotę 21.08.1999 roku rano, w kościele p.w. św. Maurycego we Wrocławiu. Pożegnaliśmy Ją w południe na Cmentarzu Kiełczowskim.

Dnia 23.08.1999 roku w Kaliszu, po mszy św. w kościele p.w. św. Gotarda, Jej prochy zostały złożone w grobowcu rodzinnym Banaszkieviczów na Zagorzynku.

Andrzej, Jakub i Tomasz Kostowscy

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 24 sierpnia 1999 roku zmarła
lekarz medycyny, radioterapeuta-
onkolog

BEATA ANNA KUBIŚ

koleżanki i koledzy z Dolnośląskiego
Centrum Onkologii we Wrocławiu

Ogłoszenie o konkursie ofert

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne Dyrekcja SP ZOZ w Sycowie, ul. Świerczewskiego 2, ogłasza konkurs na świadczenia zdrowotne: w zakresie pełnienia dyżurów zakładowych w następujących oddziałach Szpitala w Sycowie:

- Oddział Internistyczny
- Oddział Dziecięcy i Noworodkowy
- Oddział Chirurgiczny
- Dział Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej
- Oddział Ginekologiczno-Położniczy
- Dział Pomocy Doraźnej (Pogotowie)

Umowa na świadczenia zdrowotne w przedmiocie pełnienia dyżurów zakładowych zostanie zawarta na okres: od 1.10.1999 r. do 31.12.1999 r.

Szczegółowe warunki konkursu i materiały informacyjne można uzyskać codziennie w SP ZOZ w Sycowie, ul. Świerczewskiego 2, pok. nr 98 II piętro w godzinach: 10.00 - 14.00.

Oferty w formie pisemnej należy składać w zamkniętej kopercie z dopiskiem: „Konkurs na świadczenia zdrowotne w zakresie pełnienia dyżurów zakładowych” do dnia 17 września 1999 r. w pok. nr 98 w SP ZOZ w Sycowie, ul. Świerczewskiego 2, 56-500 Syców. Oferta powinna zawierać dane oferenta zgodne z Rozp. MZIOS z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

Rozstrzygnięcie konkursu ofert odbędzie się w siedzibie SP ZOZ Syców po 20 września 1999 r.

Dyrektor SP ZOZ w Sycowie zastrzega sobie prawo odwołania konkursu bez podania przyczyny.

Ewentualne skargi i protesty dotyczące konkursu należy składać pisemnie w siedzibie SP ZOZ w Sycowie, ul. Świerczewskiego 2, pok. nr 98.

Termin związania z ofertą określa się na dzień: 17.09.99 r.

*Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Sycowie
lek. Jarosław Gietzak*

Podziękowanie

Serdeczne podziękowanie dla dr. Andrzeja Pawluka za jego opiekę podczas mojej ciąży, za zrozumienie moich wszystkich problemów, smutków, za odpowiedzi na trudne pytania, za dobre słowo, życzliwość i fachową lekarską poradę, a szczególnie za to, że pomógł przyjść na świat mojemu synkowi. Cieszę się, że to właśnie dr Pawluk był moim opiekunem w tak radosnym i doniosłym okresie mojego życia i dlatego z całego serca za to Mu bardzo dziękuję.

Katarzyna Cieślińska

**Katedra i Klinika Chorób Płuc,
Nowotworów i Gruźlicy w Bydgoszczy
ogłasza konkurs dla lekarzy z II stopniem
specjalizacji w chorobach płuc
na stanowisko asystenta Kliniki.**

Klinika dysponuje mieszkaniem.

Oferty wraz z danymi osobowymi proszę nadsyłać na adres kierownika Kliniki:
prof. AM dr hab. med. Anna Słowik-Gabryelska

Deutsch für Mediziner

W siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ul. Matejki 6 (sala klubowa) prowadzone będą kursy języka niemieckiego dla środowiska medycznego w terminie od 1.10.1999 do 20.01.2000 z dwutygodniową przerwą świąteczną. Kursy odbywać się będą trzy razy w tygodniu - poniedziałek, środa, piątek w godz. od 18.00 do 21.00.

Ostateczny plan godzinowy kursu do uzgodnienia z zainteresowanymi osobami.

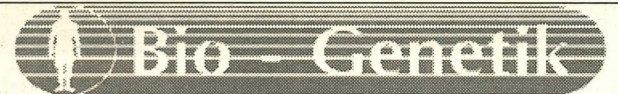
Odpłatność za cały kurs 500 zł.

Zgłoszenia należy kierować do 30.09 br. - sekretariat Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, tel. 322-50-56 do 57.

Prowadzący zajęcia lek. stom. Marian Post
Uniwersytet Colonia / AM Wrocław

**LABORATORIUM
PROTETYKI
STOMATOLOGICZNEJ
„ARCH - DENT”**

zaprasza do współpracy w
zakresie koron i mostów
wykonywanych w porcelanie
w godzinach 9.00 - 22.00
ul. Sępia 9 Wrocław
tel./fax
(071) 361-14-56

**Zakład Genetyki Molekularnej**

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Laboratorium we Wrocławiu

ul. Długosza 68, tel. (071) 372-75-10

Uprzejmie informujemy, iż od początku 1999 r. rozszerzony został zakres wykonywanych przez nas badań diagnostycznych mikroorganizmów chorobotwórczych. Obecnie diagnostyka oparta na metodach biologii molekularnej stosowana w naszym laboratorium pozwala na szybkie zdiagnozowanie infekcji:

układu oddechowego

- *Mycobacterium tuberculosis*
- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Chlamydia pneumoniae*
- *Legionella pneumophila*

układu moczowo-płciowego

- *Chlamydia trachomatis*
- HPV-16, -18, -33 - wirusy Papilloma
- *Leptospira species*
- *Ureaplasma urealyticum*

a także

- *Borrelia burgdorferi*
- *Toxoplasma gondii*
- CMV - Cytomegalovirus

Wyniki badań odbierane są na drugi dzień.

Informacja pod nr tel. 3727510.

Próbki ze szpitali, klinik i przychodni prosimy przesyłać do godz. 12.00. Pacjentów indywidualnych zapraszamy w godzinach 9.00 do 16.00.



**WZROK S.A.
Zakład Mikrochirurgii Oka**

58-580 Szklarska Poręba, Osiedle Podgórze 13
tel. (075) 717 25 39, tel./fax (075) 717 33 39

**Zatrudnimy lekarzy – okulistów z minimum
pierwszym stopniem specjalizacji.**

Oferujemy interesującą pracę w doskonale wyposażonym niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej oraz możliwość poznania i stosowania nowoczesnych metod mikrochirurgii oka.

Prosimy o składanie pisemnych ofert.

Dodatkowych informacji udzieli telefonicznie Prezes Zarządu lub Dyrektor Handlowy — tel. (068) 327 18 72, (068) 324 48 61.

Zamienię kwaterunkowe, 63 m kw., 4 pokoje, Huby,
na dwa - 1- i 2-pokojowe, możliwe okolice Wrocławia.
Tel. 336-01-57.

**KONKURS
STULECIA**

**WYGRAJ SAMOCHÓD SERII „100”
i 10 100 innych, jubileuszowych nagród!**

Szukaj KARTY STULECIA
w Magazynie Gazety Wyborczej!

Konkurs trwa od 17.09. do 17.10.1999 r.
Losowanie nagród głównych: 28.10.1999 r.

OPEL. CZASEM MARZENIA SIĘ SPEŁNIAJĄ.

100
100 lat firmy Opel.

UPUST DLA LEKARZY 6,5%

ZAPRASZAMY

OPEL

Legnica - Rzeszotary
ul. Legnicka 1
salon (076) 856-04-58
serwis (076) 862-37-77
części (076) 862-37-71

P. H. „UNIMO”

Lubin, ul. Ścinawska 49
tel./fax (076) 844-25-65
salon

KARTA STULECIA



100
100 lat firmy Opel.

OPEL

OGŁOSZENIA DROBNE

Zachodnie unity stomatologiczne „z drugiej ręki” z gwarancją i serwisem. Wrocław, ul. Sarbinowska 19, tel. (071) 373-78-70, GSM 0 601 72-40-32, Nysa tel. (077) 33-44-54.

Stomatologia, protetyka, kompletne gabinety używane - (071) 372-73-14, 0 601 76-11-25, 0 601 72-73-14.

Gabinet laryngologiczny, wizyty domowe, elektronystagmografia (badanie błędników). Umowa z Kasą Chorych na refundację świadczeń. Angielski - tłumaczenia. Specjalista otolaryngolog Maria Nodzyńska. Wrocław, Rapackiego 7, tel. 339-88-49, 0 602 38-76-93.

Sprzedam używany unit stomatologiczny produkcji włoskiej Eurodent. Stan dobry, tel. 0 602 24-01-56. Cena do uzgodnienia.

Do wynajęcia gabinet lekarski w centrum miasta - 0 601 77-36-85.

Odnajmę gabinet stomatologiczny stomatologowi przy ul. Kwiskiej róg Legnickiej - 353-48-39.

Slajdy medyczne profesjonalnie, ekspresowo wykonuję, tel. 327-67-67.

Wynajmę gabinet stomatologiczny w centrum Wrocławia dla lekarza prywatnie praktykującego lub chcącego podpisać umowę z Kasą Chorych (tel. 32-49-751 po 20.00).

Wynajmę gabinet lekarski w centrum Wrocławia dla lekarza (najchętniej okulisty z kooperacją z punktem optycznym) - tel. 32-49-751 po 20.00.

Wynajmę komfortowy lokal usługowy na sklep medyczny (zielański) w centrum Wrocławia (tel. 32-49-751 po 20.00).

W pełni wyposażony gabinet stomatologiczny w niepublicznym ZOZ-ie wydzierżawie - 322-47-59, 0601 47-97-46.

Sprzedam unit stomatologiczny RITTER „PRACTODENT”, cena 4000 zł. Tel. (071) 328-49-19, wieczorem.

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Zarządu Służby Zdrowia MSWiA we Wrocławiu ul. Ołbińska 32 pilnie zatrudni ANESTEZJOLOGA z minimum I st. specjalizacji. Warunki pracy do omówienia z ordynatorem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, tel. (071) 40-46-21, 40-42-86, 40-42-92.

Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Ambulatoryjnego w Krzelowie zatrudni na bardzo korzystnych warunkach lekarzy INTERNISTÓW w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Wińsku, Krzelowie i Głębolicach. Możliwe zatrudnienie lekarza INTERNISTY i PEDIATRY. Zapewniam mieszkanie w Ośrodku Zdrowia w Głębolicach i ładne mieszkanie 3-pokojowe na terenie gminy Wińsko.

Krzelow 49, dr Mieczysław Stembalski, tel. (071) 389-91-81, 389-93-93.

Zatrudnię lekarzy STOMATOLOGÓW - Gabinety Stomatologiczne „DAVIDENT”, Wrocław, pl. Teatralny 1/2A, tel. 34-336-56.

Zatrudnię lekarza STOMATOLOGA, warunki pracy do uzgodnienia, tel. 0501 72-13-35, 347-68-44 po godz. 20.00.

Zatrudnię lekarzy STOMATOLOGÓW, tel. 328-99-58, 322-13-20.

Zatrudnię na etat w niepublicznym ZOZ-ie we Wrocławiu OKULISTĘ i NEUROLOGA, TEL. 322-47-59.

Zatrudnię lekarzy SPECJALISTÓW w prywatnej praktyce, tel. 34-338-66, 0602 255-145.

Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej „AR-Vita” Usługi Medyczne w Świdnicy zatrudni na dogodnych warunkach dwóch lekarzy INTERNISTÓW lub specjalizujących się w internie, jako lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Tel. (074) 53-82-82; wieczorem (074) 52-11-17.

Niepubliczny ZOZ Centrum Stomatologiczne w Bolesławcu zatrudni 2 młodych, ambitnych lekarzy STOMATOLOGÓW. Doskonałe warunki pracy. Tel. (075) 732-28-69.

Gminna Przychodnia Zdrowia w Legnickim Polu pilnie zatrudni lekarza PEDIATRĘ lub lekarza RODZINNEGO w pełnym wymiarze czasu pracy. Przychodnia proponuje dobre warunki wynagrodzenia, nie zapewnia jednak mieszkania. Zainteresowanych pracą w Przychodni prosimy o kontakt osobisty z kierownikiem placówki lub telefonicznie: 59-241 Legnickie Pole, ul. Kosmy Damiana Asama 5, telefon 858-23-81.

Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu zatrudni: - 3 lekarzy ANESTEZJOLOGÓW w Oddziale Intensywnej Terapii i Reanimacji lub chcących się specjalizować w tej dziedzinie. Możliwość wykupienia 1 mieszkania w Bolesławcu, po preferencyjnych cenach, dla anestezjologa z II stopniem specjalizacji (mile widziane małżeństwo lekarskie); - 1 LEKARZA po stażu w Dziale Pomocy Doraźnej - zespół wyjazdowy;

- 1 LEKARZA w Wiejskim Ośrodku Zdrowia (2000 mieszkańców), w budynku ośrodka 2-pokojowe mieszkanie służbowe.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu, ul. Jeleniogórska 4, 59-700 Bolesławiec, tel. (075) 732-36-86, tel./fax (075) 732-26-99.

Dyrekcja Wojewódzkiego Zespołu Szpitalno-Sanatoryjnego Chorób Płuc w Obornikach Śląskich zatrudni w Poradni Specjalistycznej w Obornikach Śląskich następujących lekarzy specjalistów: ONKOLOGA, PSYCHIATRĘ oraz specjalistę REHABILITACJI. Bliższe informacje telefon: 310-23-32.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Bystrzycy Kłodzkiej zatrudni lekarza INTERNISTĘ. Warunki pracy i płacy do omówienia na miejscu. ZOZ w Bystrzycy Kłodzkiej, ul. Międzyłęśna 3, 57-500 Bystrzyca Kłodzka, tel. 110-473, 111-636.

Zatrudnię lekarza STOMATOLOGA w gabinecie prywatnym w Złotoryi, tel. (076) 87-82-770, (076) 87-85-770.

Zakład Karny w Kłodzku zatrudni lekarza INTERNISTĘ (minimum I stopień specjalizacji) w pełnym wymiarze czasu pracy - jako pracownika cywilnego Służby Więziennej. Mieszkania nie zapewniamy. Telefon kontaktowy - (074) 67-21-57 wew. 34.

Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu przy ul. Dobrzyńskiej 21/23 zatrudni lekarza specjalistę II stopnia w zakresie CHOROBY WENĘTRZNYCH w Poradni Endokrynologicznej. Preferowana otwarta specjalizacja w dziedzinie endokrynologii. Zgłoszenia w Dziale Kadr pok. 519 tel. 344-28-30 do 39 lub 344-89-84.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Łądku Zdroju zatrudni w charakterze konsultantów: DIABETOLOGA, ONKOLOGA, ANGIOLOGA, OKULISTĘ oraz lekarzy INTERNISTÓW do POZ, GASTROENTEROLOGA.

Oferty prosimy kierować na adres: Zespół Opieki Zdrowotnej w Łądku Zdroju, ul. Kłodzka 33, 57-540 Łądek Zdrój; tel./fax (074) 146-367.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu ul. Traugutta 116 zatrudni od zaraz lekarza specjalistę II stopnia z zakresu ORTOPEDII i TRAUMATOLOGII w pełnym wymiarze godzin. Informacje odnośnie do zatrudnienia i uposażenia zainteresowani mogą otrzymać w Dziale Spraw Osobowych Szpitala - tel. 342-70-21 w. 384, 252. Szpital nie oferuje mieszkania.

Zatrudnimy w NZOZ lekarza STOMATOLOGA na pełnym etacie oraz asystentkę stomatologiczną. Tel. (071) 367-38-31 od 14.00 oraz 0602 79-40-29.

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świebodzicach zatrudni od zaraz 3 lekarzy INTERNISTÓW z I lub II stopniem specjalizacji. Szczegóły dotyczące zatrudnienia pod nr. telefonu: (074) 854-15-61 w. 23 lub 24.

Dyrektor SZPZOZ Bierutów przyjmie do pracy małżeństwo: - lekarz GINEKOLOG i PEDIATRA - lekarz INTERNISTA i PEDIATRA - lub dwóch PEDIATRÓW wymagany minimum I stopień specjalizacji. Mieszkanie komfortowe do zasiedlenia od zaraz. Telefon (071) 398-94-43.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sycowie zatrudni: lekarzy RODZINNYCH, lekarzy INTERNISTÓW, lekarzy OGÓLNYCH.

Oferty należy składać na adres: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, 56-500 Syców, ul. Świerczewskiego 2.

Do ofert należy dołączyć:

1. Dyplom ukończenia Akademii Medycznej.
 2. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu.
 3. Zaświadczenie o posiadanej specjalizacji.
 4. Opis przebiegu pracy zawodowej.
- Oferujemy korzystne warunki płacowe.

Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Ambulatoryjnego w Miliczu, ul. Trzebnicka 2, pilnie zatrudni lekarza PEDIATRĘ do pracy w Poradni dla Dzieci w Miliczu. Warunki mieszkaniowe do omówienia na miejscu. Telefon kontaktowy - (071) 38-40-572.

Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy w Wałbrzychu zatrudni lekarza PEDIATRĘ z I lub II stopniem specjalizacji. Szczegóły dotyczące zatrudnienia pod nr. tel. (074) 84230-31 wew. 289.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Sieniawce k. Bogatyni zatrudni od zaraz 2 lekarzy PSYCHIATRÓW. Zapewniamy mieszkanie rodzinne oraz korzystne warunki płacowe. Oferty można składać korespondencyjnie lub osobiście na adres: 59-921 SIENIAWKA, ul. Rolnicza 25.

DAM PRACĘ

Odcinek dla wpłacającego

Odcinek dla posiadacza rachunku

Odcinek dla poczty

Electronic, Medical & Dental
Sophisticated
Equipment**ELMEDES**mgr inż. Andrzej Białek
tel./fax 57-98-74
ul. Stanów Zjednoczonych 35
54-403 WrocławOferuje na dogodnych
warunkach płatnościszwedzkie unity stomatologiczne
Anatom i Cacan z narzędziami
japońskimi- 12 miesięcy gwarancji
- serwis gwarancyjny i pogwarancyjny* miniautoklawy
Prestige Medical

SZUKAM PRACY

Lekarz medycyny z I stopniem specjalizacji z ginekologii i położnictwa poszukuje pracy we Wrocławiu lub okolicy. Tel. kontaktowy 367-59-59 w godzinach 17.00 - 21.00

Pediatra, specjalista medycyny rodzinnej, podejmie pracę, chętnie w praktyce lekarza rodzinnego. Mieszkanie mile widziane. Kontakt: tel. kom. 0 604 897-597.

Pediatra ze specjalizacją II stopnia podejmie dodatkową pracę po godz. 15.00 na terenie Wrocławia lub okolic. Tel. (071) 373-95-48.

Specjalista chorób dziecięcych przystąpi do grupowej praktyki lekarskiej na terenie Wrocławia lub okolic. Oferty pod tel. (071) 373-95-48.

Podejmę współpracę z lekarzami stomatologami w zakresie chirurgii stomatologicznej, parodontologii, implantologii, tel. 364-48-09, 0 601 72-43-13.

Lekarka kończąca staż podyplomowy we wrześniu 1999 szuka pracy, najchętniej z możliwością specjalizacji w specjalnościach niezabiegowych. Adres: LEK. MED. STAŻYSTA, ul. Inowrocławska 3/4, tel. 355-99-93.

Lekarz z doświadczeniem z medycyny alternatywnej poprowadzi lub założy oddział rehabilitacji onkologicznej lub oddział alternatywnego leczenia nowotworów z odnową psychobiologiczną, albo alternatywnego leczenia chorób układu krążenia, reumatycznych i schorzeń kręgosłupa. Kontakt tel. 0 603 87-16-15 po 13.00.

Specjalista neurolog podejmie pracę; tel. (071) 361-43-73.

Technik analityki medycznej z jedenastoletnim stażem poszukuje pracy ze względu na zmianę miejsca zamieszkania. Możliwość pracy na wszystkich stanowiskach laboratoryjnych. Dotychczasowa praca - laboratorium szpitala klinicznego. Tel. (071) 361-50-11.

Lekarka, I stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej, poszukuje pracy z możliwością kontynuacji specjalizacji. Oferuję sumienność, pracowitość, odpowiedzialność, łatwość nawiązywania kontaktów z pacjentami i współpracownikami, stałą chęć dokształcania się, znajomość języka angielskiego (staż w szpitalu w USA). Kontakt tel.: (067) 215-30-09, 0 602 371-094.

Specjalista II stopnia z chorób wewnętrznych i diabetolog podejmie pracę - współpracę; Wrocław i okolicę. Tel. (071) 373-67-02.

Lekarka kończąca staż podyplomowy z końcem września 1999 r. szuka pracy z możliwością specjalizacji w dziedzinach: medycyna rodzinna, interna, anestezjologia - najchętniej na terenie Wrocławia lub okolic. Adres: LEK. MED. STAŻYSTA, ul. Baczyńskiego 4, 51-122 Wrocław, tel. 0602 46-29-96 między godz. 20.00 a 22.00.

Lekarka kończąca staż podyplomowy poszukuje pracy w firmie farmaceutycznej w pełnym wymiarze godzin lub na 1/2 etatu. Adres: LEK. MED. STAŻYSTA, ul. Baczyńskiego 4, 51-122 Wrocław, tel. 0602 46-29-96 między godz. 20.00 a 22.00.

Biuro DIL

50-333 Wrocław ul. J. Matejki 6
tel. 322-50-56, 322-50-57, 322-50-58,
fax 322-48-44
Konto BGŻ S.A. O/Wrocław
20302081-9537-2706-11

Dyrektor
mgr Danuta Jarosz

Sekretariat
Renata Czajka
mgr Agnieszka Jamrozak
Patrycja Malec
mgr Małgorzata Sieroń
Lucyna Soluch
Referat ubezpieczeń
Agnieszka Waszak
Elżbieta Słomiana

Ewidencja
Agata Gajewska
Ewa Galińska
Beata Kołodziejczyk
Krystyna Popiel
Irena Skrabka

Radca prawny
mgr Beata Kozyra-Lukasiak
poniedziałek-wtorek
13.00-15.00
Referat ekonomiczno-prawny
mgr Monika Huber

Główna księgową
Karolina Dembińska
mgr Joanna Mańturzyk - księgową
Kasjerka
Elżbieta Chmiel
poniedziałek-piątek
8.00-9.30 11.00-15.00

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskej
Barbara Nuckowska
konto Kasy Pomocy Koleżeńskej
BGŻ S.A. o/Wrocław
20302081-83928-2706-11

Sekretariat Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Sądu Lekarskiego
mgr Aleksandra Dziuba
mgr Jolanta Sułkowska

Kierownik Klubu Lekarzy „REMEDIUM”
Andrzej Najborowski

Filie biura w delegaturach
Jelenia Góra
ul. Sobieszowska 8
58-500 Jelenia Góra - Cieplice
tel. (075) 75520-43
Irena Kubica
poniedziałek, wtorek, piątek
10.00-13.00
środa-czwartek 12.00-16.00
pełnomocnik DIL Aldona Białas
tel. (075) 75-22-141
Wałbrzych
al. Wyzwolenia 22
58-300 Wałbrzych tel. (074) 84-261-20
Ilona Mazur-Homeniuk
poniedziałek-piątek 8.00-15.00
pełnomocnik DIL Jan Adamus

Legnica
pl. Słowiański 1
59-220 Legnica tel. (076) 86-285-76
Krystyna Krupa
poniedziałek-piątek 8.00-15.00
pełnomocnik DIL
Artur Kwaśniewski
w czwartki pełnomocnicy i pracownicy delegatur przebywają w siedzibie DIL we Wrocławiu
radca prawny Liliana Konopka
pon. - środa 12.00 - 13.00
piątek 14.00 - 15.00

Adres internetowy redakcji - E-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl

Roczna prenumerata „Medium” (11 numerów) 38 zł

TERMINY DYŻURÓW

Przewodniczący
Włodzimierz Bednorz
(wtorek 13.00 - 15.00)
Zastępcy przewodniczącego
Józef Lula
(środa, czwartek 12.00 - 14.00)
Bolesław Simon
(czwartek 10.00 - 15.00)
Andrzej Wojnar
(wtorek 12.30 - 16.00, czwartek 12.30 - 16.00)
Sekretarz
Wojciech Firkowski
(wtorek 12.00 - 14.00, czwartek 8.30 - 10.30)
Zastępca Sekretarza
Alicja Niepołomska
(czwartek 9.00 - 10.30)
Skarbnik
Andrzej Szmid
(poniedziałek 13.00 - 14.30, czwartek 11.00 - 14.00)
Przewodniczący sądu lekarskiego
Tadeusz Kowalski
(czwartek 13.30 - 14.30)
Rzecznik odpowiedzialności zawodowej
Jerzy Szkarłat
I zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej
Kazimiera Milan
(środa 12.30 - 13.30)
Komisja ds. Rejestracji Lekarzy
Włodzimierz Bednorz
Komisja Wyborcza
Andrzej Wojnar
Komisja Rewizyjna
Jarosław Terpiński
(trzeci wtorek miesiąca 10.00)
Przewodniczący komisji problemowych:
Komisja Etyki
Krystyna Kochman
(ostatni wtorek miesiąca 14.00 - 15.00)
Komisja Skarg i Wniosków
Maciej Zarawski
(czwartek po posiedzeniu Rady)

Komisja Finansowa
Andrzej Gawlik
(co drugi czwartek miesiąca - 10.30 - 11.30)
Komisja Kształcenia
Wanda Poradowska-Jeszke
(środa 13.00 - 14.00)
Komisja Legislacyjna
Janina Kasprzak-Wójtowicz
(środa 13.00 - 14.00)
Komisja Socjalna
Teresa Agopsowicz-Olipra
(pierwszy piątek miesiąca 13.00 - 14.00)
Komisja Stomatologiczna
Bolesław Simon
(czwartek 10.00 - 15.00)
Komisja ds. Reformy, Współpracy z Samorządem Terytorialnym i Prywatyzacji
Ryszard Łopuch
(poniedziałek 12.00 - 14.00)
Komisja Współpracy z Zagranicą
Dorota Radziszewska
(wtorek 14.00)
Zebrania Komisji w trzeci wtorek miesiąca
Komisja ds. Rejestracji Indywidualnych Praktyk Lekarskich
Józef Lula
(środa, czwartek 12.00 - 14.00)

Posiedzenia Zarządu Koła Lekarzy Seniorów odbywają się w ostatni piątek miesiąca o godz. 9.00. Zebrania ogólne - w ostatni piątek miesiąca o godz. 10.00. Grupa Lekarek Dolnośląskich MWIA spotyka się raz w miesiącu, we wtorek o godz. 13.00, przed posiedzeniem Komisji Współpracy z Zagranicą.

Oplaty ubezpieczenia OC wnosimy na konto DIL w Banku Ochrony Środowiska we Wrocławiu nr 15401030-536075-27006-00 Dolnośląska Izba Lekarska Wrocław - ubezpieczenie „Fortuna”

Dolnośląska Izba Lekarska z siedzibą we Wrocławiu uprzejmie informuje o możliwości zamieszczenia w naszym „Medium” informacji dotyczących:

leków, przetworów galenowych, preparatów ziołowych, aparatury medycznej, sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego, środków opatrunkowych, komputerów, konkursów na ordynatorów i dyrektorów, i wszelkich innych związanych z lecznictwem.
„Medium” ukazuje się co miesiąc i wysyłane jest na adres domowy do około 10 600 lekarzy z województwa dolnośląskiego.

AKTUALNY CENNIK

1. Ogłoszenia drobne - 1 zł za słowo (płatne z góry)
2. Ogłoszenia duże:

FORMAT (strona)	KOLOR PODSTAWOWY	PEŁNY KOLOR 1, 3, 6, 7, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 22, 24	PEŁNY KOLOR Zewnętrzna okładka
1 = 40 modułów	1920 zł	2860 zł	-----
1/2 = 20 modułów	960 zł	1430 zł	1720 zł
1/4 = 10 modułów	480 zł	715 zł	860 zł
1/8 = 6 modułów	288 zł	429 zł	516 zł
1/16 = 3 moduły	144 zł	214,5 zł	258 zł
1 moduł (4x5 cm)	48 zł	71,5 zł	86 zł

UWAGA!!!
Ogłoszenia o pracy oraz informacje o konferencjach, sympozjach, spotkaniach naukowych tylko dla towarzystw i instytucji naukowych zamieszczamy bezpłatnie. Istnieje możliwość indywidualnego negocjowania cen.
Prosimy, aby ogłoszenia informujące o terminach spotkań, posiedzeń itp. dostarczać redakcji 2 miesiące przed ich terminem. Gwarantujemy wówczas, że ogłoszenie dotrze odpowiednio wcześniej do wszystkich zainteresowanych lekarzy.

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska

50-333 Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 322-50-56, 322-50-57, 322-50-58, redakcja: 372-10-43

Konto BGŻ S.A. O/Wrocław 20302081-9537-2706-11

Redakcja: Elżbieta Pomorska - redaktor naczelny,

Włodzimierz Bednorz, Andrzej Wojnar, Maria Gluzińska, Anna Kurzyca - korekta, Krzysztof Drobiński - opracowanie graficzne, skład i łamanie, stałe współpracują: Jerzy B. Kos, prof. Waław Kornaszewski, Emil Mikulski.

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adiuścacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 20 września 1999 r.

Druk: SŁOWO-DRUK Ltd., 51-501 Wrocław, ul. Swojczycka 38e, tel/fax: 348-72-90

