



BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WROCLAW

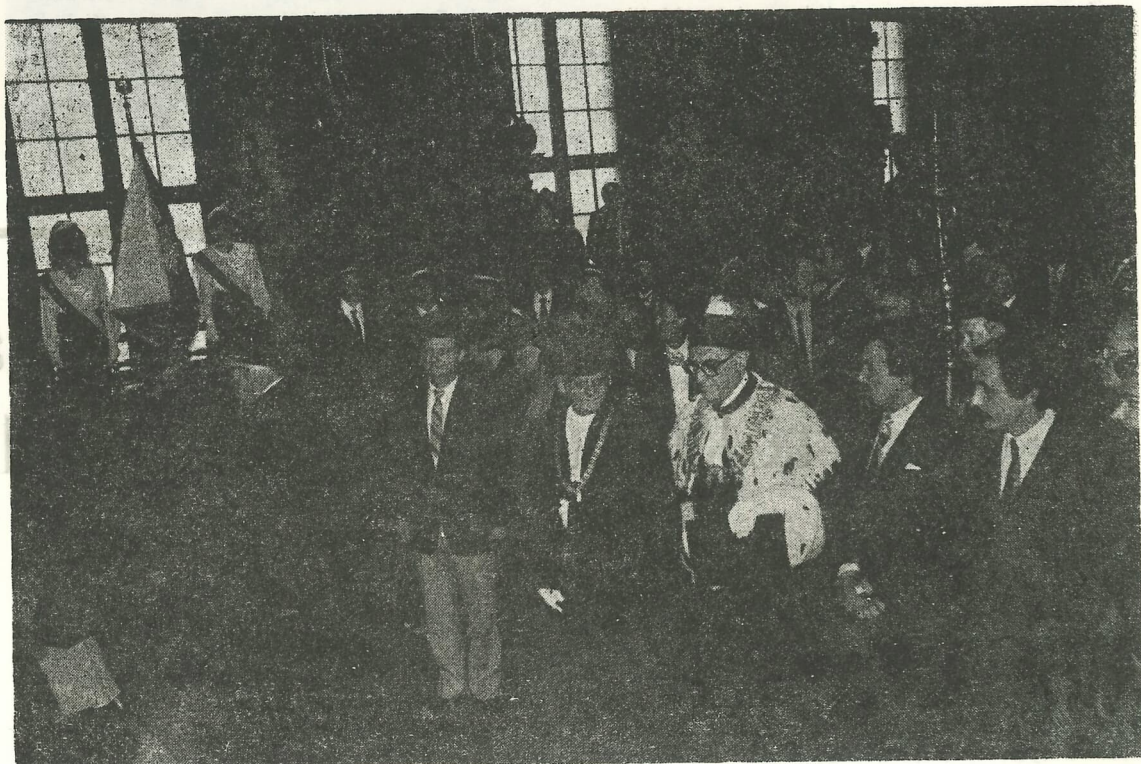
PAŹDZIERNIK 1991

Nr 10(18)

Wspaniała inauguracja roku akademickiego 1991/92 Akademii Medycznej we Wrocławiu

W okresie 33 lat pracy na Akademii Medycznej we Wrocławiu uczestniczyłem w kilkudziesięciu uroczystościach uczelni (inauguracje, jubileusze i in.). Ta ostatnia, z trzeciego października 1991 r., przerosła — według mnie — wszystkie poprzednie.

Zgodnie z programem, o godz. 11.00, w wypełnionej po brzegi wspaniałej Auli Leopoldinum, reprezentacyjnej sali Uniwersytetu Wrocławskiego, rozległy się dźwięki orkiestry zapowiadające wkroczenie Majestatu. Zgromadzeni powstali z miejsc. Po chwili wkroczył poczet sztandarowy, a za nim, jak zwykle: nauczyciele i władze uczelni. Ten uroczysty pochód, zgodnie z tradycją, kończył J.M. prof. dr hab. Zbigniew Knapik w towarzystwie przystępujących do promocji tytułu „doctor honoris causa” prof. prof.: Eberharda Sonnabenda i Allana Jacobsa. Sprawnie przebiegło zajmowanie miejsc, zgodnie z pozycjami we władzach Uczelni. Jego Magnificencja uroczyste otworzył rok akademicki witając zaproszonych gości, wśród



których byli przedstawiciele władz administracyjnych miasta, lekarz wojewódzki i inni. Powitał również Przewodniczącego Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, dr. Ryszarda Maja.

Rektor, wygłaszając przemówienie, popisał się nie tylko znaną nam dobrą polszczyzną i dykcją, lecz również znajomością problemów Akademii Medycznej. Trudności dzia-

Dokończenie na str. 2

Kolejne spotkanie delegatów województwa wrocławskiego odbyło się w siedzibie naszej Izby w piątek 4 października br. Przyjechało też wielu kolegów z rubieży DIL. Prezydium zaprosiło na to zebranie już przed kilkunastoma dniami — kolegę Władysława Sidorowicza, ministra zdrowia. Od rana stugębna plotka lokalizowała ministra to tu, to tam. Byli tacy, co widzieli go na własne oczy w jednym ze szpitali... W pierwszej części spotkania kol. Włodzimierz Bednorz poinformował o pracach Prezydium i Rady w lipcu, sierpniu i wrześniu; omówił również propozycję przejęcia przez Izbę Ośrodka Wypoczynkowo-Szkoleniowego w Ściegnach k/Karpacza. Przewodnicząca Komisji Socjalnej kol. Teresa Bujko przedstawiła stan prac nad powołaniem Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej. I nagle — ale tu oddajmy głos dziennikarce Gazety Robotniczej (esz), która w tym dniu była na sali: „Tuż przed godz.

14 ogłoszono dwa komunikaty. Pierwszy brzmiał niewiarygodnie: zadzwoniła kobieta — lekarka prosząc swoich kolegów po fachu, aby opuścili budynek przy ul. Matejki — Została podłożona bomba — twierdziła.

Dwie bomby

To dla ministra Sidorowicza, za to, że dzięki jego poczynaniom zostałam bezrobotną...”

Informację potraktowano poważnie, zawiadomiono o tym fakcie policję. Przedstawiciele policji prosili zebranych o opuszczenie budynku. Kilkanaście osób pozostało w sali, na własną odpowiedzialność.

Drugą bombą dnia była informacja, iż mimo wcześniejszych zapowiedzi minister zdrowia nie przyjedzie. W jego zastępstwie pojawiła się dr Alicja Kowalisko — dyrektor gabinetu ministra. Powiadomiła zebranych, iż szef resortu musiał pozostać w Warszawie w związku ze zwołanym na godzinę 16 posiedzeniem Rady Ministrów. Min. Sidorowicz starał się o zwolnienie z obecności na posiedzeniu, lecz premier Bielecki nie wyraził na to zgody. Trzecia bomba — czyli ataki na szefa resortu — nie wypaliła. Dyrektor Kowalisko na początku spotkania poinformowała, że nie potrafi odpowiedzieć na szczegółowe pytania, przekaze je swojemu szefowi. Między innymi i to, zadane przez jednego z wrocławskich medyków, który dopytywał, dlaczego minister przestał reprezentować środowisko w sprawach służby zdrowia. P.S. Po przeszukaniu budynku przy ul. Matejki policjanci bomby nie znaleźli.

Czy zjazdy koleżeńskie są potrzebne?

Wyjątkowo we wrześniu 1991 r., a nie tradycyjnie w czerwcu, odbyło się kolejne spotkanie koleżeńskie studentów medycyny rozpoczynających studia w 1945 r. na uniwersytecie i politechnice we Wrocławiu, obecnej akademii medycznej.

Co 5 lat spotykają się lekarze, którzy w ostatnich dniach wojny podjęli decyzję o swoim przyszłym zawodzie. Decyzję podejmowali w obozach, lesie czy transportach repatriacyjnych ze wschodu i zachodu.

Na wybór przyszłego zawodu miały wpływ osobowość i przeżycia wojenne. Toteż studenci medycyny podejmując w 1945 r. studia, mieli określony stosunek do nauki zawodu lekarza, zainteresowań naukowych, działalności społeczno-politycznej. Można bez megalomanii powiedzieć, że był to szczególnie rok, o najważniejszym doborze kandydatów, którzy zapewne w dużej części obaliliby „test”. Dziś po 45 latach spokojnie oceniając różne aspekty dorobku około 350 pierwszych studentów medycyny z pionierskich lat Wrocławia, należy brać pod uwagę warunki ich

pracy. Doliczono się około 40 profesorów na uczelniach w kraju i zagranicą. Ogromna liczba lekarzy to „Zasłużeni Lekarze” dla Dolnego Śląska, społecznicy, znani działacze organizacji społecznych, sportowych, organizatorzy służby zdrowia w naszym regionie. Niewiele posiada znaczący majątek, większość z nich jest skromnymi emerytami dorabiającymi na godzinach. Niestety wielu już zmarło (około 20%). Tak duży odsetek jest zrozumiały, jeśli wiek studentów rozpoczynających studia w 1945 r. wynosił od 17 do 30 lat, a w pojedynczych przypadkach powyżej 30 lat. Najstarszy ówczesny student ma dziś ponad 80 lat i sześcioro dzieci w zawodzie lekarza. Dzieci często powielają drogę zawodową rodziców, ale także zbyt często opuszczają Polskę i osiedlają się na różnych kontynentach. Utrata tych wykształconych Polaków boli i zmusza do refleksji.

Spotkania organizowane są zawsze przez tych samych kolegów z komitetu organizacyjnego pod przewodnictwem Ewy Bohdanowicz, której osobowość i działalność zawo-

dowa stanowi piękny wzór lekarza mądrego, wykształconego, prawdziwie oddanego chor-
wym.

Spotkania mają zawsze ten sam scenariusz, bez względu na okresy polityczne. Rano odbywa się msza święta, następnie spotkanie z nauczycielami (ostatnio już nielicznymi) w sali wykładowej Kliniki Chorób Wewnętrznych przy ul. Pasteura 4, na koniec zaś, wieczór towarzyski w „Monopolu”. Na zjazd koleżeński przybyło z całej Polski i z zagranicy ponad 120 lekarzy, wielu przysłało telegramy z życzeniami. Niektórzy koledzy mają ograniczoną sprawność fizyczną, ale ich obecność sprawiła nam wszystkim ogromną przyjemność. Na spotkanie w sali wykładowej przyszli młodzi lekarze — córki i synowie rodziców podsumowujących 45-letnie prace zawodowe. Nie było pouczeń ani zaleceń, obecnie epoka postępu techniki, komercjonizmu stawia inne problemy przed medycyną. Podmiotem działania pozostaje nadal człowiek, a podstawowe wartości hu-

Dokończenie na str. 4

Wspaniała inauguracja roku akademickiego 1991/92 Akademii Medycznej we Wrocławiu

Dokończenie ze str. 1

łania Uczelni uzasadnił w sposób racjonalny ogólnokrajowym kryzysem gospodarczym. Mimo tych trudności, osiągnięcia Akademii Medycznej nie były małe, ponieważ pracuje w niej 952 nauczycieli akademickich, a ich działalność naukowa wyraża się liczbą 824 prac naukowych, drukowanych w czasopiśmie krajowych i zagranicznych. Pomyślnie określono również umowy zawarte z zakładami przemysłowymi i innymi instytucjami gospodarczymi, które powinny przynieść Uczelni ok. 850 mln. zł. J. M. z żalem pożegnał odchodzących na emeryturę pracowników, którzy wnieśli duży wkład w osiągnięcia Uczelni, a następnie poprosił o uczczenie chwilą ciszy zmarłych nauczycieli i współpracowników: prof. Bogusława Bobrańskiego, prof. Zdzisława Jezioro, prof. Jerzego Giełdanowskiego, doc. Aleksandrę Woytoń, doc. Ryszarda Kołtowskiego, lek. med. Jana Kornela Pelleri i mgr Elżbietę Wolską. Sądzę, że J.M. Pan Rektor celowo przesunął na drugi plan działalność dydaktyczną i wychowawczą, aby podkreślić istotne znaczenie Uczelni.

Uczelnia służy do uczenia! Bez uczniów nie ma uczelni! Na Akademii Medycznej w roku

akademickim 1990/91 studiowało 3852 studentów. Mówiąc o stworzeniu Wrocławskiego Szpitala Uniwersyteckiego, Pan Rektor nie zaproponował metod realizacji tego planu. Nie zrozumiałem wypowiedzi: „ADMINISTRACJA CENTRALNA AKADEMII MEDYCZNEJ” w roku 1990/91 również przeszła oczekiwane zmiany organizacyjne i w składzie osobowym (brakło konkretów).

J.M. wspaniale przemówił do nowoprzyjętych studentów stwierdzając, że rozpoczynają nowy etap, chyba najwspanialszy, swojego życia. Na twarzach młodych studentów zobaczyłem wyrazy wzruszenia.

Bardzo uroczyste odbyło się wręczenie dyplomów „doctor honoris causa” Profesorom: Eberhardowi Sonnabendowi i Allanowi Jacobsowi. Pierwszego promował prof. dr St. Potoczek, drugiego prof. dr S. Kotlarek-Haus. Obaj zagraniczni naukowcy są światowej sławy klinicystami: pierwszy w dziedzinie stomatologii, a drugi — hematologii. Łacińskie formuły nadawania tytułów oraz akcentacja zdań były bezbłędne.

Immatrykulacja przebiegła również bezbłędnie. Po prawej stronie stali studenci wydziału lekarskiego w czapkach koloru medycyny (powinny być jednak amarantowe, a

nie czerwone), po lewej — farmacji i pielęgniarstwa. Indeksy wręczali dziekani odpowiednich wydziałów, a studenci przemaszewali wzdłuż Auli.

Nie mniej uroczysta była promocja doktorów habilitowanych.

Najwspanialszy wykład inauguracyjny wygłosił prof. dr hab. Adam Masztalerz. Żałuję, że nie nagrałem tego na taśmę magnetofonową, ale obiecuję (jeśli Pan Profesor się zgodzi), wydrukować go w naszym piśmie. Wykład ten pt. „Wady zgryzu — jeszcze jeden skutek cywilizacji?” zilustrował wspaniale mały wycinek wpływu cywilizacji i związanej z nią patologii ekologicznej. Słuchając go myślałem (często mówię o tym studentom) o szkodliwym wpływie cywilizacji nie tylko na wady zgryzu, ale na poważniejsze zagrożenia, takie jak cukrzyca, miażdżyca i nowotwory złośliwe. Sądzę, że w każdej dziedzinie medycyny można znaleźć szkodliwy wpływ cywilizacji i związanych z nią zmian ekologicznych — na zdrowie człowieka. I czy tylko człowieka?

Również oprawa muzyczna inauguracji była wspaniała. Zwłaszcza „Gaudeamus igitur”.

Zdzisław Plamieniak

XVIII Międzynarodowy Kongres Elektrokardiologii

32 Międzynarodowe Sympozjum Wektokardiografii i Plenarna Sesja Międzynarodowego Towarzystwa Komputeryzacji Elektrokardiologii.

W dniach 24—26 sierpnia 1991 roku odbył się w Warszawie kolejny już XVIII Międzynarodowy Kongres Elektrokardiologii, połączony z 32 międzynarodowym Sympozjum Wektokardiografii oraz Plenarną Sesją Międzynarodowego Towarzystwa Komputeryzacji Elektrokardiologii.

Międzynarodowe spotkania lekarzy kardiologów i badaczy zajmujących się problematyką diagnostyki elektrokardiologicznej zrodziły się z inicjatywy wrocławskich profesorów medycyny Hugona i Zofii KOWARZYKÓW, którzy w 1959 roku zorganizowali I Międzynarodowe Sympozjum Wektokardiografii we Wrocławiu. Sympozjum to zapoczątkowało coroczne międzynarodowe kolokwia wektokardiografii, które następnie, z poszerzoną problematyką, przerodziły się w międzynarodowe kongresy elektrokardiologiczne.

Kongresy są prowadzone przez INTERNATIONAL COUNCIL ON ELECTROCARDIOLOGY i reprezentowane przez wysokiej klasy specjalistów z zakresu elektrokardiologii z całego świata. W pracach tego zespołu bierze czynny udział uczeń profesorów Kowarzyków — profesor dr hab. med. Józef JAGIELSKI, kierownik Zakładu i Katedry Patofizjologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. Ostatni kongres został zorganizowany w Warszawie właśnie przez profesora Jagielskiego. Kongres ten był właściwie organizowany we Wrocławiu, jednak ze względu na komunikację międzynarodową odbył się w Warszawie, pod honorowym patronatem ministra zdrowia i opieki społecznej dr Władysława Sidorowicza. Patronat naukowy nad kongresem objął Wydział Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskie Towarzystwo Fizjologiczne, oddział wrocławski Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i rektor Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Tematyką kongresu były zagadnienia z zakresu elektrofizjologii serca, modelowanie pola elektrycznego serca, nowych metod diagnostycznych badań serca, w szczególności pomiarów mappingu serca, wykorzystanie mikropotencjałów do diagnostyki chorób serca, nowych technik elektronicznych w dziedzinie badań kardiologicznych, monitorowanie czynności serca, testów wysiłkowych i metod komputerowych w dziedzinie elektrokardiologii. Prezentowane były również nowe i ciekawe spostrzeżenia kazuistyczne. Językiem obrad kongresu był język angielski.

W ramach kongresu odbyła się Plenarna Sesja Komputeryzacji Elektrokardiologii. Zorganizowano również wystawę nowoczesnego



Na zdjęciu: Profesor dr med. FERNANDO DE PAUDA, organizator XIX Kongresu Elektrokardiologii w Lizbonie w dniach 24—27 czerwca 1992 roku, zapowiada organizację Kongresu i zaprasza do jego udziału.

sprzętu elektrokardiologicznego w tym komputerowych badań mappingu serca.

Miejscem obrad były sale konferencyjne hotelu Victoria w Warszawie. W kongresie wzięło udział ponad 180 uczestników, w tym około 130 z zagranicy. Przyjechała liczna grupa uczestników ze Stanów Zjednoczonych Ameryki, Europy Zachodniej i Japonii. Również licznie reprezentowane były kraje Europy Środkowej i Wschodniej.

W 105 referatach i doniesieniach przedstawiono najnowsze osiągnięcia z dziedziny elektrokardiologii. Wygłoszono lub przedstawiono w sesji plakatowej aż sześć prac z wrocławskich ośrodków naukowych i klinicznych. Tradycyjnie w ramach kongresu odbyło się spotkanie International Council on Electrocardiology, w którym wziął udział prof. Józef Jagielski. W czasie posiedzenia (jak przekazał mi profesor w bezpośredniej rozmowie) podjęto następujące ustalenia:

1. Zgodnie z poprzednimi ustaleniami powołano Międzynarodowe Towarzystwo Elektrokardiologii. W skład zarządu Towarzystwa weszli członkowie International Council on Electrocardiology, w tym profesor Jagielski.

2. Podjęto decyzję, iż od Kongresu w Warszawie następne będą organizowane wspólnie z Międzynarodowym Towarzystwem Komputeryzacji Elektrokardiologii.

3. Ustalono terminy następnych Kongresów i tak: XIX Kongres odbędzie się w Portugalii (w Lizbonie) od 24—27 czerwca 1992 ro-

ku, następnie w 1993 roku w Kanadzie, w 1994 roku w Japonii, w 1995 roku w Hiszpanii, a w 1996 roku w USA.

Organizatorzy XVIII Kongresu włożyli wiele wysiłku w przygotowanie programu kulturalnego towarzyszącego kongresowi. Koncerty chopinowskie w Żelazowej Woli, dokąd zostali zawiezieni goście zagraniczni wygodnymi autokarami z towarzyszącymi im przewodnikami, wycieczki po Warszawie, zwłaszcza po Starówce, oglądanie galerii obrazów ofiarowanych przez państwo Porczyńskich i zwiedzanie Zamku Królewskiego — wszystko to zostało przyjęte przez uczestników kongresu bardzo pozytywnie. W rozmowach podkreślali oni uznanie dla bohaterstwa naszego narodu w walce o niepodległość i podziw dla naszej kultury. Muzyka Fryderyka Chopina okazała się szczególnie bliską gościom ze Stanów Zjednoczonych i Japonii.

Atmosfera kongresu — tak w salach obrad, jak i w kuluarach czy też spotkaniach towarzyskich — była niezwykle serdeczna. Płaszczyna intelektualnego porozumienia ukazała prawdziwy międzynarodowy humanitaryzm i życzliwość. Trzeba przyznać, że również piękna, słoneczna pogoda, jaka panowała w tych dniach w stolicy Polski, przyczyniła się do uświetnienia dni trwania kongresu.

XVIII Międzynarodowy Kongres Elektrokardiologii

Dokończenie ze str. 3

Tuż po zakończeniu obrad kongresowych członkowie International Council on Electrocadiology wraz z profesorem Józefem Jagielskim zostali przyjęci w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej osobiście przez ministra dr. Władysława Sidorowicza. W trakcie serdecznej rozmowy wymieniono poglądy na temat aktualnych problemów służby zdrowia w różnych krajach świata. Profesorowie przekazali bardzo pozytywne wrażenia z Kongresu i pobytu w Warszawie oraz mówili o współpracy z naukowym ośrodkiem wrocławskim reprezentowanym przez prof. Józefa Jagielskiego. Niezależnie od pogłębienia współpracy z ośrodkami zagranicznymi i nawiązania nowych kontaktów naukowo-badawczych praktycznym efektem dla naszego

środowiska jest rozpoczęcie we Wrocławiu, po raz pierwszy w Polsce, nowych badań diagnostycznych w dziedzinie elektrokardiologii, to jest wieloelektrodowego mappingu serca, na aparaturze japońskiej w Pracowni Elektrofizjologii Zakładu Patofizjologii.

Kongres został wysoko oceniony przez International Council on Electrocadiology w liście z dnia 30.09.1991 r. wystosowanym do profesora Józefa Jagielskiego przez nowo wybranego prezydenta prof. dr. med. Rassima

AMIROVA.

Należy podkreślić, że bardzo dużo wysiłku w organizację Kongresu włożył również młody wrocławski kardiolog — dr n. med. Mirosław Górnicki, sekretarz Komitetu Organizacyjnego Kongresu.

dr n. med. Teresa Świdarska-Błońska

Czy zjazdy koleżeńskie są potrzebne

dokończenie ze str. 2

manizmu zawsze będą związane z zawodem lekarza.

Najważniejszą wartością naszych spotkań jest szczególna atmosfera. Panuje autentyczna serdeczność, radość ze spotkania, uczucie więzi niemal rodzinnych. Cieszymy się, lecz także smucimy. Takich uczuć nie można sprowokować, są one głębokie, wpływają z potrzeby międzyludzkich kontaktów, są niepowtarzalne. To jest odpowiedź na pytanie, czy zjazdy koleżeńskie są potrzebne.

Przy pożegnaniu wszyscy składali deklarację ponownego spotkania w 1995 r., w 50 rocznicę przybycia do Wrocławia. Wnioskowano, aby ochronić pamiątki minionego okresu, które mają znaczenie historyczne. Takie fakty jak praca pierwszej grupy studentów „Straży Akademickiej” w organizowaniu uczelni, klinik, Koła Medyków winny być przekazane młodzieży akademickiej.

Z potrzeby serc, na każdym zjeździe, wykonane są zdjęcia, które przedstawiają nas coraz młodszych i ładniejszych.

Spotkania w 1995 r. życzą organizatorzy kolejnego zjazdu koleżeńskie.

Za Komitet Organizacyjny
Zuzanna Morawska

Elementarne przepisy dotyczące przetaczania krwi i jej pochodnych

I. Zasady leczenia krwią

1. Ze względu na możliwość wystąpienia powikłań poprzetoczeniowych leczenie krwią i preparatami krwiopochodnymi należy ograniczyć i stosować jedynie w przypadkach uzasadnionych, dokonując jednocześnie wyboru odpowiedniego preparatu.

Choremu należy przetaczać brakujące frakcje osocza lub brakujące elementy komórkowe, których niedobór w sposób istotny upośledza ważne procesy ustrojowe.

2. Przetaczana krew winna być jednoimienna w układzie ABO i Rh(D) oraz zgodna serologicznie w próbie krzyżowej.

- biorcy grupy A_1 i A_2 bez przeciwciał anty- A_1 można przetaczać zarówno krew A_1 jak i A_2 ,
- biorcy grupy A_2 z przeciwciałami anty- A_1 można przetaczać tylko krew A_2 lub krwinki płukane grupy O,
- analogicznie grupa A_1B i A_2B .

3. Przetaczane osocze nie może zawierać przeciwciał anty A i anty B, skierowanych przeciwko odpowiednim antygenom zawartym w krwinkach czerwonych biorcy.

Należy postępować zgodnie z następującym schematem:

Grupa krwi biorcy: Osocze dawcy grupy:

A	A i AB
B	B i AB
AB	AB
O	O, A, B, AB

4. Przy podejmowaniu leczenia krwią należy brać pod uwagę ryzyko:

a) powikłań typu wczesnego:

- powikłań na tle immunologicznym (wstrząs i odczyny hemolityczne, odczyny spowodowane przeciwciałami wobec krwinek białych, płytkowych, białek osocza i inne alergiczne),
- wstrząsu septycznego,
- powikań zatorowych,
- powikań pirogennych;

b) następstw późnych:

- immunizacji potransfuzyjnej,
- przeniesienia osób zakaźnych: wzw, kiły, i innych,
- hemosyderozy.

II. Zagadnienia serologiczne

1. Wynik grupy krwi w dokumencie osobistym, czytelny i prawidłowo dokonany, należy traktować jako dokumentację leczniczą. Lekarze

dokonywać przeniesienia treści wpisu do historii choroby potwierdzając jego zgodność własnoręcznym podpisem i pieczęcią osobistą.

2. Jeżeli pacjent nie posiada wyniku grupy krwi w dowodzie osobistym, pielęgniarka — po sprawdzeniu tożsamości pacjenta — pobiera około 10 ml krwi od osobnika dorosłego i 3—5 ml krwi od dziecka do czystej suchej probówki, oklejonej etykietą, wypisaną w obecności chorego z danymi: nazwiskiem, imieniem, datą urodzenia pacjenta. Dane na próbówce muszą być zgodne z danymi na skierowaniu na badanie grupy krwi. Skierowanie podpisuje czytelnie pielęgniarka pobierająca krew.

3. Krew na próbę krzyżową pobiera pielęgniarka — po sprawdzeniu tożsamości pacjenta — do probówki opisanej nazwiskiem, imieniem i datą urodzenia. Dane te muszą być zgodne z danymi na skierowaniu na próbę krzyżową. Na skierowaniu winny być umieszczone ponadto następujące informacje:

- data,
- grupa krwi ABO i Rh pacjenta oraz ewentualne stwierdzone wcześniej przeciwciała,

Dokończenie na str. 5

Wrocław, dnia 3.10.1991
Prezydent
Rzeczypospolitej Polskiej
Pan Lech Wałęsa

Szanowny Panie Prezydencie

W poczuciu odpowiedzialności za życie i zdrowie narodu zwracamy się do Pana Prezydenta o pomoc. Pomocy takiej nie udzielają ani administracja państwowa ani parlament.

Działalność służby zdrowia została sparaliżowana, a społeczeństwo o tym nie wie. Potrzebne są natychmiastowe decyzje polityczne i finansowe, w celu określenia sposobu funkcjonowania opieki zdrowotnej. Decyzje te są niezbędne dla spełnienia konstytucyjnych obowiązków państwa.

W ramach dotychczas obowiązującego prawa możliwości prawidłowego funkcjonowania służby zdrowia zostały wyczerpane. Nawet uchwalony przez parlament — nierealny od początku — budżet służby zdrowia nie jest realizowany. Sytuacja ta prowadzi do unieruchomienia szpitali, przychodni, pogotowia ratunkowego.

Jako lekarze nie możemy się z tym pogodzić, jako dyrektorzy nie możemy temu zapobiec.

Stowarzyszenie Dyrektorów
Jednostek Służby Zdrowia
przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej
53-674 Wrocław
ul. Legnicka 40
za stowarzyszenie Andrzej Kamiński
(przy dedm „dolmed”)

II Walny Zjazd Menedżerów

Zarząd Główny Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej uprzejmie informuje, że w dniu 22 czerwca br. w Warszawie odbył się II Walny Zjazd Członków Stowarzyszenia. Zjazd miał charakter organizacyjny i wyłonił pełne władze Stowarzyszenia, których skład osobowy przesyłamy w załączeniu.

Jednym z głównych celów jakie sobie stawiamy jest podnoszenie poziomu zawodowego kadr zarządzających jednostkami służby zdrowia poprzez organizowanie kursów, szkoleń, wymianę doświadczeń menedżerskich itp.

Już teraz, nie czekając na wdrożenie reformy całego systemu opieki zdrowotnej — równie odległe dziś, jak przed dwoma laty — chcemy pokazać co i jak można zrobić od zaraz, w warunkach głębokiego kryzysu przy dramatycznym braku pieniędzy, sprzętu, ludzi i jasnych przepisów.

Nasze istnienie jest jednak ukierunkowane przede wszystkim na wywieranie stałego nacisku w celu przyspieszenia wprowadzenia

zmian systemowych w polskiej służbie zdrowia. Musimy wszyscy zdać sobie sprawę z tego, że bez tych zmian, bez nowego systemu ubezpieczeń, bez nowoczesnego sposobu finansowania placówek służby zdrowia, bez racjonalnego lecz wysoce zhumanizowanego modelu opieki nad chorym — wszystko będzie tylko doraźnym łataniem dziur, pomnażającym koszty funkcjonowania obecnego systemu i nie zmniejszy w niczym naszych problemów.

Będziemy zobowiązani za upowszechnienie informacji o naszym istnieniu. Redakcje i osoby głębiej zainteresowane przedstawioną problematyką informujemy, że Stowarzyszenie rozpoczęło wydawnie stałego biuletynu informacyjnego w formie comiesięcznej wkładki w tygodniku „Służba Zdrowia”.

Za Zarząd Główny
Józef Tazbir (—)
Andrzej Musiałowicz (—)

Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Jeleniej Górze
zatrudni lekarzy
małżeństwo lekarskie
specjalistów pulmonologów, internistów
ewentualnie lekarzy po stażu
chcących specjalizować się
w zakresie chorób płuc
lub chorób wewnętrznych.

Zapewniamy mieszkania służbowe. Informacji udziela dyrekcja Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc z siedzibą w Kowarach, ul. Sanatoryjna 15, tel. 18-22-26 do 28.

Dokończenie ze str. 4

- rozpoznanie,
- czy chory otrzymywał krew, data ostatniego przetaczania,
- czy były niekorzystne reakcje po leczeniu krwią,
- czy pacjentka przebywała poronienia i porody,
- czy były konflikty serologiczne u dzieci,
- określenie ilości zapotrzebowanego preparatu.

Elementarne przepisy dotyczące przetaczania krwi i jej pochodnych

Skierowanie na próbę krzyżową podpisuje czytelnie pielęgniarka oraz lekarz (pieczętka lekarska).

Nie wolno wykonywać próby krzyżowej z tej samej próbki, która służy do oznaczania grupy krwi chorego.

Próbki krwi, z których dobierano krew oraz pilotki z krwią winny być przechowywane w pracowni serologicznej przez 5 dni.

4. U wielokrotnych biorców krwi, tzn. u pacjentów, którzy otrzymali transfuzję krwi, osocza lub preparatów krwio- i osoczopochodnych, wstrzyknięcia domięśniowe krwi (w tym dawcy celowo uodpornieni krwią) oraz u kobiet z poronieniami i porodami w wywiadzie — dobieranie krwi uzupełnione winno być badaniem surowicy w kierunku obecności neregularnych przeciwciał.

5. Wydany wynik próby krzyżowej musi zawierać dane:

- data, oddział szpitala, nazwisko i imię, datę urodzenia,
- numer flakonu krwi lub numer i nazwisko dawcy,
- grupę krwi ABO, Rh biorcy i dawcy,
- stwierdzenie zgodności serologicznej krwi biorcy i dawcy w środowisku soli, papainy i w pośrednim odczynie autyglobulinowym,
- u biorców, którzy wytworzyli przeciwciała należy dobrać preparat pozbawiony odpowiedniego antygeny,
- podpis i pieczętka wykonującego badania.

Biorcom znajdującym się w trakcie leczenia krwią nie można przetaczać krwi dobranej wcześniej niż przed 48 godzinami, bez powtórnego wykonania próby krzyżowej ze świeżo pobraną próbką krwi biorcy. (c.d.n.).

Barbara Zukowska

Oświadczenie Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 28 września 1991 r.

w sprawie problematyki ochrony zdrowia
w kampanii wyborczej.

Narastające zagrożenia zdrowia i życia narodu zmuszają Naczelną Radę Lekarską, jako demokratycznie wybraną reprezentację stu-tusiecznej społeczności lekarzy, do zwrócenia się do wszystkich kandydatów na posłów i senatorów o publiczne wypowiedzenie się na temat:

- art. 70 Konstytucji zapewniającego obywatelom bezpłatne leczenie,
- organizacji systemu ubezpieczeń zdrowotnych,
- postępującego rozpadu i dekapitalizacji obiektów służby zdrowia,
- wykorzystania środków masowego przekazu w polityce prozdrowotnej państwa, w szczególności w przeciwdziałaniu rozwojowi miażdżycy tętnic jako głównej przyczyny kalectwa i zgonów (50%), nowotworów (20%) i urazów (10%).

Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej
prof. dr med. Tadeusz L. Chruściel
Sekretarz
Naczelnej Rady Lekarskiej
dr Wojciech Maksymowicz

Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 28 września 1991 r.

w sprawie wniosku Sejmowej Komisji Zdrowia o odwołanie dr Władysława Sidorowicza ze stanowiska ministra zdrowia i opieki społecznej.

Naczelna Rada Lekarska po zaznajomieniu się ze sprawozdaniem z wyników kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej w zakresie niektórych wydatków poniesionych w I półroczu 1991 r., uchwałą Sejmowej Komisji Zdrowia zawierającą wniosek o votum nieufności i odwołanie dr Władysława Sidorowicza ze stanowiska Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej votum separatum wobec tej uchwały zgłoszonym przez 8 posłów, relacjami posłów, prezesa i innych przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej uczestniczących w posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia w dniu 28.08.1991 r. oraz wszechstronnej dyskusji z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej — zajęła następujące stanowisko:

1. Wyniki kontroli NIK nie ujawniły nadużyć. Wnioski pokontrolne dotyczą głównie spraw formalnych, wymagających zresztą dalszych wyjaśnień w żadnym wypadku nie uzasadniają wniosku Komisji Sejmowej o wyrażeniu votum nieufności wobec ministra Władysława Sidorowicza, jak również odwołania go z zajmowanego stanowiska. Wobec tej uchwały 8 posłów złożyło votum separatum. Sejmowa Komisja Zdrowia pomimo żądania Prezydium Sejmu do dnia dzisiejszego nie potrafiła sformułować uzasadnienia swojej uchwały.

2. Wyrażamy stanowczy protest przeciwko tendencyjnej i nieuczciwej kampanii prowadzonej wokół domniemych wyników kontroli NIK w środkach masowego prze-

kazu. Nasuwa się nieodparcie podejrzenie, iż intencją tej kampanii były inne względy niż dobro ochrony zdrowia w Polsce.

3. Naczelna Rada Lekarska w czasie swojej kadencji wielokrotnie zajmowała publicznie krytyczne stanowisko wobec działalności Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, zwłaszcza w dziedzinie organizacji i finansowania ochrony zdrowia. Obecnie jednak w imię prawdy i dobrych obyczajów koniecznym jest w oparciu o sprawozdanie z kontroli NIK wystąpienie w obronie ministra Zdrowia i Opieki Społecznej Władysława Sidorowicza przed szkalującymi go pomówieniami.

4. Naczelna Rada Lekarska zwraca się do prezesa Rady Ministrów z prośbą o wyjaśnienie sytuacji w kierownictwie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, która obniża sprawność funkcjonowania resortu, co budzi poważny niepokój środowiska lekarskiego.

Uchwała Dolnośląskiej Rady Lekarskiej Nr 62/91 w sprawie zawiązania spółki z ograniczoną odpowiedzialnością

1. Dolnośląska Rada Lekarska akceptuje projekt zawiązania spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, pod nazwą „DIL-MEC”, przez Dolnośląską Izbę Lekarską i LCM Industrial Promotion Corporation.
2. Zatwierdza się projekt umowy spółki, przygotowany przez radcę prawnego DIL.
3. Do składu zarządu spółki ze strony DIL deleguje się:
Włodzimierza Bednorza — na prezesa
Ryszarda Łopucha — na członka
4. Akceptuje się wstępnie kandydaturę lekarza dentystry Tomasza Jokiela na stanowisko dyrektora spółki.
5. Szczegółowe dane dotyczące celów działania spółki i jej założeń organizacyjnych znajdują się w aneksie do niniejszej uchwały (projekcie umowy spółki z ograniczoną odpowiedzialnością).

Aneks do Uchwały Nr 62/91

Projekt spółki z ograniczoną odpowiedzialnością Umowa

§ 1

Stający zgodnie oświadczają, że zawiązują spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością pod nazwą: „DIL-MEC”.

§ 2

Siedzibą spółki jest miasto Wrocław.

§ 3

Przedmiotem działania Spółki jest:

- 1) prowadzenie importu i eksportu środków farmaceutycznych oraz sprzętu medycznego,
- 2) sprzedaż hurtowa i detaliczna oraz dystrybucja środków farmaceutycznych i sprzętu medycznego,
- 3) konsultowanie i organizowanie dostaw dla instytucji prowadzonych w służbie zdrowia,
- 4) rekrutacja personelu na kontrakty zagraniczne lekarzy,
- 5) organizacja szkoleń, konferencji, sympozjów i wystaw sprzętu medycznego dla lekarzy,
- 6) organizowanie działalności charytatywnej,
- 7) organizowanie sieci prywatnych gabinetów lekarskich (stomatologicznych),

- 8) reprezentowanie firm produkujących środki farmaceutyczne i sprzęt medyczny.

§ 4

1. Spółka prowadzi działalność na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i poza jej granicami.
2. Spółka może tworzyć oddziały zamiejscowe, w tym zagraniczne, w drodze uchwały wspólników.
3. Za zgodą zgromadzenia wspólników Spółka może uczestniczyć w innych spółkach lub organizacjach gospodarczych.

§ 5

Spółka zostaje utworzona na czas nieoznaczony.

1. Kapitał zakładowy Spółki wynosi 50 000 000 zł (pięćdziesiąt milionów złotych) i dzieli się na pięćdziesiąt udziałów po 1 000 000 zł (jeden milion złotych).
2. Udziały są równe i niepodzielne. Każdy wspólnik może mieć więcej niż jeden udział.

PROTOKÓŁ z posiedzenia Konwentu Przewodniczących Okręgowych Izb Lekarskich odbytego w dniu 28 czerwca 1991 r. w lokalu Warszawskiej Izby Lekarskiej

Posiedzenie otworzył przewodniczący Warszawskiej Izby Lekarskiej dr Moskwa, podsumowując dotychczasową działalność Konwentu Przewodniczących. Przewodniczenie obradom powierzono dr. Umiastowskiemu, przewodniczącemu Izby Lekarskiej w Gdańsku.

Przedstawiciele poszczególnych izb przedstawili propozycje odnośnie spraw, które należy włączyć do programu zjazdu. Wśród wielu propozycji najczęściej podawano konieczność omówienia projektów aktów legislacyjnych (ustawy o zawodzie lekarza, kodeksu deontologicznego, nowelizacji ustawy o izbach lekarskich), a także poruszenie spraw personalnych, omówienie dotychczasowej pracy Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, Prezydium NRL. Zebrani zgłosili wiele zarzutów pod adresem ww organów i ich działalności. Zgłoszono także inne propozycje do programu:

- zmiana wysokości składki płaconej na Naczelną Izbę Lekarską,
 - współpraca izb ze związkami zawodowymi,
 - zmiana rozporządzenia ministra zdrowia o trybie przeprowadzania konkursów,
 - kontakty izb z urzędami miejskimi i uczelniami,
 - dostęp do środków masowego przekazu,
 - przedstawienie sytuacji opieki zdrowotnej w kraju,
 - omówienie polityki zdrowotnej państwa.
- Przeprowadzona dyskusja na temat kwestii personalnych wykazała, iż panuje ogólne niezadowolenie z pracy organów NRL. Większość zebranych wyraziła zdanie, że należy dokonać zmiany na stanowisku prezesa NRL, a także w składzie Prezydium. W dyskusji zdefiniowano ogólne kryteria dotyczące osoby prezesa NRL. Przyjęto tekst oświadcze-

dokończenie na str. 8

PROGRAM OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY

Celem działania związku jest przywrócenie zawodowi lekarza w Polsce odpowiedniej, przysługującej mu pozycji oraz stworzenie warunków umożliwiających zapewnienie chorym opieki medycznej na najwyższym poziomie.

Podstawą do osiągnięcia tego celu jest zmiana systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. System ten powinien opierać się na następujących zasadach:

- Każdy dorosły człowiek sam odpowiada za swoje zdrowie i zdrowie swoich dzieci.
- Istnieje wolny rynek usług medycznych.
- Opłaty za usługi medyczne pokrywa pacjent samodzielnie lub korzystając ze swojej polisy ubezpieczeniowej.
- Istnieje wolny rynek usług ubezpieczeniowych w zakresie ochrony zdrowia.

Tylko taki system zapewni stałe zabezpieczenie materialne dla działalności służby zdrowia, umożliwi jej sprawne, skuteczne i oszczędne działanie, ciągły rozwój nadążający za rozwojem nauki.

Tylko taki system zapewni lekarzowi osiągnięcie pozycji materialnej odpowiadającej prestiżowi społecznemu zawodu, zapewni ściśle powiązanie osiąganych korzyści materialnych z wykonywaną przez niego pracą, prezentowanym poziomem wiedzy, biegłością w zawodzie i spełnianiem oczekiwań jego pacjentów.

Mając to na uwadze OZZL swoją aktywność skupi na działalności mającej na celu stworzenie w naszym kraju takiego systemu prawnego, który umożliwi jak najszybsze wprowadzenie do praktyki przedstawionych wyżej zasad.

Mając głębokie przekonanie o słuszności przedstawionych wyżej zasad i o absolutnej konieczności ich szybkiego wprowadzenia w życie dla ratowania katastrofalnej sytuacji w polskiej służbie zdrowia OZZL zastrzega sobie prawo do zdecydowanych działań. Za ostateczną formę nacisku OZZL uważa zbiorowe rozwiązanie umów o pracę swoich członków z państwowymi zakładami służby zdrowia.

Krzysztof Bukiel
Przewodniczący
Komitetu Założycielskiego
Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego Lekarzy

* * *

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy został powołany dlatego, że uważaliśmy, iż interesy materialne lekarzy nie są odpowiednio reprezentowane przez dotychczas działające organizacje związkowe ani przez izby lekarskie. W innych związkach zawodowych lekarze stanowią znikomą mniejszość i ich głos

nie jest odpowiednio brany pod uwagę — z tym zgadzają się raczej wszyscy lekarze. Dużo nieporozumień powstało natomiast wokół wzajemnych relacji między OZZL a izbami lekarskimi. Niektórzy przedstawiciele władz samorządu lekarskiego na szczeblu krajowym i na szczeblach okręgowych potraktowali powstanie związku jako działalność zmierzającą do rozbicia środowiska lekarskiego. Dlatego chcemy wyjaśnić: powołanie Związku Zawodowego Lekarzy nie oznacza w najmniejszym stopniu chęci podważania autorytetu i sensu istnienia izb lekarskich. Związek Zawodowy Lekarzy nie chce i nie może zastąpić samorządu w jego rozlicznych działaniach. Izby lekarskie pozostaną też najwyższym reprezentantem całości środowiska lekarskiego. Faktem jest jednak to, że obrona interesów materialnych lekarzy stanowi jedynie drobny wycinek zadań izb lekarskich oraz, że w dziedzinie tej izby pozbawione są jakichkolwiek statutowych praw organizowania różnych form protestu i nacisku dla poparcia swoich postulatów. Dlatego stanowisko samorządu lekarskiego w tej dziedzinie może być — i było — lekceważone przez władze. Te właśnie w/w czynniki, a nie żadne inne zdecydowały o powołaniu związku zawodowego lekarzy.

Zjazd założycielski OZZL odbył się 1 czerwca br. w Stargardzie Szczecińskim. Uczestniczyło w nim ok. 40 lekarzy z woj. szczecińskiego, woj. katowickiego, Warszawy, woj. wrocławskiego. Nie byli obecni, zgłaszający również chęć organizowania ogniw związku — lekarze z Tarnobrzegu, Kalisza, Przemysła, woj. rzeszowskiego.

W trakcie zjazdu przyjęto projekt Statutu, wybrano tzw. Komitet Organizacyjny, który będzie reprezentował związek przy rejestracji sądowej oraz uchwalono program związku.

Jemu właśnie chciałbym poświęcić więcej miejsca, gdyż — podobnie jak sama idea związku zawodowego lekarzy — wzbudził on wśród niektórych przedstawicieli władz izb lekarskich stanowczą dezaprobatę. Program OZZL głosi, że kluczem do przywrócenia godności zawodu lekarza w Polsce — w tym i jego odpowiedniej pozycji materialnej — jest zmiana systemu ochrony zdrowia w kraju, która polegać ma — mówiąc najkrócej — na urynkowieniu usług medycznych i ubezpieczeń zdrowotnych.

Określiśmy następujące zasady, na których ten system powinien się opierać:

- Każdy dorosły człowiek sam odpowiada za swoje zdrowie i zdrowie swoich dzieci.
- Istnieje wolny rynek usług medycznych.
- Opłaty za usługi medyczne pokrywa pacjent samodzielnie lub korzystając ze swojej polisy ubezpieczeniowej.
- Istnieje wolny rynek usług ubezpieczeniowych w zakresie ochrony zdrowia.

Sformułowanie takich zasad nie jest dziełem przypadku, nie wynika też z jakichś ideologicznych doktryn czy teoretycznych rozważań. Opiera się ono na wnikliwej i krytycznej obserwacji naszej służby zdrowia w obecnym jej kształcie oraz na doświadczeniach i wnioskach jakie płyną z obserwacji działania różnych systemów ochrony zdrowia w innych krajach.

W czym tkwi zasadnicza różnica między systemem przez nas proponowanym a obecnym i tym, którego wprowadzanie w różnej formie już się zaczyna? Podstawowa różnica polega na tym, że system obecny i proponowany przez rząd jest systemem nakazowo-rozdzielczym, którego podstawą jest zbiór przepisów, norm, wskaźników, sztywno ustalonych wynagrodzeń. Wszystko opiera się na wcześniejszym planowaniu i przewidywaniu pewnych sytuacji i ludzkich zachowań. Gwarancją przestrzegania tych zasad ma być odpowiednia kontrola i dobra wola uczestników tego systemu — pacjentów i lekarzy.

System, który my proponujemy za podstawę funkcjonowania przyjmuje ludzkie motywacje i bodźce materialne, które odpowiednio ustawione będą wymuszały:

- od lekarzy dobrą pracę, doskonalenie się w zawodzie, odpowiednią postawę wobec pacjentów,
- od pacjentów racjonalne korzystanie z usług lekarskich,
- od zakładów medycznych minimalizację kosztów.

Według nas — w wypowiedziach i w działaniach osób, które mają dotychczas największy wpływ na kierunek reformowania polskiej służby zdrowia ciągle zbyt dużo jest przywiązania do utrzymania pozorów. Bardzo dbają oni o to, żeby nasza służba zdrowia wyglądała ładniej na papierze niż w rzeczywistości. Przecież należy sobie powiedzieć wprost, że nie będzie sprawnego systemu ochrony zdrowia jeśli nie będzie rzeczywście uczciwej zasady, że więcej zarabia lepszy lekarz i że jego zarobki nie są ograniczone jakimś urzędniczym wymysłem, tylko zależą od tego jak wielu pacjentów chce się u niego leczyć i jak wiele są skłonni za to leczenie zapłacić. Do tego potrzebny jest oczywiście wolny wybór lekarza i miejsca leczenia przez pacjenta. Nic tak nie wymusi oszczędnego działania służby zdrowia na każdym etapie jak świadomość, że wysokie koszty mogą spowodować odpływ pacjentów i spadek dochodów. Także bodźce finansowe — w tym przypadku pewien własny udział pacjenta w kosztach leczenia — są najlepszą metodą, żeby wymusić nienadużywanie korzystania z usług medycznych.

To lekarze muszą uświadomić społeczeństwu, że albo decydujemy się na wolny rynek ochrony zdrowia i mamy pewność, że będzie to rzeczywista ochrona zdrowia, albo wybieramy powszechną i bezpłatną... fikcję.

Zdajemy sobie sprawę, że wolny rynek usług medycznych spowoduje również niekorzystne dla lekarzy skutki — część okaże się nieprzydatna w zawodzie, część będzie musiała znaleźć pracę tam, gdzie jest rzeczywście potrzebna, część zmusić się do większe-

PROTOKÓŁ z posiedzenia Konwentu

Dokończenie ze str. 6

nia skierowanego do Naczelnej Rady Lekarskiej: „Na posiedzeniu Konwentu Przewodniczących Okręgowych Izb Lekarskich w dniu 28.06.91 r. wnoszono liczne zastrzeżenia dotyczące dotychczasowej pracy Naczelnej Rady Lekarskiej i jej Prezydium. Konkluzją posiedzenia jest wniosek o ocenę pracy prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, Prezydium i Naczelnej Rady Lekarskiej na forum najbliższego posiedzenia Rady Naczelnej.

Konwent przewodniczących uważa, że od tej oceny rada winna uzależnić decyzję o wprowadzeniu do Programu Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy punktu dotyczącego zmian personalnych”.

Uznano za konieczne wniesienie pod obrady Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy następujących aktów legislacyjnych:

- kodeksu deontologicznego,
- nowelizacji ustawy o izbach lekarskich (z wpisem o ich reaktywowaniu i dokładnym rozgraniczeniu kompetencji administracji i samorządu lekarskiego),
- ustawy o zawodzie lekarza.

Większość zebranych opowiedziała się za postawieniem na zjeździe wniosku o zmniejszenie wysokości składki płaconej na NIL do 5%.

Dr Moskwa przedstawił uchwałę Rady Naczelnej w sprawie powołania komitetu organizacyjnego Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy. Zgłoszono zastrzeżenia co do trybu powołania komitetu (pod nieobecność członków) oraz co do powierzenia jego składowi funkcji organizacji technicznej Zjazdu, co jest nieporozumieniem, ponieważ stroną techniczną powinno zająć się biuro NIL. Konwent Przewodniczących uchwalił, iż należy zrewidować i uzupełnić skład komitetu o członków Komisji: Legislacyjnej i Deontologicznej, a także powierzyć organizację techniczną administracji NIL.

Na zakończenie przyjęto wniosek, aby Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy wystąpił z inicjatywą o uznanie stanowiska prezesa NRL za stanowisko etatowe, z zapewnieniem rotacyjnego mieszkania w Warszawie dla prezesa spoza Warszawy.

Przewodniczący Izby Lekarskiej z siedzibą w Bielsku-Białej wystąpił z propozycją organizacji zjazdu na terenie tej izby.

I Zjazd Pielęgniarek i Położnych

Uprzejmie informuję, że w dniu 20 września — zgodnie z Ustawą z dnia 19 kwietnia 1991 roku o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych — odbył się I Okręgowy Zjazd Samorządu Pielęgniarek i Położnych województw wrocławskiego i legnickiego, w czasie którego dokonano wyboru członków organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

W związku z powyższym uprzejmie proszę o uwzględnienie przedstawicieli naszego środowiska w sprawach jego dotyczących.

Z poważaniem
Przewodnicząca Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
woj. wrocławskiego i legnickiego
Ludmiła Domagała

Sprawy rentowe

W związku z licznymi pytaniami zgłaszanymi przez jednostki terenowe służby zdrowia na temat uprawnień do rent inwalidzkich chorych bezrobotnych, których stan zdrowia nie rokuje odzyskania zdolności do pracy i zdaniem lekarzy leczących kwalifikuje ich do ubiegania się o przyznanie renty — Departament Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Departamentem Zatrudnienia Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej (patrz str. odwrotna) uprzejmie informuje, że pacjenci tacy powinni zostać skierowani przez lekarzy do właściwych Oddziałów ZUS, w których zostaną im wydane niezbędne drukiki N-14.

Departament uprzejmie prosi Pana Dyrektora o przekazanie treści tego pisma lekarzom zatrudnionym na terenie województwa.

DYREKTOR

Departamentu Polityki Zdrowotnej
Wiesław Jakubowiak

Odpowiadając na pismo z dnia 14 czerwca 1991 r. znak: OZO-425-24/91, Departament Zatrudnienia w porozumieniu z Departamentem Ubezpieczeń Społecznych uprzejmie informuje:

Prawo do renty inwalidzkiej nabywa osoba, która zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym

pracowników i ich rodzin (Dz.U. Nr 40, poz. 267 z późn. zm.) spełnia łącznie następujące warunki:

- jest inwalidą,
- ma wymagany okres zatrudnienia,
- inwalidztwo powstało w czasie zatrudnienia lub w okresie równorzędnym z okresem zatrudnienia, albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów, przy czym, jeżeli osoba taka pobiera zasiłek chorobowy, prawo do renty inwalidzkiej powstaje z dniem zaprzestania pobierania tego zasiłku.

W art. 11 ust. 2 w/w ustawy wymienione są szczegółowo okresy równorzędne z okresem zatrudnienia, a m.in. okres czasowego pozostawania bez pracy z powodu niemożności jej otrzymania lub niemożności podjęcia szkolenia zawodowego, udowodnionej dokumentami, w tym okresy pobierania zasiłku dla bezrobotnych oraz zasiłków szkoleniowych. Nadmienić przy tym należy, że za wyjątkiem osób spełniających warunki art. 5 oraz art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1974 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jedn. Dz.U. z 1983 r. Nr 30, poz. 143 z późn. zm.) — bezrobotnym nie przysługuje prawo do zasiłku chorobowego. W sprawach druków zaświadczeń o stanie zdrowia (N-14), należy kontaktować się bezpośrednio z najbliższymi oddziałami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

DYREKTOR

v-ce DYREKTOR
mgr Anatol Szurmak

PROGRAM OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY

Dokończenie ze str. 7

go wysiłku. Wybieramy jednak wolny rynek z wielu powodów:

- bo bardziej cenimy rzeczy realne niż pozory,
- bo wolny rynek da nam możliwość niekrepowanego rozwoju zawodowego i osiągnięcia dochodów odpowiadających naszemu zaangażowaniu, naszej wiedzy i naszemu prestiżowi,
- bo odzyskamy zaufanie naszych pacjentów, którzy przestaną na nas patrzeć jak na łapówkarzy,

— bo wolny rynek da korzyści nie tylko nam ale także chorym i gospodarce państwa.

Wszystkich lekarzy zapraszamy do uczestnictwa w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Lekarzy. Komitet Założycielski OZZL ma następujący adres:

Komitet Założycielski OZZL
ul. Wojska Polskiego 27
73-110 Stargard Szczeciński
tel. 77 63 55 wew. 230
Lek. Krzysztof Bukiel

„Wojewódzki Zespół Szpitalno-Sanatoryjny Chorób Płuc w Obornikach Śl. zatrudni 3 lekarzy pulmonologów lub chcących się specjalizować w pulmonologii.

Istnieje możliwość otrzymania mieszkania. Zainteresowanych prosimy o zgłaszanie się osobiste w dyrekcji Zespołu — Oborniki Śląskie ul. Trzebnicka 5/7 lub telefonicznie 12-06-41 — Trzebnica i tel. 210 — Oborniki Śl.”

Dr med. Eugeniusz Piotrowski

Wrocławskie lata Jana Mikulicza Radeckiego

W 1890 roku Jan Mikulicz, akceptując propozycję dziekana wrocławskiego wydziału lekarskiego, prof. Haase, objął katedrę chirurgii. Do Wrocławia przyjechał z Królewca zostając czwartym z kolei profesorem tutejszej katedry chirurgii (pierwszym był Wilhelm Benedict Traugott w latach 1855—1862, drugim prof. Albert Mideldorpf w latach 1863—1868, trzecim zaś prof. Herman Fischer od roku 1869 do 1890). Wszyscy poprzednicy Jana Mikulicza pracowali w klinice usytuowanej w szpitalu.

We Wrocławiu Mikulicz zamieszkał w, usytuowanej na terenie studium języków obcych, prywatnej willi przy ul. Auenstr. 8 (obecnie jest to ulica Jana Mikulicza Radeckiego). Mieszkał w niej do końca życia. Dziś willa ta, zniszczona działaniami wojennymi, już nie istnieje.

Mikulicz przyjechał do naszego miasta zachęcony planami budowy nowych klinik. Sam wprowadził korekty w budowie kliniki chirurgicznej przy ul. Tiergarten 66 (dziś ul. C. Skłodowskiej). 1 kwietnia 1891 roku otworzył nowo wybudowaną klinikę, a w niej największą chlubę, zaprojektowaną przez siebie salę operacyjną. Owa sala przetrwała 100 lat i czynna jest do dzisiejszego dnia.

W klinice pracowało dwóch adiunktów, trzech asystentów etatowych, jeden asystent oddelegowany z wojska i dwunastu asystentów wolontariuszy, wśród których, na życzenie Mikulicza, był zawsze lekarz Polak. Wszyscy pracujący w klinice asystenci i adiunkci musieli być stanu wolnego. Każdy z nich, bez względu na posiadany tytuł, zaczynał pracę jako wolontariusz.

Klinika prowadziła trzy ambulatoria: chirurgiczne, ortopedyczne i urologiczne. Były w niej laboratoria i pracownie: chemiczne, anatomopatologiczne, bakteriologiczne i doświadczalne na zwierzętach. Ponadto, w ostatnich latach życia Miku-

licza, czynne były dwie pracownie: fotograficzna i rentgenowska. Wrocławską klinikę była więc zorganizowana przez profesora Mikulicza nowoczesnie i przodowała w ówczesnej Europie, a nawet w świecie. W roku 1891 odwiedził klinikę Mikulicza profesor z Wiednia, T. Billroth. Był nią zachwycony i stwierdził z satysfakcją, że uczeń przewyższył mistrza. Wrocław stał się Mekką chirurgów świata.

W 1892 roku Jan Mikulicz wprowadził miejscowe znieczulenie sposobem Schleicha, opublikował „Atlas chorób jamy ustnej” oraz otrzymał Honorowe Członkostwo Włoskiego Towarzystwa Chirurgicznego, a trzy lata później — Honorowe Członkostwo Wileńskiego Stowarzyszenia Lekarzy. W miarę rosnącej sławy Mikulicz stawał się modnym i wziętym lekarzem. Jeździł na konsultacje i pokazowe operacje do miast Rosji i Finlandii.

W 1896 roku kupił w Pełcznicy koło Świebodzic willę, w której spędzał z rodziną weekendy. Willa ta istnieje do dziś, znajduje się po drugiej stronie Zamku Książ.

W roku 1897 Jan Mikulicz habilitował asystenta Kadera, późniejszego profesora UJ w Krakowie. Rok później wydał monografię „Choroby jamy ustnej”, a w 1898 otrzymał Honorowe Członkostwo Paryskiej Akademii. W roku 1899 gościnnie operował profesora Obalińskiego, byłego asystenta w Krakowie, późniejszego następcę profesora L. Rydygiera. W 1900 roku propagował Mikulicz eterową narkozę i maszkę Schimmelbuscha, otrzymał Honorowe Członkostwo Fińskiego Towarzystwa Lekarskiego i otworzył prywatną klinikę chirurgiczną na trzydzieści łóżek. W budynku tym (C. Skłodowskiej 65) do niedawna mieścił się dziekanat wydziału lekarskiego. Rok 1901 przyniósł mu: Honorowe Członkostwo Królewieckich Lekarzy, Honorowy Doktorat w Budapeszcie, Honorowy Doktorat Uniwersytetu w Glas-

gow, a rok następny — Honorowe Członkostwo Ruskiego Towarzystwa Chirurgów. W roku 1903 wprowadził Mikulicz maski na usta operatora, roztwór spirytusu i mydła do mycia rąk.

W tym roku wyruszył też do Ameryki Północnej. Wypłynął z Genui parowcem „Lahn” w towarzystwie córki Hildy i znanego ortopedy, Lorenza. Trasa amerykańskiej podróży wiodła od Chicago poprzez Minnesotę, Rochester, Nowy Jork, Filadelfię, Buffalo, Cleveland, Boston, Baltimore do Waszyngtonu. Po Ameryce podróżował podarowaną mu salonką. Otrzymał wtedy Honorowe Członkostwo Filadelfijskiego Związku Lekarzy oraz Honorowy Doktorat Uniwersytetu w Filadelfii.

W roku 1904 profesor odbył podróż naukową do Anglii, w czasie której otrzymał Honorowe Członkostwo Wiedeńskiego Stowarzyszenia Lekarzy. W tymże roku zaczął z Sauerbruchem operacje w podciśnieniowej komorze własnej konstrukcji.

W ostatnim roku życia Jan Mikulicz otrzymał Honorowe Członkostwo Czerwonego krzyża, Niemieckiego Towarzystwa Ortopedycznego i Dyplom Honorowego Członka Chirurgów w Edynburgu, niestety już pośmiertnie.

Przedtem jednak, w styczniu 1905 roku przyjaciel Mikulicza z Wiednia, prof. A. Eiselberg, dokonał na nim próbnego laparatomii, która wykazała nieoperacyjnego raka żołądka. Guz przerastał tylną ścianę żołądka, obejmował krzywiznę dużą i poprzeczną. W kwietniu Mikulicz wyjechał na Lazurowe Wybrzeże do Opatji na rekonwalescencję, lecz już w maju krwotok zmusił go do powrotu do Wrocławia. Jeszcze w tym samym miesiącu w Deutsche Wochenschrift ukazuje się jego ostatnia publikacja pt. „Znaczenie promieni X dla chirurgii”.

14 czerwca 1905 roku Jan Mikulicz Radecki umiera we własnym mieszkaniu. Pochowany został, na swe życzenie, na cmentarzu w Świebodzicach.

Dla absolwentów

Dolnośląska Izba Lekarska — w oparciu o instrukcję Nr 29/71 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 października 1971 roku w sprawie wstępnego stażu pracy lekarzy absolwentów Akademii Medycznej (Dz. Urz. Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 listopada 1971 roku poz. 110) —

zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich jednostek służby zdrowia o uregulowanie podziału stażu podyplomowego dla tegorocznych absolwentów Akademii Medycznej Wydziału Lekarskiego w następujący sposób:

1. Choroby wewnętrzne — 4 miesiące — w tym 5 godzin w oddziale i 2 godziny w przychodni jako koasystent lekarza.
2. Pediatria — 3 miesiące — jak wyżej.
3. Chirurgia — 2 miesiące — jak wyżej.
4. Ginekologia i położnictwo, opieka prenatalna — 2 miesiące — jak wyżej.

5. Intensywna terapia — 1 miesiąc — jak wyżej.

Równocześnie przypominamy, że lekarz stażysta ma obowiązek pełnić dyżury szpitalne pod kierunkiem starszego lekarza na warunkach ogólnie przyjętych. Uprzejmie przypominamy, aby staże odbywały się pod kierunkiem uprzednio wyznaczonego opiekuna.

Przewodnicząca Komisji Kształcenia DIL

Dr n. med. Maria Jagas

Privatim

Dotychczasowe problemy, którymi zajmował się Zespół d/s Praktyk Prywatnych i Prywatyzacji przy Naczelnej Radzie Lekarskiej to:

- legislacja działalności zespołu,
- realizacja faktycznej równości „sektorów” medycznych (państwowego, spółdzielczego i prywatnego) w zakresie diagnozowania, leczenia i orzekania,
- negocjowanie z Ministerstwem Finansów wymiarów podatków¹ (niestety, często mało skuteczne),
- rejestracja prywatnych praktyk, licencje i certyfikaty,
- sposób ogłaszania się lekarzy, reklama medyczna,
- zapis prawny prywatnych praktyk lekarskich w poprawkach do ustawy o izbach lekarskich, o zawodzie lekarza, o zakładach opieki zdrowotnej,
- współpraca z nadzorem sanitarnym,
- współpraca z obecnie istniejącymi instytucjami ubezpieczeniowymi (Westa-Life, Wielkopolska Kasa Chorych),
- przegląd europejskich cenników lekarskich, próba utworzenia punktowego systemu naliczania honorariów,
- powołanie zespołu ekspertów w celu naliczania faktycznych kosztów leczenia,
- utworzenie standardów gabinetów prywatnych,
- częściowa prywatyzacja szkolnej opieki stomatologicznej,
- informacja medyczna i organizacyjna dla lekarzy prywatnie praktykujących.

Ponieważ działania zespołu są w swej istocie pionierskie, liczymy na życzliwą współpracę kolegów lekarzy, w dobrze rozumianym, wspólnym interesie. Prosimy o sygnalizowanie problemów, które utrudniają praktykę.

Aktualnie negocjujemy współdziałanie z terenowymi inspektorami sanitarnymi. Docelowo zamierzamy doprowadzić do stanu, kiedy to bez aktualnej, otrzymanej do rąk własnych lekarza, instrukcji sanitarnej organ kontrolny nie może egzekwować nieznanymi norm sanitarnych. Perspektywicznie, na wzór światowy, pragniemy doprowadzić do sytuacji, kiedy nadzór sanitarny nie będzie kontrolował gabinetów lekarskich, a cała odpowiedzialność lekarska będzie regulowana przez prawo cywilne.

W dniu 22 XI o godz. 13.00 odbędzie się otwarte zebranie Zespołu w siedzibie DIL, na które zapraszam zainteresowanych lekarzy.

Jerzy Piekarski

1. W 1990 r. podatek dla stomatologów pracujących wyłącznie w prywatnych gabinetach, w skali miesiąca wynosił 6,5 mln zł, w styczniu 1991 r. — ok. 1,1 mln, 25 czerwca br. wzrósł o ok. 140%, zaś na skutek zdecydowanego protestu Izby Lekarskiej został obniżony o, niestety, tylko 17%.

P.S. Zespół stoi na stanowisku nierepresyjnego traktowania lekarzy przez Izbę, a for-

malne objęcie kontroli nad prywatnymi gabinetami lekarskimi ma na celu głównie podniesienie prestiżu lekarza oraz objęcie go opieką przez życzliwe ciało koleżeńskie, odrzucając tym samym dotychczasowy nadzór administracyjny.

Zespół d/s Prywatnych Praktyk i Prywatyzacji

Przewodniczący
Okręgowej Izby Lekarskiej
we Wrocławiu

Uprzejmie informujemy, że odbyły się 3 spotkania Zespołu d/s Prywatnych Praktyk i Prywatyzacji, których tematem było opracowanie planu pracy, powołanie Rady Zespołu, szczególnie zaś zajęto się sprawą licencji na prowadzenie gabinetów prywatnych.

Z konsultacji prawnych tego tematu wynika, że wprowadzenie takiej licencji stanowi ograniczenie praw lekarzy, co nie powinno leżeć w interesie izb lekarskich. Tym niemniej prosimy o nadsyłanie uwag i wniosków kolegów lekarzy zainteresowanych prowadzeniem prywatnej praktyki lekarskiej.

Aktualnie obowiązujące przepisy wymagają od osób pragnących prowadzić praktykę prywatną posiadania dyplomu wyższej uczelni, aktualnego prawa wykonywania zawodu, posiadane do dyspozycji pomieszczeń oraz wyposażenia zgodnego z uwarunkowaniami SANEPID-u, zgłoszenia działalności we właściwym organie administracji terenowej i zgłoszenia obowiązku podatkowego we właściwej Izbie Skarbowej.

Ewentualne skargi na nieprawidłowości prowadzenia gabinetów rozpatrywane są przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Bardzo dziękujemy za liczne uwagi i propozycje dotyczące licencyjnej regulacji prywatnych praktyk. Propozycja Zespołu w tej sprawie została przedstawiona w protokole z posiedzenia Prezydium w dniu 1 czerwca br. Przypominamy, że w punkcie 3 planu pracy Zespołu zawarto propozycję opracowania zasad udzielania licencji na działalność prywatną, która obowiązywałaby po uchwaleniu ustawy o zawodzie lekarza zawierającej odpowiednie regulacje prawne.

We wstępnej dyskusji przyjęto, że opracowywane zasady uwzględniałyby wykorzystywanie gabinetów prywatnych w przyszłości zgodnie z założeniami reformy służby zdrowia, a szczególnie po reformie systemu ubezpieczeń społecznych i utworzeniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych, tj. nie wyklucza się działania gabinetów prywatnych nie posiadających takiej licencji, ale spełniających warunki ustalone przepisami ustawy o zawodzie lekarza.

Zapoznaliśmy się z tekstami dotyczącymi tej sprawy, nadesłanymi przez Wielkopolską Izbę Lekarską, Kujawsko-Pomorską Izbę Lekarską, jak również z projektem uchwały Naczelnej Izby Lekarskiej autorstwa Pana prof. Andrzeja Cretti. Bardzo prosimy o dalszą współpracę nad tym zagadnieniem.

W związku z sygnałami dotyczącymi ogłoszeń przypominamy, że nadal obowiązuje

rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 listopada 1988 r. w tej sprawie (tekst rozporządzenia w załączeniu).

Przewodniczący Zespołu
d/s Prywatnych Praktyk i Prywatyzacji
lek. stom. Janusz Świącicki

Projekt uchwały Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie prywatnej praktyki lekarskiej

1. Aby wykonywać prywatną praktykę lekarską i stomatologiczną lekarz obowiązany jest uzyskać zezwolenie właściwej terenowej Okręgowej Izby Lekarskiej.
2. Sprawę wykonywania prywatnej praktyki lekarskiej rozpatruje powołana przez Okręgową Izbę Lekarską komisja. Komisja składa się z 5 członków, spośród których 2 członków reprezentuje specjalność lekarza ubiegającego się o zezwolenie wykonywania praktyki prywatnej. Komisja sprawdza, czy ubiegający się posiada udokumentowane kwalifikacje, np. zakończoną specjalizację w danej dziedzinie, czy nie ma zastrzeżeń moralno-etycznych; komisja sprawdza na miejscu czy lokal i wyposażenie jest odpowiednie.
3. Wymieniona w punkcie 2 komisja wykonuje okresowe kontrole lekarzy praktykujących prywatnie. W tym celu wizytuje gabinety lekarskie, gdzie kontroluje stan lokalu, stan wyposażenia, sposób prowadzenia dokumentacji, sposób ogłaszania się (wywieszka czy szyld).
W razie stwierdzenia uchybień na wniosek komisji Okręgowa Izba Lekarska może zawiesić lub odebrać prawo wykonywania prywatnej praktyki lekarskiej.
4. W sprawie sposobów ogłaszania się lekarzy praktykujących prywatnie w formie szyldów i ogłoszeń w prasie powołana przez Naczelną Izbę Lekarską komisja opracuje wytyczne — co jest dopuszczalne, a co nie. Projekt wytycznych zostanie przedstawiony na plenarnym posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej,

Dodatkowe dochody

W ślad za pismem z dnia 15 lipca 1991 r., znak: EKF-03-114/91 Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej — Departament Ekonomiczny w uzgodnieniu z Ministerstwem Finansów (pismo z dnia 19 sierpnia 1991 r. znak: FSG-429-124/91) podaje poniżej przykłady źródeł dochodów środków specjalnych zakładów społecznych służby zdrowia uzyskanych z opłat za usługi medyczne świadczone przez te zakłady, a w szczególności:

- 1) za leczenie osób nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń leczniczych i osób z zagranicy,
- 2) przerywanie ciąży kobietom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń leczniczych (nie dotyczy zabiegów dokonywanych ze względu na wskazania lekarskie),
- 3) badanie stanu zdrowia osób ubiegających się o prawo jazdy i kierowców,
- 4) ocenę stanu zdrowia obywateli polskich kierowanych do pracy za granicą u pracodawców zagranicznych,

Dokończenie na str. 11

Dodatkowe dochody

Dokończenie ze str. 10

- 5) pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych,
- 6) badania i pomiary wykonywane przez stacje sanitarno-epidemiologiczne, w wyniku których stwierdza się przekroczenia wartości dopuszczalnych normatywów higieniczno-zdrowotnych,
- 7) badania importowanych środków spożywczych i przedmiotów użytku,
- 8) produkcję i sprzedaż płynów infuzyjnych w aptekach szpitalnych,
- 9) badanie ilościowe i jakościowe płynów infuzyjnych produkowanych w aptekach szpitalnych,
- 10) badania kontrolne i okresowe wykonywane na zlecenie obywatela, zakładów pracy, firm prywatnych itp.,
- 11) zapłodnienie „in vitro”,
- 12) zabiegi upiększające, itp.

Środki finansowe uzyskane przez zakłady społeczne służby zdrowia z powyższych tytułów gromadzone na rachunkach środków specjalnych tych zakładów przeznaczone mogą być — zgodnie z interpretacją Ministerstwa Finansów zawartą w piśmie z dnia 25 czerwca br., znak: BP-6-429/26/91 — na bieżącą działalność pozapłacową tych zakładów w zakresie ochrony zdrowia.

Jednocześnie Departament informuje, że na rachunek środków specjalnych mogą być również przekazywane kwoty wpłat z tytułu wynajmowania pomieszczeń i urządzeń zakładów społecznych służby zdrowia na cele prywatnej praktyki lekarskiej.

Zgodę na zawarcie umowy najmu powinien wyrażać organ prowadzący i nadzorujący za-

kład (wojewoda ewentualnie rada lub zarząd gminy) po wnikliwym rozważeniu wszystkich wynikających stąd zagrożeń i korzyści.

Zawarcie umowy najmu nie może w żadnym wypadku organiczać dostępności usług wchodzących w zakres statutowych zadań konkretnego zakładu służby zdrowia. Konstrukcja umowy powinna opierać się na przepisach kodeksu cywilnego.

Przy ustalaniu wysokości czynszu (opłaty) powinny być uwzględnione następujące koszty:

1. Przy najmie lokalu:
 - a) koszty osobowe związane z zatrudnieniem sprzątaczek, dozorców itp.,
 - b) koszty rzeczowe:
 - opłaty za energię elektryczną, ciepłą, wodę, gaz,
 - usługi materialne: remonty bieżące, konserwacje pomieszczeń, usługi pralnicze, wywóz nieczystości,
 - usługi niematerialne: czynsz, opłaty telefoniczne,
 - materiały i środki czystości,
 - koszty amortyzacji.
2. Przy najmie aparatury i urządzeń medycznych koszty amortyzacji, czynsz, koszty konserwacji i napraw, opłaty za energię elektryczną.

O ile umowa obejmuje najem urządzeń medycznych łącznie z drobnym sprzętem medycznym (próbówki, strzykawki, szkło laboratoryjne itp.) to również koszty zużycia drobnego sprzętu medycznego.

3. Przy najmie lokalu łącznie z wyposażeniem (aparatura, urządzenia medyczne, drobny sprzęt medyczny) do kalkulacji kosztów przyjmuje się rodzaje kosztów wymienionych w pkt. 1 i 2.

Do umowy najmu powinna być załączona szczegółowa kalkulacja ceny (opłaty).
Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej

Listy do redakcji

Zmierzch profilaktyki

W dobie tak wielu zmian w naszej dziedzinie nie możemy pozostać poza nurtem reform. Chodzi przy tym nie o teoretyczne rozważania, ale o wniesienie konkretnych propozycji, mających na celu poprawę sytuacji w najważniejszym dziale lecznictwa-profilaktyki w okresie niezwykle słabej kondycji budżetu państwa.

Wiadomo, że stan zdrowia narodu jest wypadkową sytuacji społeczno-bytowej i ekologicznej, stanu sanitarnego, osiągnięć naukowo-medycznych w kraju i na świecie, oraz organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia.

Jaka jest sytuacja społeczno-bytowa w naszym kraju, wiemy wszyscy, gdyż odczuwamy to i w naszej pracy (braki w wyposażeniu szpitali) i we wzroście zachorowań na choroby cywilizacyjne, co świadczy o stopniu degradacji biosfery.

Ale ochrona naturalnego środowiska człowieka to zagadnienie interdyscyplinarne i międzynarodowe, wymagające oddzielnego omówienia, niezwykle ważne, gdyż dotyczy globalnej profilaktyki chorób cywilizacyjnych.

Szczególnie smutne jest to, że tak niedawno, gdyż w 1977 r. Ś.O.Z. przyjęła rezolucję, która głosi: „Zdrowie dla wszystkich do 2000-go roku”. A czyż można realizować to piękne hasło bez uwzględnienia profilaktyki i promocji prozdrowotnych? Jest to pytanie uwzględniające bardzo szeroko warunki życia, pracy, wypoczynku psycho-fizycznego, zdrowej żywności, higieny żywienia i higieny życia w najszerszym tego słowa znaczeniu.

Reforma ochrony zdrowia musi uwzględniać systemy informacyjne i ekonomikę, innymi słowy przejść na nowe tory przez okres pewnego chaosu organizacyjnego, w którym profilaktyka tak jednostkowa, jak i globalna może zostać zepchnięta na plan dalszy.

Już dziś odczuwamy przykre ograniczenia w zakresie działań profilaktycznych, jak np. wzywianie kobiet do kontrolnych badań cytologicznych, kobiet ciężarnych (i to wcale nie dlatego, że opieka prenatalna straciła na znaczeniu) oraz kobiet do kontroli po porodzie.

W najbliższej przyszłości w szkołach nie będzie lekarzy szkolnych ani lekarzy dentyków z powodu braku pieniędzy. A przecież nikt nie sądzi, że wykrywanie wad postawy, wad wzroku i czuwanie nad stanem uzębienia jest rzeczą zbędną. Wiemy wprawdzie, że w nowej strukturze ochrony zdrowia jest przewidziany lekarz domowy, który będzie odpowiedzialny za zdrowie ludności w powierzonym mu rejonie. Wymaga to jednak ogromnej wiedzy i dużego doświadczenia.

REKLAMA

„Gorący” temat. Reklama w medycynie jako nośnik informacji. Jest to problem „ponadsektorowy” w codziennej pracy personelu medycznego i paramedycznego. Kryje w sobie zarówno informację, jak i reklamę. Nadzedł czas prawnego uregulowania przekazu informacji, który przez wiele lat nie był, czy też nie chciał być dostrzegany.

Podążając torem informacji należałoby prześledzić historyczne uwarunkowania reklamy od momentu odzyskania przez Polskę niepodległości. W okresie międzywojennym każdego lekarza obowiązywała specyficzna jawność zawodowa. Nie wdając się w genezę owej jawności wspomnę, iż niezależnie od tego, czy lekarz prowadził prywatną praktykę, był zobowiązany do ujawnienia swej fizycznej obecności poprzez charakterystyczną tablicę informacyjną wywieszoną w miejscu zamieszkania. Nieprzypadkowo użyłem słowa — charakterystyczną. Dzisiaj użylibyśmy słowa — znormalizowaną. Zarówno treść jak i forma, tj. kolor tablicy oraz liternictwo były

określone i jednolite w całym kraju. Dopuszczalna była tylko informacja o nazwisku lekarza, jego specjalności i godzinach ordynacji. Niedopuszczalne były tablice ogłoszeniowe poza miejscem zamieszkania. Wszelkiego rodzaju anonse w prasie dotyczyły jedynie ogłaszania przerw w praktyce lub jej wznawiania.

W powojennym okresie nastąpiła bezprawna symbioza starego i nowego. Tolerowano formalne nieścisłości m.in. pomiędzy tytułem zawodowym zawartym w dyplomie lekarskim, a treścią tablicy ogłoszeniowej. Formalnie nie istnieje przecież „lekarz medycyny, lecz „lekarz”, nie „lekarz stomatolog”, lecz „lekarz dentysta”. Podobnie jest ze specjalnościami, choćby niejednolite określenia lekarzy ginekologów, czy dermatologów.

Kompromisowe rozwiązanie problemu informacji medycznej trwało do utworzenia III Rzeczypospolitej. Dopiero zmiana formacji

Dokończenie na str. 12

Dokończenie na str. 13

Urząd Wojewódzki w Wałbrzychu Wydział Zdrowia ogłasza KONKURS

na stanowiska:

- **ordynatora Oddziału Wewnętrznego Górniczego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Wałbrzychu**, liczącego 72 łóżka. Wymagany II stopień specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych
- **ordynatorów Oddziałów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku**
- **ordynatora Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego**, liczącego 40 łóżek. Wymagany II stopień specjalizacji w zakresie chorób zakaźnych
- **ordynatora Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej** — liczącego 31 łóżek. Wymagany II stopień specjalizacji w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej
- **ordynatora Oddziału Neurologicznego**, liczącego 51 łóżek. Wymagany II stopień specjalizacji w zakresie neurologii.

Zapewnia się dobre warunki płacowe. Sprawa mieszkania — do uzgodnienia na miejscu.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o składanie dokumentów określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 2.10.1990 r. w sprawie zasad i trybu powoływania oraz przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia (Dz.U. nr 70 z dnia 12.10.1990 r. poz. 416).

Oferty na konkurs prosimy kierować w terminie 30 dni od daty ogłoszenia, adres: Urząd Wojewódzki 58-300 Wałbrzych, Wydział Zdrowia Al. Wyzwolenia 20.

REKLAMA

Dokończenie ze str. 11

polityczno-ekonomicznej spowodowała burzę reklamową. W tej kampanii prym wiodły przeróżne spółki paramedyczne, które korzystając z luk prawnych mogły reklamować świadczenia lekarskie na wielobarwnych, jaskrawych tablicach, w prasie i telewizji, a nawet na pojazdach. Z kolei informatycy poczęli samorzutnie „upychać” w komputerowych bazach danych adresy lekarzy prywatnie praktykujących w celu publikowania lokalnych informatorów medycznych. Dolnośląska Rada Lekarska w powyższej sprawie przyjęła, być może niesłusznie, jednoznaczną postawę nieakceptacji.

Problem reklamy i informacji medycznej był także jednym z ważniejszych problemów dyskutowanych przez Zespół d/s Praktyk Prywatnych i Prywatyzacji. Pierwotnie przyjęto model międzywojenny, zresztą formalnie potwierdzony rozporządzeniem ministra zdrowia z 14 listopada 1988 r.¹, z dopuszczeniem biuletynów informacyjnych tylko dla lekarzy. W lipcu br. postanowiono zrewidować stanowisko na forum ogólnokrajowym z uwzględnieniem sugestii zainteresowanych lekarzy.

Stąd apel do Koleżanek i Kolegów — prosimy o szybkie nadsyłanie własnych opinii, by znów nie przeoczyć możliwości legislacyjnych.

Ciąg dalszy na str. 13

Ninth International Congress of Endocrinology

Organized by
the International Society Endocrinology

Nice • France • august 30 • september 5 • 1992

Abstract Categories

- 1 — CRH, ACTH, POMC
- 2 — Adrenal Cortex
- 3 — Adrenal Medulla, Catecholamines
- 4 — Renin, Mineralocorticoids, ANF, ADH
- 5 — Thyroid, TRH, TSH
- 6 — PTH, Calcitonin, vit-D, Bone
- 7 — Prolactin
- 8 — GH, GH-RH, Somatostatin, Growth
- 9 — Growth Factors

- 10 — Insulin, Glucagon, GI Peptides
- 11 — Diabetes Mellitus, Obesity, Lipids
- 12 — Reproduction, Neuroendocrine Control (GnRH, Gonadotropins, Inhibin)
- 13 — Reproduction, Gonadal Control, Male (Androgens, Testes)
- 14 — Reproduction, Gonadal Control, Female (Estrogens, Progestins, Ovary)
- 15 — Developmental Endocrinology

- 16 — Signalling Systems
- 17 — Gene Regulation and Structure
- 18 — Neuroendocrinology (Neuropeptides, Neurotransmitters, Rhythms, Pineal)
- 19 — Hormones and Cancer
- 20 — Hormones and Aging
- 21 — Hormones and Behavior
- 22 — Miscellaneous

ESTROGEN — INDUCED PROTEASES IN BREAST CANCER.

H. Rochefort*, P. Augereau, F. Capony, V. Cavailles, H. Garcia, G. Freiss, P. Biozzo, P. Montcourrier, M. Morisset, T. Maudelonde and F. Vignon, Unité Hormones et Cancer (U148) INSERM, 60, rue de Navacelles, 34 090 Montpellier, France.

In estrogen-receptor-positive human breast cancer cell lines (MCF7, ZR75), estrogens stimulate cell proliferation ...

Listy do redakcji

W związku z tym musi ulec zmianie kształcenie kadr medycznych i to nie tylko lekarskich.

Ale zanim to nastąpi, zaniedbania profilaktyczne dadzą o sobie znać w różnym czasie i w rozmaitej formie i czy będą do odrobienia?

Dla nas w obecnych warunkach brzmi to szczególnie szokująco, gdyż tak długo i usilnie pracowaliśmy nad upowszechnieniem znaczenia promocji zachowań prozdrowotnych, wcielając w życie hasło: „Twoje zdrowie — w Twoich rękach”. Z dużym zaangażowaniem i niełatwą wytrwałością podnosiliśmy stopień świadomości społecznej na ten temat w zakładach pracy i w szkołach podstawowych oraz ponadpodstawowych.

Uwzględniając powyższe, chyba warto byłoby już dziś zrobić wstęp do reformy i dokonać w każdym ZOZ przeglądu wyników pracy fachowych pracowników — lekarzy i pielęgniarek, łącznie z pielęgniarkami środowiskowymi, które — może niezgodnie z zakresem swych obowiązków — są zatrudniane przy roznoszeniu wezwań do ponownych badań cytologicznych, kobiet ciężarnych nie zgłaszających się w odpowiednim czasie do Por. „K”, czy kobiet po porodzie. Położne środowiskowe oraz pielęgniarki wykorzystywane są w tym celu dlatego, że na wezwania listowne nie można sobie pozwolić ze względów finansowych, a na zupełne zaniechanie — ze względów moralnych.

Zastanówmy się więc nad jakimś rozwiązaniem, aby utrzymać działalność profilaktyczną przynajmniej na dotychczasowym poziomie, gdyż w przeciwnym razie z hasła „Zdrowie dla wszystkich do 2000 roku” zostanie tylko to pewne, że nieubłagany Chronos wybiję północ, a ręka może jedyne zdrowego człowieka zerwie kartkę kalendarza z nadrukiem — 31.12.1999 r.

Lek med. Maria Chudziak

REKLAMA

Dokończenie ze str. 12

Osobiście przychylam się do koncepcji liberalnej. Wydaje mi się, że współczesne czasy, z ich nadmiarem informacji, są mniejszym złem, niż brak informacji. Jednak informacja medyczna powinna być w dalszym ciągu pozbawiona cech reklamy i werbalnej konkurencji. Brak śmiertelnej powagi wcale nie umniejsza randze zawodu, jednak subtelne kryterium, choćby dobrego smaku, powinno dość — o paradoksie — precyzyjnie i jednoznacznie wyznaczyć zakres wszelkiej informacji. Unormowaniu powinny podlegać także pozostałe aspekty informacji tj. ewentualna odpłatność za informację (w miejscu zamieszkania — bezpłatnie), dopuszczalność informacji w postaci obrazu (zdjęcia, filmy), handel informacją, kontrola, ingerencja prawna w treść informacyjną, a co za tym idzie, również karalność za wykroczenia.

DIL pilnie oczekuje uwag o informacji w medycynie. Problem „pilnuje” Komisja d/s Praktyk Prywatnych i Prywatyzacji, zaś wyniki sondażu opublikujemy w Biuletynie Informacyjnym.

Jerzy Piekarski

Sierpień 1991 r
1 Paragraf 1.

Lekarze, lekarze dentyści, uprawnieni technicy dentyści i technicy dentyści wykonujący prace laboratoryjne na zlecenie lekarzy dentyków, posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu poza zakładami społecznymi służby zdrowia, mogą ogłaszać się podając imię, nazwisko, tytuł lub stopień naukowy, określenie zawodu, stopień i dziedzinę specjalizacji oraz godziny przyjęć.

Dyżury członków Prezydium i Rady DIL

PONIEDZIAŁEK

Ryszard Łopuch godz. 12.00—14.00
Franciszek Marcinkowski
(radca prawny) godz. 12.30—14.00
Barbara Bruziewicz-
-Mikłaszewska godz. 13.00—15.00

WTOREK

Janina Kasprzak-
-Wójtowicz godz. 13.00—15.00
Włodzimierz Bednorz godz. 13.00—15.00
Maria Jagas godz. 14.00—15.00

ŚRODA

Zdzisław Plamieniak godz. 13.00—15.00
Lech Żynda godz. 15.30—16.30
(przewodniczący Sądu Lekarskiego)

CZWARTEK

Andrzej Pawlak godz. 9.00—11.00
Wiesław Iwanowski godz. 10.00—11.00
Tadeusz Heimrath godz. 12.00—13.00
(rzecznik odpowiedzialności zawodowej)
Ryszard Łopuch godz. 13.00—15.00
Maria Jagas godz. 14.00—15.00
Ryszard Maj godz. 16.00—19.00
Franciszek Marcinkowski
(radca prawny) godz. 13.00—15.00

PIĄTEK

Teresa Bujko godz. 11.30—13.30

Dolnośląska Izba Lekarska z siedzibą we Wrocławiu uprzejmie informuje o możliwości zamieszczenia w naszym Biuletynie Lekarskim informacji dotyczących:

- leków
- przetworów galenowych
- preparatów ziołowych
- aparatury medycznej
- sprzętu ortopedycznego, rehabilitacyjnego
- środków opatrunkowych
- komputerów
- konkursów na ordynatorów, dyrektorów szpitali i wszelkich innych związanych z lecznictwem.

Biuletyn w swoim założeniu jest miesięcznikiem, a jego adresem jest około 8 000 lekarzy z województw:

- jeleniogórskiego
- legnickiego
- wałbrzyskiego
- wrocławskiego

Aktualny cennik:

ogłoszenia drobne — 3000 zł za słowo,

ogłoszenia duże — 5000 zł za cm².

Zastrzegamy sobie prawo zmiany cen.

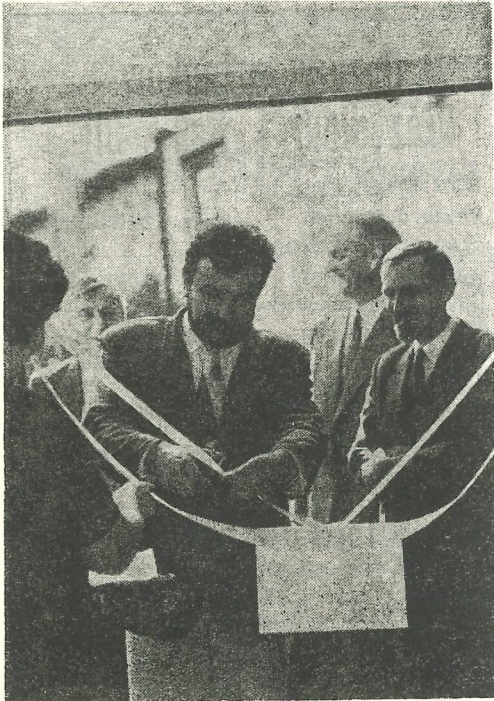
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrii w Krośnicach wój. wrocławskie
w uzgodnieniu z Dolnośląską Izbą Lekarską
ogłasza konkurs
na stanowisko
ordynatora dziecięcego oddziału psychiatrycznego

Wymagana jest specjalizacja II stopnia specjalizacji z psychiatrii dziecięcej bądź II stopnia z psychiatrii dorosłych (wskazany staż pracy w psychiatrii dziecięcej) oraz minimum 6-letni staż pracy i dobry stan zdrowia.

Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w rozp. MZiOS z 2.X.1990 r. par. 7, ust. 1 w sprawie zasad i trybu przeprowadzania konkursów na niektóre stanowiska kierownicze w zakładach społecznych służby zdrowia (Dz.U. nr 70 z 1990 r. poz. 416).

Oferty w kopertach z adnotacją „Konkurs” należy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia pod adresem: Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, ul. Matejki 6.

Zakład zapewnia mieszkanie rodzinne.



dr Ryszard Maj przecina wstęgę
Obok burmistrz Milicza, mgr Janusz Wierzo-
wiecki

Jedno z bardziej prężnych Kół Izby na Dolnym Śląsku obejmujące ZOZ Milicz ma od 21 września br. swój własny lokal. Dzięki uprzejmości Pana Burmistrza, starostem kolegów lekarzy na czele z dr. Krzysztofem Krzemieniem, wyremontowano stary sklep w bu-

Koło otwarte

dynku ZOZ-u. Powstała piękna sala mogąca pomieścić kilkadziesiąt osób. Można w niej urządzać zebrania, wykłady, szkolenia, a także wieczory kulturalne.

Uroczystego przecięcia wstęgi dokonali — Przewodniczący DIL kol. Ryszard Maj i Przewodniczący Koła kol. Alf. Ryszard Maj.

Milym akcentem uroczystości było ognisko w pobliskim Ośrodku Wypoczynkowym Karłow. Pieczyście przygotowali tam własnoręcznie lekarze, którzy okazali się równie dobrymi kucharzami, jak budowniczymi swojej siedziby. Dalszy ciąg integracji środowiska odbywał się w rytm tańców dyskotekowych. I ja tam byłem, miód i wino piłem ...

W.B.

Zapiski emeryta

Odwiedził mnie w ogródku mój młodszy kolega rejonowy — przewodniczący Koła DIL. Piliśmy piwo przy różnie. Rozmawialiśmy o życiu — o pacjentach, chorobach, pieniądzach, samochodach. Nagle wybuchnął — no i po co nam były te izby! Składki ściągają, a pensje nadal głodowe, zmian żadnych nie widać.

Niestety, ani ja, zmian jesiennie nie widać, ani on postem, więc mogliśmy tylko ponarzekać przy kolejnym kufelku, bo prawo w tym kraju tworzone jest przez parlament, a nie przez izbę lekarską.

Z drugiej jednak strony, poza ustawami i rozporządzeniami istnieje wiele możliwości zrobienia czegoś dobrego. Każde koło izby może wywierać często skuteczną presję na poczynania dyrekcji, prowadzić działalność

szkoleniowo-kulturalną, integrować środowisko. To aktywność setek (niestety tylko setek, a lekarzy w Polsce jest ok. 90 tys.) koleżanek i kolegów, w tym wielu emerytów poświęcających swój czas, swoją benzynę i energię stanowi o sile izby. To ich działania mają uskrzydlać pracę NRL i DIL. Tymczasem nie ma chętnych do pracy w różnych Komisjach, nie ma odważnych do pisania o różnych sprawach do Biuletynu. W wielu przypadkach zażegnanie konfliktów środowiskowych byłoby możliwe na spotkaniu członków Koła. Konieczna jest własna aktywność, praca dla wspólnego dobra, działania organizacyjne bez oglądania się na innych.

Ty także jesteś członkiem izby. Co zrobiłeś do tej pory, po 2 latach? To już półmetek kadencji, Kolego Przewodniczący Kałdego Koła.

Emeryt

Przyszedł pacjent do lekarza...

Pacjenci lubią nieraz przedstawiać swoją sprawę powoli, okrężnymi drogami, by nie urazić lekarza zbyt bezpośrednio — jak w poniższych przykładach:

PACJENT MÓWI:

Zajmę tylko chwilę.

Ładnie dziś jak na tę porę roku.

Okropnie łamię mnie w krzyżach.

Jak mnie tak połamię, to tygodniami nie mogę dojść do siebie.

Sliczna sukienka, pani doktor.

Jest pan cudowny, doktorze.

Mam tu taką plamkę na ręce (głowie, kolanach) itp.

Nie chcę zabierać panu czasu, jest wielu bardziej chorych ode mnie...

Wcale nie jestem w depresji.

Poproszę tylko coś na to nadwyreżone ściągno.

Jestem bez pracy, żona się rozpiła, sześciolatekni syn został narkomanem, a jutro sprwadają się do nas teściowie.

Czy to jakiś nowy lek?

(pacjentka) Proszę mnie zapisać do kobiety — lekarki.

(pacjent) Chcę się dostać do lekarza — mężczyzny.

TO ZNACZY:

Ma pan dla mnie godzinę albo i dwie?

Mam wielką prośbę.

Przydałoby mi się zwolnienie.

Chciałbym mieć zwolnienie na miesiąc.

Albo na dwa miesiące.

To miło, że mi pan poszedł na rękę.

Czy to jest AIDS?

I wszyscy siedzą tu w poczekalni, na pewno już coś złapałem.

Jestem w strasznej depresji.

Jestem bez pracy, żona się rozpiła, sześciolatekni syn został narkomanem, a jutro sprwadają się do nas teściowie.

Niech mnie pan poklepie po ramieniu i da coś na nadwyreżone ściągno.

Niech mnie diabli jeżeli mam robić za królika doświadczalnego.

Mam kobiece dolegliwości, a lekarz mężczyzna mi powie, że mam kobiece dolegliwości i trzeba się z tym pogodzić.

Kobiety nie są dobrymi lekarzami. Powinny siedzieć w domu i opiekować się dziećmi, a nie studiować medycynę.

(Punch)

Konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: Bank Gospodarki Żywnościowej, Wrocław, nr 89-30 22-9537-132-1

WYDAWCA: DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA 53-333 Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 22-50-56, 22-50-57
Komitet redakcyjny: W. Bednorz, J. Bromirska — redaktor naczelny, A. Głowacki, J. Piekarski, U. Pudys, B. Romanowicz — T. Wilniewicz — korekta, E. Zborowicki — redaktor techniczny.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania materiałów oraz zmian w tytułach.
Skład i druk: WZGraf. Zakład Nr 2 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego
Zam. nr 353/91. Złożono do druku we wrześniu i październiku br. Nakład 4000.
Sekretariat DK czynny codziennie do godz. 17.00, w czwartek do godz. 18.00.