



BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WROCLAW

LISTOPAD—GRUDZIEŃ 1991

Nr 11—12(20)

Kongres Chirurgów Polskich we Wrocławiu

Bogdan Łazarkiewicz

W dniach od 15 do 18 września 1991 roku odbywał się 55 Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich we Wrocławiu.

W Zjeździe brało udział 1876 chirurgów, w tym 104 z zagranicy. Uroczyste otwarcie Zjazdu miało miejsce w Operze Wrocławskiej, skąd po obejrzeniu I aktu opery Verdiego *Traviata*, uczestnicy udali się do Ratusza na spotkanie z Prezydentem Wrocławia.

Część naukowa odbywała się przez trzy dni w gmachu głównym Politechniki Wrocławskiej, równoległe w czterech salach. W wyborze tematyki naukowej kierowaliśmy się zapotrzebowaniem na nowoczesność i postęp, uwzględniając również specyfikę i osiągnięcia obecnej chirurgii wrocławskiej. Wygłoszono 240 wykładów, referatów oraz przedstawiono 24 filmy naukowe. Obrady rozpoczęto wykładem im. Ludwika Rydygiera, pod tytułem *Problemy współczesnej medycyny — rak płuca*, który wygłosił prof. dr hab. Zbigniew Papliński. Ponadto:

Zapalenie otrzewnej omawiane było podczas trzech sesji naukowych, konferencji

plakatowej i dyskusji panelowej, w czasie której wypracowano jednolite stanowisko na temat leczenia ciężkiego rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej — otwartym etapowym płukaniem jamy brzusznej.

Nienowotworowe schorzenia przełyku to temat dwu sesji poświęconych chorobie refluksowej i po jednej sesji na temat kurczu wpustu, rekonstrukcji przełyku i perforacji przełyku.

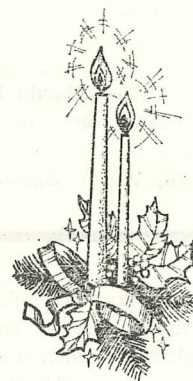
Chirurgiczne leczenie miażdżycy było tematem dwu sesji referatowych, sesji plakatowej oraz dyskusji panelowej.

Transplantacje narządów i chirurgię rekonstrukcyjną omawiano podczas trzech sesji naukowych.

Postępy w chirurgii wypełniły trzeci, ostatni dzień Zjazdu. Były to sesje poświęcone chirurgii wątroby, chirurgii jelita grubego i odbytnicy, oraz „varia” i forum chirurgii doświadczalnej.

Dokończenie na str. 2

*Spokojnych,
pogodnych
Świąt
Bożego
Narodzenia
i szczęśliwego
Nowego Roku*



życzy

Redakcja

Próba interpelacji - może nastąpi reforma?

Leszek Pałka

Doczekaliśmy się, w co wielu z nas nie wierzyło, pierwszego i to także ważnego kroku w reformę opieki zdrowotnej.

Tuż przed końcem swojej kadencji Sejm R.P. zatwierdził długo oczekiwaną ustawę „O zakładach opieki zdrowotnej”, która następnie, pomimo gromkiego krzyku oponentów, podpisana została przez Pana Prezydenta R.P.

Jest to ustawa na pewno rewolucjonizująca cały system opieki zdrowotnej w naszym kraju, której dobre funkcjonowanie zależeć jednak będzie również w dużej mierze od 19 aktów wykonawczych, powinna je wydać rada ministrów, minister zdrowia, finansów i inni, ustawa dotyczy bowiem wielu resortów. Należy mieć nadzieję, że nie wypaczą one sensu zapisanych w ustawie nowo-

czesnych rozwiązań systemowych i będą wydane w określonym przez ustawę terminie tj. do czasu wejścia jej w życie (3 miesiące od daty opublikowania).

W przeciwnym bowiem razie będzie to poważne zagrożenie dla wprowadzenia w prawidłowy sposób ustawy w życie.

Dokończenie na str. 3

Kongres Chirurgów Polskich we Wrocławiu



Fot. Paweł Golusik

Dokończenie ze str. 1

Uzupełnieniem części naukowej Zjazdu były wystawy połączone z demonstracją nowoczesnej aparatury, sprzętu i medykamentów. W czasie Zjazdu odbyło się Walne Zgroma-

dzenie członków TChP, które udzieliło absolutorium ustępującemu Zarządowi Głównemu, uchwaliło nowy Statut TChP i Wybrało nowe władze. Prezesem elektem wybrany został prof. dr hab. Seweryn Wiechowski, który

obejmie to stanowisko za dwa lata. Funkcję prezesa obejmie dotychczasowy elekt, prof. Paweł Misiuna. Redaktorem naczelnym „Polskiego Przeglądu Chirurgicznego” pozostał nadal prof. dr hab. Wojciech Noszczyk.

W drugim dniu Zjazdu odbyła się uroczystość wręczenia wybitnym chirurgom polskim i zagranicznym dyplomów Członka Honorowego TChP. Otrzymali je: dr med. Kazimierz Józef Wojroch z Warszawy, prof. Anna Pannecka z Lublina, prof. Frantisek Rehak z Pra-
gi, prof. Richard J. Earlm z Londynu, prof. Hiroshi Akyama z Tokio, prof. Michio Mito z Asahikawa, prof. Rudolf Pichlmayer z Hannoveru i prof. Alan B. Birt z Norwich. Członkami Korespondentami TChP zostali: prof. Teodoz Suchy z Hradec Kralove, prof. Pavel Pavko z Pra-
gi i prof. Hanno Millesi z Wiednia. Wręczono również nagrodę im. T. Orłowskiego, którą otrzymał prof. dr hab. Witold Rudowski. W czasie tej uroczystości, dotychczasowy prezes, prof. Bogdan Łazarkiewicz wygłosił wykład pt.: *Europejskie tradycje chirurgii wrocławskiej*, a następnie przekazał symboliczny łańcuch nowemu prezesowi, prof. Pawłowi Misiunie, który będzie organizatorem następnego Zjazdu w Lublinie w 1993 roku.

Wśród imprez towarzyszących Zjazdowi na uwagę zasługuje Piknik na terenie Zamku w Wojnowicach, w którym wzięło udział około 1500 uczestników.

Bogdan Łazarkiewicz

W dniach 25–26 października br. odbyło się w Jachrance k/Warszawy kolejne spotkanie szkoleniowe dla członków Naczelnego Sądu Lekarskiego i Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej. Program obejmował wykłady sędziów Sądu Najwyższego (Alina Gordon-Krakowska, Józef Mikoś) i profes-

dane w aktualnie dostępnych podręcznikach”. Podnoszono także, w oparciu o wiele przykładów, zagadnienia związane z art. 164 KK, dotyczące spraw nieudzielenia przez lekarza pomocy uczestnikowi wypadku drogowego, tłumaczącemu się, że i tak nie udało się go uratować (ze względu na ciężkość obra-

stał na obiektywne, prowadzone bez emocji, postępowanie przygotowawcze i na konieczność wnikliwego uzasadnienia wyroku. Często uchylane są przez Sąd Naczelny orzeczenia Sądów Okręgowych tylko dlatego, że logiczny wyrok (orzeczenie) poprzedzony jest zupełnie chaotycznym uzasadnieniem. Podnoszono konieczność powoływania biegłych, szczególnie w przypadkach większej wagi. Prof. prof. A. Wagner i S. Pużyński, w omówieniu spraw prowadzonych w ostatnim roku przez rzeczników, podkreślili szczególnie rolę prawidłowo prowadzonej dokumentacji lekarskiej, która w wielu przypadkach „broni” obwinionego lekarza.

Na zakończenie prof. Stanisław Leszczyński (Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej) zaakcentował pełną niezawisłość postępowania rzeczników i sądów lekarskich, fakt całkowitej równości wszystkich lekarzy wobec prawa, a także zaapelował o zapoznanie się z projektem kodeksu etyczno-deontologicznego przygotowanego przez Komisję Etyki Rady Naczelnej. Projekt ten, po szerokiej dyskusji wśród lekarzy całego kraju, ma być zatwierdzony na Nadzwyczajnym Zjeździe w grudniu br.

Włodzimierz Bednorz

Proszę wstać, Sąd idzie

rów prawa (Genowefa Rejman, Ksawery Dubiński). Po każdym z referatów była dyskusja, w której uczestnicy konferencji sprowadzali czysto teoretyczne często rozważania prawników na konkretny grunt praktyki lekarskiej.

Omówiono szeroko pojęcie wiedzy medycznej podane przez prof. B. Popielskiego: „wiedza medyczna obejmuje to, co jest wykładowane w akademiach medycznych i jest po-

żeń). Wyjaśniono, że „dopóki człowiek żyje, lekarz ma obowiązek podjęcia czynności leczniczych”. Wiele uwagi poświęcono doskonaleniu procedury prawnej w pracy rzeczników i sędziów. Tłumaczono, że Sąd Lekarski nie jest organem koleżeńskim — skoro ma prawo odebrania prawa wykonywania zawodu, to postępowanie przed nim musi być prowadzone *lege artis*. Wyjaśniano prawa obwinionych, szczególny nacisk położony zo-

Co z lekarzem medycyny rodzinnej?

W nawiązaniu do przesłanego przez nas pisma z dnia 20.VIII.91 r. w sprawie rozpoczęcia szkolenia lekarza rodzinnego przesyłamy dodatkowe informacje.

I. W związku z powszechnym oczekiwaniem środowiska medycznego oraz społeczeństwa na powstanie lekarza medycyny rodzinnej, w Centrum podjęte zostały prace przygotowawcze dla opracowania kompleksowego programu i ewentualnej przyszłej specjalizacji z tego zakresu.

W pierwszym etapie przygotowany został program szkolenia z chorób wewnętrznych sprofilowany na działalność lekarza rodzinnego. Od 1992 roku program ten będzie rozszerzony o szkolenie w zakresie innych specjalności lekarskich i paramedycznych, składający się na przyszły program specjalizacji z medycyny rodzinnej.

II. Odbycie szkoleń cząstkowych z dopełnieniem sprawdzianu wiedzy zakończone będzie wydaniem odpowiednich zaświadczeń uznanych za spełnienie warunków koniecznych do uzyskania specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej po jej wprowadzeniu.

III. W chwili obecnej proponujemy zainteresowanym następujące możliwości szkolenia:

1. udział w stacjonarnym kursie internistycznym prowadzonym przez dr n. med. A. Śliwowskiego w jego oddziale w terminach: 2—30.XI.91 r., luty, kwiecień i maj 92 r. Liczba kursantów do 38 osób na każdym kursie.

2. Udział w 5-dniowym kursie w Zakładzie Anestezjologii i Intensywnej Terapii PSK Nr 1 im. prof. W. Orłowskiego w dniach: 2—6.XII.91 r. i 9—13.XII.91 r.

Tematyka:

a) Podstawy resuscytacji i reanimacji z ćwiczeniami praktycznymi,

b) Przygotowanie psycho-fizyczne chorego do operacji przez lekarza rodzinnego,

c) Podstawowe informacje na temat leczenia bólu.

Liczba lekarzy — 3. Czas zajęć od 8.00—14.00.

Następne kursy tego typu w 1992 r. będą się odbywały co tydzień od stycznia do czerwca i od września do grudnia.

3. Udziały w stacjonarnym kursie n.t. *Interpretacje podstawowych badań usg i rtg.* Zakład Radiologii PSK 1 im. prof. W. Orłowskiego. Termin: 9—13.XII.91 r. w godz. 8.00—14.00. Liczba lekarzy — 7. Następne tego typu kursy w 1992 r. będą się odbywały w I i III tydzień miesiąca od stycznia do czerwca oraz od września do grudnia.

4. Kolejne formy szkolenia to:

a) otwarte dla wszystkich lekarzy, a pragnących się specjalizować w medycynie rodzinnej sesje naukowo-dydaktyczne o profilu internistycznym, prowadzone przez zespół pod kierunkiem dr. A. Śliwowskiego w roku akademickim 91/92 w 4 środy miesiąca: października i listopada 91 r. oraz stycznia do maja 92 r. włącznie.

O terminach następnych sesji w roku akademickim 92/93 powiadomimy oddzielnie podając szczegółową tematykę. Temat najbliższej sesji w dniu 23.X.91 r.: *Diagnostyka i leczenie hiperliproteinemii.*

IV. Proponujemy, aby na szkolenia kierowani byli przede wszystkim lekarze pracujący aktualnie w podstawowej opiece zdrowotnej niezależnie od posiadanej specjalności.

V. Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc organizatorzy zastrzegają sobie prawo przesunąć kandydatów na inne terminy.

VI. Kwalifikacją kandydatów na powyższe kursy powinni się zająć lekarze wojewódzcy i izby lekarskie.

Zgłoszenia na w/w kursy przyjmuje mgr W. Górecki — Oddział Terenowy CMKP, ul. Gen. Fieldorfa 40, tel. 610-79-07 na 14 dni przed ich rozpoczęciem.

Z-ca DYREKTORA
d/s Klinicznych
Prof. dr hab. med.
Jacek Jastrzębski

Odpowiadając na pismo Pana Przewodniczącego z dnia 3 października 1991 r. znak: DIL-2015-91, uprzejmie informuję, że z rezerwy środków finansowych, jaką dysponowało Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, zostały przyznane dla województwa wrocławskiego środki pozwalające na zatrudnienie 130 tegorocznych absolwentów akademii medycznej. Limit obejmuje kwotę 900 tys. zł miesięcznie na etat przeliczeniowy, na okres 3 miesięcy bieżącego roku.

Przyznano środki finansowe

Ministerstwo nie dysponuje środkami, które pozwoliłyby na zagwarantowanie absolwentom wyższego uposażenia, niż minimalne oraz wynagrodzenia za dyżury zakładowe. W tej sytuacji wynagrodzenie za dyżury zakładowe powinno być wypłacane ze środków zakładu pracy zatrudniającego absolwenta. W przypadku, jeżeli zakład ma trudności w zapewnieniu wynagrodzenia za dyżury zakładowe, istnieje możliwość rezygnacji z części dyżurów, w uzgodnieniu z Departamentem Nauki i Kształcenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

Uważam, że sprawa odpłatności za dyżury zakładowe pełnione przez lekarzy specjalizujących się nie wymaga szczególnych decyzji. Są to bowiem pełnokwalifikowani pracownicy, którzy pełnią samodzielny dyżur, zapewniają opiekę pacjentom, powinni więc być wynagradzani ze środków zakładu, w którym dyżur zakładowy jest pełniony.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami nie ma podstaw prawnych do odbywania stażu podyplomowego w ramach wolontariatu. Wprowadzenie tej formy zatrudniania absolwentów akademii medycznych wymaga zmian w przepisach prawa pracy.

Z poważaniem

DYREKTOR GENERALNY
w Ministerstwie Zdrowia
i Opieki Społecznej
Anna Grzymisławska

Projekt prawa karnego

Komisja do spraw reformy prawa karnego opracowała i opublikowała projekty: prawa karnego, kodeksu wykroczeń oraz kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia. W projektach kodeksu karnego i kodeksu wykroczeń zawarte są m.in. przepisy, których treść pozostaje w związku z problematyką ochrony zdrowia, przy czym niektóre rozwiązania są zupełnie nowe, lub w znacznym stopniu odbiegają od dotychczasowych. Odpowiednie przepisy kodeksu postępowania w

sprawach o wykroczenia mogą zainteresować lekarzy ze względu na ich udział w tym postępowaniu w charakterze biegłych.

W celu umożliwienia środowisku lekarskiemu zaznajomienia się z tymi przepisami, przesyłam w załączeniu ich teksty — z równoczesną prośbą o przekazanie ewentualnych uwag, które pozwoliłyby Naczelnej Radzie Lekarskiej opracowanie i zgłoszenie Komisji uogólnionych ocen i wniosków.

Prof. dr med. Tadeusz Chruściel

W zakresie wyłączenia odpowiedzialności karnej:

Art. 26 § 1. Nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu przeprowadzenia eksperymentu poznawczego, leczniczego, technicznego lub ekonomicznego, jeżeli spodziewana korzyść ma istotne znaczenie poznawcze, lecznicze lub gospodarcze, a oczekiwanie jej osiągnięcia, celowość oraz sposób przeprowadzenia eksperymentu

Dokończenie na str. 5

Projekt prawa karnego

Dokończenie ze str. 4

jest zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy; eksperyment leczniczy i medyczno-poznawczy musi ponadto być zgodny z zasadami deontologii lekarskiej.

§ 2. Eksperyment jest niedopuszczalny bez zgody jego uczestnika należycie poinformowanego o grożących mu ujemnych skutkach oraz stopniu prawdopodobieństwa ich powstania.

§ 3. Eksperyment medyczno lub biologiczno-poznawczy jest niedopuszczalny na osobie małoletniej,

psychicznie chorej lub upośledzonej, pozbawionej wolności, odbywającej zasadniczą służbę wojskową, na płodzie lub na kobiecie w ciąży.

Art. 30 § 1. Nie popełnia przestępstwa, kto z powodu upośledzenia umysłowego, choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych nie mógł w chwili czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem.

§ 2. Jeżeli w chwili popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznawania znaczenia czynu lub kierowania

postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, orzeczona kara nie może przekroczyć dwóch trzecich górnej granicy ustawowego zagrożenia przewidzianego za przypisane sprawcy przestępstwo; sąd może zastosować także nadzwyczajne złagodzenie kary.

§ 3. Przepisów § 1 i 2 nie stosuje się, gdy sprawca wprowadził się w stan odurzenia powodujący wyłącznie lub ograniczenie poczytalności, chyba że nie mógł przewidzieć, iż w tym stanie popełni czyn zabroniony.

Z archiwum medycyny sądowej

Jakiego leczenia wymagała powódka?

Starsza kobieta o nadmiernej tuszy uległa na ulicy wypadkowi — wpadła do źle zabezpieczonej studzienki ściekowej, doznając obrażeń kończyn dolnych. Lekarz chirurg w przychodni, do którego zgłosiła się, rozpoznał „potłuczenie kończyn dolnych”, a sporządzony w historii choroby opis świadczył o sińcach i smugowatych otarciach naskórka. Lekarz zlecił typowe miejscowe leczenie — obrażenia w okresie około 2 tygodni wygoiły się bez powikłań, a kobieta zgłaszała się jeszcze w późniejszym terminie ze skargami na bóle i obrzęki nóg. Niezależnie od doznanych obrażeń dolegliwości te uzasadnione były stanem zdrowia, jak i nadmierną otyłością. Postępowanie karne w sprawie nie było prowadzone.

W kilka miesięcy po wypadku kobieta złożyła pozew w Wydziale Cywilnym Sądu Rejonowego, pozywając Administrację opiekującą się terenem, na którym miał miejsce wypadek, o odszkodowanie. Domagała się ona wysokiej kwoty za doznane obrażenia i „utrata zdrowia”, związane z nimi ujemne przeżycie psychiczne (m. in. odczuwanie bólu) oraz poniesione straty materialne. Jak twierdziła powódka, leczenie prowadzone przez lekarza w przychodni w ramach bezpłatnej służby zdrowia nie było wystarczające i musiała uzupełnić je innymi sposobami leczenia, zlecanymi „prywatnie” przez innych lekarzy. Powódka dołączyła do pozwu spis środków leczniczych i leków, które zużyła i zażyła w trakcie leczenia. Spis był imponujący i mógł kojarzyć się ze średnio zaopatrzonym punktem aptecznym. Było w nim wszystko: kilogramy waty, wiele metrów gazy i bandażu, po kilka sztuk opakowań środków dezynfekujących, maści i zasypek, ale także środki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, kilka rodzajów antybiotyków, witaminy, leki uspokajające, wzmacniające, krążeniowe itp. Konieczność zażywania tak licznych leków powódka uzasadniała „załamaniem się stanu zdrowia” po wypadku, czego lekarz w przychodni nie rozpoznał („bo źle ją badał”) i nie uwzględnił w leczeniu. Poza wy-

żej wymienioną listą powódka dołączyła także do pozwu „Zaświadczenie lekarskie” w formie pisemnego oświadczenia lekarza, że w związku z doznanymi urazami musiała zażywać leki zagraniczne (z Peweksu) i tu podał nazwy dwu leków i ich cenę, wynoszącą po kilkadziesiąt dolarów za opakowanie (kilka lat temu cena ta w przeliczeniu na złotówki była bardzo wysoka).

Sąd na pierwszej rozprawie, po zapoznaniu się z załącznikami do pozwu, zaczął mieć wątpliwości co do zasadności zużycia takiej ilości środków i zażycia takiej ilości leków przez powódkę. Przesłał więc akta sprawy do Zakładu Medycyny Sądowej, z prośbą o podanie, jakie leki i w jakiej ilości (przeciętnie) mogły być konieczne przy leczeniu takich stanów urazowych, jakie miały u niej miejsce.

Z weryfikacją listy środków leczniczych i leków nie było trudności i z kilkadziesiątu pozycji ostało się kilka i to zredukowanych. Kłopoty były z lekami zagranicznymi, gdyż nie można było ich znaleźć w dostępnych spisach leków. Gdy w końcu udało się uzyskać o nich dane — jeden lek okazał się cytostatykiem, a drugi bardzo silnym lekiem stosowanym w schorzeniach nowotworowych układu krwiotwórczego. O opinii sądowno-lekarskiej odrzucono oczywiście konieczność stosowania tych leków u powódki, a następnie podano, że stosowanie ich byłoby poważnym błędem lekarskim.

Jak należało zatem potraktować „Zaświadczenie” wydane przez lekarza, w którym potwierdza swym podpisem dane niezgodne z prawdą? Wystawienie takiego zaświadczenia lekarskiego wyczerpywało znamiona art. 266 k.k., dotyczącego „wystawiania dokumentów, które potwierdzają nieprawdę co do okoliczności mających znaczenie prawne”. Sankcje karne za to przestępstwo są bardzo poważne (pozbawienie wolności od 6 miesięcy do lat 5, a jeżeli sprawca działa w celu uzyskania korzyści materialnych lub osobistych — od roku do lat 10). Warunki tego artykułu spełniają bezpodstawne i odpłatne

zaświadczenia lekarskie o stanie zdrowia, zwolnienia lekarskie z różnych obowiązkowych czynności (np. „grzeźnościowe” zwolnienia dzieci z zajęć WF, usprawiedliwienie niestawiennictwa przed sądem itp.), jak i wystawianie orzeczenia o czasowej niezdolności do pracy. Wystawianie takiej dokumentacji przynosi szkodę autorytetowi i dobremu imieniu zawodu lekarza i jest ciężkim naruszeniem etyki zawodowej. W ostatnich latach było kilka — w tym niestety i we Wrocławiu — afer lekarskich, opisywanych obszernie przez prasę, polegających na wydawaniu odpłatnych „zwolnień z pracy”, przy czym cena za jeden dzień zwolnienia była ściśle określona.

Na marginesie chciałabym przypomnieć zasady wystawiania wszelkich „Zaświadczeń lekarskich”. Te, z którymi spotykamy się w praktyce, urągają wszelkim zasadom sporządzania dokumentacji lekarskiej — są to świstki papieru, często bez daty, z nieczytelnymi pieczętkami i często nieczytelnym rozpoznaniem. W przychodniach wypełniane są druki „Orzeczeń o stanie zdrowia” i to jest jeszcze najbardziej prawidłowa forma.

Art. 20 Ustawy o zawodzie lekarza ustala, że:

§ 2. Świadcstwo, wydane przez lekarza w związku z wykonywaniem zawodu powinno zawierać:

- imię, nazwisko, wiek, miejsce zamieszkania i sposób stwierdzenia tożsamości,
- cel wydania świadectwa i wzmiankę na czyje ręce zostało wydane,
- rozpoznanie choroby (w pewnych warunkach może być opuszczone).

Świadectwa takie powinny także — w większości przypadków — zawierać wnioski, stanowiące odpowiedź na problem postawiony przez adresata. Dotyczy to zwłaszcza świadectw, wystawianych dla celów sądowych.

Uważam, że przestrzeganie powyższych wymogów nie powinno w codziennej praktyce nastręczać lekarzowi trudności.

dr Barbara Świątek

Zestawienie stanu środków, wpływów i wydatków DIL we Wrocławiu za okres od 1.01.1991 do 30.09.1991 r.

Stan środków

1. stan kasy	80.337
2. stan rachunku bankowego	227.233.405
3. stan konta oprocentowanego	755.479.170

Wpływy

	w tys. zł
1. składki członkowskie	1.589.082
2. odsetki od depozytów	379.620
3. odsetki od pożyczek	6.512
4. wpływ z sądu lekarskiego	44
5. wydzierżawianie sali	9.535
6. ogłoszenia w Biuletynie	1.859
7. spłata pożyczek	52.000
razem wpływy	2.038.652

Wydatki

	w tys. zł
1. Udzielanie dotacji dla kół terenowych	65.983
2. Udzielanie zapomóg	95.782
3. Odprawy pośmiertne	13.740
4. Dar dla dr. Paradowskiej	100.000
5. Światowy Zjazd Lekarzy — Częstochowa	15.000
6. Udzielanie pożyczek oprocentowanych (26 osób)	502.000
7. Składki dla NIL Warszawa	317.787
8. Zakup materiałów biur. i środków czyst.	17.685
9. Zużycie energii elektrycznej	12.032
10. Opłata porto	7.105
11. Usługi łącznościowe — rozmowy telefoniczne i telefax	7.965
12. Czynsz dla DZBM	194.347
13. Wydawnictwo Biuletynu	58.581
14. Wynagrodzenia pracowników	120.397
15. Wynagrodzenia z bezosobowego funduszu płac — sprzątanie, radca prawny, naprawy maszyn biurowych itp.	32.471
16. Składki na ZUS	55.772
17. Podróże służbowe	30.776
18. Wydatki na wyżywienie w czasie posiedzeń Prezydium DIL	12.754
19. Zakup przedmiotów nietrwałych i środków trwałych: w tym maszyny do pisania, komputer, kserokopiarka, telefax, grzejniki itp.	130.159
20. Ubezpieczenie DIL w „Weście”	2.579
razem wydatki	1.792.915

SKARBNIK

Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
lek. dent. Ryszard Łopuch

SPRAWOZDANIE z działalności Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej we Wrocławiu

W bieżącym roku kalendarzowym do Biura Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej we Wrocławiu wpłynęło 55 skarg. Jedną spośród nich została przekazana wg właściwości do Izby Lekarskiej MSW w Kielcach.

W stosunku do sześciu skarg Okręgowy Rzecznik wydał postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

Sprawy te dotyczyły:

1. Śmierci dziecka — 1
2. Przyjęcia korzyści materialnej przez lekarza — 1
3. Powikłań chorobowych — 1
4. Nieetycznego zachowania się lekarza — 1
5. Konflikty między lekarzami — 1
6. Odmowy przyjęcia dziecka na Oddział — 1

W 33 sprawach Okręgowy Rzecznik wszczął postępowanie wyjaśniające:

1. Śmierć — 11
2. Uszkodzenie ciała — 2
3. Nieetyczne zachowanie się lekarza — 5
4. Konflikty między lekarzami — 3
5. Choroby internistyczne — 3
6. Stomatologiczne — 4
7. Położniczo-ginekologiczne — 1
8. Choroby chirurgiczne dorosłych — 3
9. Choroby internistyczne dzieci — 1

W 13 sprawach zostało zakończone postępowanie wyjaśniające, w tym złożono 2 wnioski o ukaranie. Wnioski te dotyczyły skarg z powodu śmierci. W jednej z nich zapadło orzeczenie uniewinniające, w drugiej postępowanie sądowe jeszcze się nie odbyło.

11 spraw zostało umorzonych. Sprawy te dotyczyły:

1. Śmierć — 4
2. Uszkodzenie ciała — 1
3. Choroby internistyczne dorosłych — 2
4. Nieetyczne zachowanie się lekarza — 1
5. Ginekologiczno-położnicze — 1
6. Konflikty między lekarzami — 1
7. Stomatologiczne — 1

Uchwała Dolnośląskiej Rady Lekarskiej nr 56/91

Wrocław, 19 września 1991 r.

DRL przyjmuje następujące stanowisko w sprawie informacji medycznej: informacja medyczna powinna być w dalszym ciągu pozbawiona cech reklamy i werbalnej konkurencji. Unormowaniu powinny podlegać także pozostałe aspekty informacji, tj. ewentualna odpłatność za informację, dopuszczalność informacji w postaci obrazu, handel informacją, kontrola i ingerencja prawna w treść informacyjną. DRL akceptuje współudział DIL w wydaniu lokalnego biuletynu informacyjnego („Przewodnik Medyczny”) o prywatnych praktykach lekarskich w dwóch wersjach tj. ogólnodostępnej, z informacją zgodną z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 14.11.1988 r. oraz wersji wewnętrznej tylko dla lekarzy i farmaceutów, z informacją o możliwościach diagnostycznych i leczniczych poszczególnych lekarzy.

Do zespołu redakcyjnego tego wydawnictwa deleguje jako swoich przedstawicieli: Włodzimierza Bednorza, Jerzego Piekarskiego i Ryszarda Łopucha.

Uchwała Dolnośląskiej Rady Lekarskiej Nr 62/91

w sprawie zawiązania spółki
z ograniczoną odpowiedzialnością

Wrocław, dnia 19.09.1991 r.

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-u deleguje się:
Włodzimierza Bednorza — na prezesa
Ryszarda Łopucha — na członka.
4. Akceptuje się wstępnie kondydaturę lekarza dentystry Tomasza Jokielę 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).

Postępowanie wyjaśniające jest w toku — 20 spraw

Sprawy te dotyczą:

1. Śmierć — 5
2. Uszkodzenie ciała — 1
3. Stomatologiczne — 3
4. Konflikty między lekarzami — 2
5. Nieetyczne zachowanie się lekarza — 4
6. Choroby internistyczne dorosłych — 1
7. Choroby internistyczne dzieci — 1
8. Choroby chirurgiczne dorosłych — 3

W sprawie 14 skarg trwa gromadzenie dokumentów.

W 5 sprawach przekroczono czas postępowania wyjaśniającego ponad 3 m-ce.

JM

Rektor Akademii Medycznej
we Wrocławiu
Prof. dr hab. Zbigniew Knapik

Przedstawiciele Koła Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 4, zebrani w dniu 9.10.1991 r. na spotkaniu z p.o. przewodniczącym DIL, dr. Ryszardem Majem, zwracają się z uprzejmą prośbą o wyjaśnienie, czy otrzymane przez nauczycieli akademickich nowe warunki płacy za godziny usługowe pozostają w zgodzie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi zasad wynagradzania nauczycieli akademickich (Ustawa o szkolnictwie wyższym, art. 106, pkt 2 oraz rozporządzenie MZiOŚ z dnia 11.04.1991).

Wg nowych stawek płacowych proponowanych przez dyrekcję PSK 4, stawka godzinowa lekarzy z kilkunastoletnim stażem pracy jest niższa od stawki godzinowej zasiłku dla bezrobotnego pracownika niewykwalifikowanego. Sytuacja taka jest uwłaczająca nie tylko dla nas, ale również dla leczonych przez nas pacjentów.

Rozumiemy, że stan budżetu kraju nie może pozostać bez wpływu na sytuację płacową lekarzy i pozostałego personelu medycznego (bierzemy pod uwagę nawet dobrowolną rezygnację, przez pewien okres czasu, z wynagrodzenia za godziny usługowe), niemniej uważamy, że specyfika tych zawodów, jak również brak nowych rozwiązań organizacyjnych i ubezpieczeniowych uniemożliwia jeszcze istotną zmianę możliwości zarobkowych pracowników służby zdrowia.

Oszczędności w budżecie PSK 4 uzyskane przez znaczną redukcję wynagrodzenia za godziny usługowe stanowiąć mają ok. 2,5% całego funduszu plac, co potwierdza nasze poprzednie stanowisko (wspólne oświadczenie KZ NSZZ Solidarność AM, PSK 1. Zw. Zaw. Naucz. Pol. Szkół Wyższych i DIL z dnia 20.IX.91), że proponowane rozwiązania są rozwiązaniami połowicznymi, nie wpływającymi w sposób zasadniczy na stan budżetu szpitala.

Konkludując — brak rozsądnej koncepcji funkcjonowania szpitala w nowych warunkach, rozbudowywanie w ostatnim okresie etatów administracyjnych, przykłady niegospodarności, brak konsultacji z przedstawicielami DIL w sprawie aktualnych zmian warunków płacy, doprowadził do jednogłośniego przyjęcia przez zebranych (zarówno lekarzy AM jak i PSK) następujących postulatów:

- przejście przez administrację Akademii Medycznej (bez wzrostu zatrudnienia) obowiązków administracji PSK 4,
- stworzenie w niedalekiej przyszłości jednego szpitala klinicznego, obejmującego wszystkie kliniki Akademii Medycznej,
- powołanie komisji dla zbadania gospodarki zarówno finansowej jak i kadrowej prowadzonej przez PSK 4,
- do czasu wyjaśnienia uchybień formalno-prawnych, odrzucenie proponowanych nowych warunków płacy za pełnione godziny usługowe.

Za zebranych
Przewodniczący DIL PSK 4
A. Boznański

Przewodniczący DIL w PSK Nr 4
Sz. Pan

Dr n. med. Andrzej Boznański
we Wrocławiu

W odpowiedzi na pismo Przedstawicieli Koła Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 4 we Wrocławiu z dnia 10.10.1991 r. uprzejmie wyjaśniam, że ustalone przez Dyrektora PSK Nr 4 nowe warunki płacy dla nauczycieli akademickich za wykonywanie zadań należących do pracownika zakładu społecznego służby zdrowia są zgodne z obowiązującymi przepisami. Sprawę tę reguluje szczegółowo § 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 kwietnia 1991 r. (Dz.U. Nr 36 poz. 160) określając to ryczałtowe wynagrodzenie w wysokości do 50% maksymalnego uposażenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy, a określonego taryfikatorem w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29.03.1991 r. (Dz.U. Nr 32 poz. 136).

Otrzymane nowe warunki płacy za tzw. godziny usługowe spełniają więc wymóg w/c przepisu prawa, ponieważ kształtują się one średnio na poziomie ca 20% przysługującego maksymalnego uposażenia zasadniczego. Decyzja Dyrektora PSK Nr 4 w tej materii jest decyzją legalną, opartą o przepis § 2 pkt 2 w/c Rozporządzenia, wg którego tylko dyrektor szpitala władny jest określić wysokość w/w wynagrodzenia.

W obecnej, katastrofalnej sytuacji ekonomicznej służby zdrowia, w tym też wrocławskich szpitali klinicznych, wszyscy zobowiązani jesteśmy do podejmowania daleko idących kroków przystosowujących funkcjonowanie szpitali do tej trudnej rzeczywistości.

We wrześniu br. zobligowałem dyrektorów szpitali klinicznych do bezzwłocznego wdrożenia działań oszczędnościowych, a udzielając im pełnej swobody działania w tym zakresie, zobowiązałem do podjęcia wszelkich możliwych kroków zapobiegających zamknięciu szpitali. W związku z powyższym należy uznać, że wymogi przepisu § 2 pkt 2 w/c Rozporządzenia zostały w całości spełnione. Konieczność swobody działania dyrektora szpitala w tej szczególnej sytuacji jest dodatkowo uzasadniona tym, że tylko dyrektor i główny księgowy ponoszą osobistą odpowiedzialność za przekroczenie dyscypliny budżetowej.

Wyjaśniam nadto, że zgodnie z interpretacją V-ce Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, p. Anny Grzymisławskiej, przedstawioną na naradzie w MZ i OS w dniu 24.09.br., dyrektor szpitala nie jest zobowiązany do uzgadniania decyzji związanych ze stosunkiem pracy lekarzy (w tym też decyzji płacowych) z terenowymi kołami Okręgowych Izby Lekarskich, funkcjonujących przy szpitalu. Są to właściwości przynależne ustawowo organizacjom związkowym. Uprawnienia samorządu lekarskiego określone w art. 4 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich są uprawnieniami Naczelnej i Okręgowych Izby Lekarskich do realizacji na odpowiednim szczeblu rządowym.

W odpowiedzi na zgłoszone postulaty informuję, co następuje:

- ad. 1 — w chwili obecnej nie ma potrzeby ani możliwości przejścia obowiązków administracji PSK Nr 4 przez administrację Akademii Medycznej, ponieważ szpitale kliniczne są nadal jednostkami budżetowymi i jako takie muszą posiadać własną administrację i dyrekcję,
- ad. 2 — kwestia stworzenia w przyszłości szpitala akademickiego jest w centrum zainteresowania władz Akademii Medycznej, ale finalizacja tego zamierzenia nie jest jeszcze określona w czasie i formie,
- ad. 3 — niecelowym jest powoływanie komisji dla zbadania gospodarki kadrowej i funduszu wynagrodzeń w PSK Nr 4, ponieważ na przełomie września i października br. tematyka ta była przedmiotem kontroli przez służby rewizyjne Akademii Medycznej,
- ad. 4 — w kontekście w/w wyjaśnień nie można dopatrzeć się uchybień formalno-prawnych w trybie i wysokości zaproponowanych przez dyrektora PSK Nr 4 nowych warunków płacy za tzw. godziny usługowe dla nauczycieli akademickich.

Przedstawiając powyższe wyjaśnienia proszę uprzejmie o przyjęcie ich do wiadomości oraz wyrozumiałość dla decyzji dyrektora PSK Nr 4, wynikających przecież z bardzo ciężkiej sytuacji finansowej szpitala, która zresztą nie jest odosobniona w całej katastrofalnej sytuacji budżetu państwa i służby zdrowia.

z wyrazami szacunku
PROREKTOR
d/s klinicznych

prof. dr hab. Tadeusz Heimrath

Urząd Wojewódzki, Wydział Zdrowia
w Wałbrzychu
uprzejmie informuje,
że na terenie działalności Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Bystrzycy Kłodzkiej
istnieje potrzeba zatrudnienia:

- 1 lekarza na stanowisko kierownika Wiejskiego Ośrodka Zdrowia w Starej Łomnicy. Zapewnia się mieszkanie trzypokojowe, służbowe w budynku Ośrodka,
- 1 lekarza anestezjologa w szpitalu w Bystrzycy Kł. Zapewnia się mieszkanie dwupokojowe w nowym budownictwie,
- 1 lekarza psychiatrę — mieszkania nie zapewnia się.

**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Kamiennej Górze
zatrudni od zaraz
małżeństwo lekarskie**

Pożądana specjalizacja: lekarz internista oraz lekarz pediatra, lub chcący specjalizować się w tych dziedzinach.

Miejsce pracy: Przychodnia Rejonowa w Lubawce, duże mieszkanie (powyżej 100 m. kw.) od zaraz, także w Lubawce. Istnieje możliwość pełnienia dyżurów zakładowych oraz w Oddziale Pomocy Doraźnej w Szpitalu Rejonowym w Kamiennej Górze.

Lubawka jest niedużą miejscowością graniczną, położoną w Górach Kruczych, niższej części Sudetów. Piękna okolica, możliwość uprawiania turystyki pieszej, rowerowej, sportów zimowych. Bardzo dogodne przejście graniczne z Czecho-Słowacją.

**Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Lekarskiego
oraz
Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych
we Wrocławiu
zapraszają na
POSIEDZENIE NAUKOWE**

które odbędzie się dnia 11.XII.1991 r. o godz. 13.00 w sali wykładowej Katedry i Zakładu Mikrobiologii AM przy ul. Chałubińskiego 4.

PROGRAM:

1. Alloplastyka stawu biodrowego w materiale Kliniki Ortopedii i Oddziału Ortopedycznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Babińskiego we Wrocławiu.
A. Wall, Z. Stępniewski, Sz. Dragan, W. Dybek, M. Golec — Katedra i Klinika Ortopedii AM we Wrocławiu
2. Retrospektywna ocena stosowania wrocławskiej ceramiki korundowej w rekonstrukcji chorób i urazów kości.
J. Bieniek — Szpital im. L. Rydygiera — Oddział Ortopedyczno-Urazowy
3. Metoda Ilizarowa w leczeniu anizomelii kończyn dolnych (doświadczenia własne — ocena wyników).
A. Wall, L. Morasiewicz, J. Bielecki, W. Orzechowski, T. Uher, R. Sobolewski — Katedra i Klinika Ortopedii AM we Wrocławiu
4. Wstępna ocena leczenia zrostu opóźnionego złamań przeszczepami szpiku kostnego.
J. Bieniek, J. Sokołowski, B. Romanowicz, A. Stec, S. Różycki — Szpital im. L. Rydygiera, Oddział Ortopedyczno-Urazowy.
5. Profenid — nowy lek przeciwbólowy i przeciwreumatyczny firmy Polfa.
I. Skóra, J. Wargocka — Oddział Reumatologiczny Woj. Szpitala Zespołowego im. J. Babińskiego.
6. Informacja o nowych lekach Polfy — J. Zborucka — Przedstawiciel Naukowy Firmy Polfa.
7. Miacalcig Firmy Sandoz — zastosowanie w osteoporozie.
J. Kulaszewska — Przedstawiciel Naukowy Firmy Sandoz.
W przerwie Firma POLFA zaprasza na kawę.

UWAGA:

1. W roku akademickim 1991/92 posiedzenia naukowe PTL będą się odbywać w sali wykładowej Katedry i Zakładu Mikrobiologii AM, ul. Chałubińskiego 4.
2. Uczestnictwo w posiedzeniu Towarzystwa jest częścią składową szkolenia podyplomowego, zgodnie z programem AM we Wrocławiu oraz Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych we Wrocławiu. Udział lekarzy specjalizujących się jest obowiązkowy.

Sekretarza
Oddziału Wrocławskiego Pol. Tow. Lek.
I. Gasińska-Drozdowska

Wrocławski Oddział
PPolskiego Towarzystwa Lekarskiego
ul. Dyrekcyjna 5/7 Wrocław

Konto PKO IV O/M Wrocław 93549-10823-132

Przypominamy o opłaceniu zaległych składek
Uchwałą Zarządu Głównego PTL roczna składka członkowska wynosi 120.000 zł; roczna zwłoka z opłacaniem składek powoduje skreślenie z listy członków PTL

Przewodniczący
Oddziału Wrocł. Pol. Tow. Lek.
Mieczysław Ujec

**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 379/91. Złożono do druku w październiku br. Nakład 7000.
Sekretariat DK czynny codziennie do godz. 17.00, w czwartek do godz. 18.00.

Za moich młodych lat mówiło się o medycynie — ars medica, sztuka medyczna. W modzie było wówczas stosowanie różnych specyfików, głównie ziołowych. Farmakologia doskonaliła się w przeróżnych miksturach. Dzisiejsi studenci uważają, że dużą sztuką było wówczas już samo napisanie takiej recepty! Diagnostyka oparta była przede wszystkim na znakomicie opanowanym badaniu fizykalnym i kilku badaniach laboratoryjnych. To była sztuka medyczna w starym wydaniu. Przychodził medyk, długobadał, stawiał diagnozę (i brał honorarium).

Zapiski emeryta

Lekarski nos

Znałem jednego z profesorów chirurgii, który nie uznawał prawie żadnych badań, diagnozował wyłącznie własnymi zmysłami i decydował — operować lub nie, pęknięty wrzód ostry wyrostek, sztrang! Jego sztuka polegała na tym, że dziewięćdziesiąt kilka procent tych diagnoz było słusznych. Dopiero po jego odejściu na emeryturę zaczął się kłopot — jego asystenci nie umieli posługiwać się nowoczesnym sprzętem diagnostycznym, obcym im były tajniki biochemii, a nie mieli też „nosa” starego mistrza. Ale czy w dobie komputerów, ultrasonografów, fiberoskopów itd., itp. jest jeszcze miejsce na ars medica? Istnieje ponadto ogromna presja do obiektywizacji diagnostyki i leczenia. A więc co z tą sztuką? Można jednak powiedzieć, że choć co prawda badania przesunęły się na wyższy poziom, to nadal sztuką jest umiejętność korzystania z ich wyników. Sztuką a nawet pewnym kaptaństwem, pozostającym w kontakcie z chorym i jego rodziną. Ileż to ostatnio spraw w sądach lekarskich z powodów nieuprzejmości lekarzy! Przecież nie wystanę tylko coś zaordynować, zlecić, zaprogramować. To pochylenie się nad pacjentem i jego cierpieniem, umiejętność zlecenia właśnie tych badań i przepisanie temu choremu właśnie tych leków stanowi nieodłączną do dziś sztukę medyczną.

dr Józef emeryta