



BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

LUTY 1993

8

O MITACH

3

JAKIE SKUTKI
SPOWODOWAŁ
POSTRZAŁ

14

HOMEOPATIA

16

ZDROWIE
EKSPRESOWO
WAPRAWIAM

25

KONTROWERSYJNE
ZWOLNIENIE

32

PODATEK
DOCHODOWY

17

KOŁO LEKARZY
OBCOKRAJOWCÓW

Biuletyn rozmawia z wojewodą wrocławskim

Bez pieniędzy i to dużych nie będzie sprawnej służby zdrowia. Przydział i podział środków finansowych będzie zawsze budził emocje i kontrowersje. Wydatki na ogólnie pojęte Zdrowie stanowią bardzo poważną część budżetu wojewody. Kto płaci, ten wymaga, ale i ten otrzymujący zapłatę oczekuje, że będzie ona godziwa. Wszystko to zależy od wprowadzanych metod w zakresie zarządzania i organizacji.

Dlatego zwracam się do wojewody wrocławskiego prof. dr hab. Janusza Zaleskiego z następującymi pytaniami:

Andrzej Wojnar: Oddłużenie przez pana wojewodę jednostek służby zdrowia naszego województwa jest wydarzeniem numer jeden początku nowego roku i tematem licznych dyskusji w środowisku lekarskim. To przejęcie wierzycielności jest

Dalszy ciąg na str. 6



Od lewej: Andrzej Wojnar i Janusz Zaleski

PROFESOROWIE LWOWSCY W ANEGDOCIE I WSPOMNIENIACH (odcinek ostatni)

prof. dr hab. Bolesław Popielski

Profesor Franciszek Groer, pediatra, był w latach dwudziestych człowiekiem we Lwowie nowym (nominacja na profesora zwyczajnego i kierownika katedry pediatrii opiewa od 1 czerwca 1919 roku) i zwracał uwagę społeczności studenckiej swoją „innością”. Był

wówczas mężczyzną w średnim wieku, przystojnym, zawsze z fajką w ustach, nawet w zimie chodził bez kapelusza (w tych czasach mężczyźni prawie zawsze chodzili w kapeluszach), często bez płaszcza, zwykle z

Dalszy ciąg na str. 18

Spis treści

ARTYKUŁY/WYWIADY

A. Wojnar: Biuletyn rozmawia z wojewodą wrocławskim 1
 B. Popielski: Profesorowie lwowscy w anegdocie i wspomnieniach 1
 B. Świątek: Z kronik medycyny sądowej 3
 K. Tymowska: O mitach 8
 K. Pajdzik: Jak wypełniać recepty? 10
 K. Pajdzik: Menadżer służby zdrowia 14
 B. Gabor: Homeopatia – nadzieje i zagrożenia 14
 I. Chudzińska: Zdrowie ekspresowo naprawiam 16
 A. Wojnar: Kontrowersyjne zwolnienie z pracy 25
 Zapiski emeryta 32

Z PRAC PREZYDIUM I RADY DIL

Sprawozdanie z posiedzeń 4
 Orzecznictwo w prywatnych gabinetach lekarskich 5
 Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej 5
 Uchwała w sprawie zwołania III Krajowego Zjazdu Lekarzy 5

Z ŻYCIA AKADEMII

Egzaminy wstępne na wydziały AM we Wrocławiu 12
 Uchwała i list w sprawie wynagrodzeń lekarzy akademickich ... 13
 Studia doktoranckie 13

LISTY

Emerytury – renty 26
 NRL o ustawie budżetowej dotyczącej ochrony zdrowia 26
 W sprawie wynajmu pomieszczeń 27
 Delegat wyjaśnia 28
 Sprostowanie 28

WHO IS WHO? 30

ROZMAITOŚCI

Koło Lekarzy Obcokrajowców 17
 Nekrologi 19
 Wyniki ankiety 19
 Konferencje, sympozja, zjazdy koleżeńskie 20
 Ogłoszenia o pracy 21
 Konkurs na znak graficzny NIL ... 22
 Nowości w prasie medycznej 22
 Komputerowy system wyszukiwania piśmiennictwa 23
 Bieg Piastów i Medyków 24
 Nowy program Biura Europejskiego WHO 29
 Stopnie specjalizacyjne uzyskali ... 31

Terminy dyżurów członków Prezydium i spotkań komisji problemowych

Poniedziałek
 R.Łopuch 12.00-13.30
 B.Bruzewicz-Miktaszewska 13.00-15.00
Wtorek
 A.Szmida 13.00-15.00
 J.Kasprzak-Wójtowicz 13.00-15.00
 W.Bednorz 13.00-15.00
 M.Mysłow 13.00-15.00

Środa
 Z.Plamieniak 13.00-15.00

Czwartek
 W.Iwanowski 10.00-11.00
 R.Łopuch 13.00-14.00
 M.Jagac 14.00-15.00
 L.Czarniecki 14.00-15.00
 R.Maj 10.00-11.00
 J.Piekarski 10.00-14.00

Piątek
 T.Bujko 11.30-13.30

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej - T.Heimrath
 czwartek 12.00-13.00

Przewodniczący Dolnośląskiego Sądu Lekarskiego
 L.Zynda
 środa 14.00-15.00

Przewodniczący Komisji Skarg i Wniosków
 M.Przestalski
 poniedziałek 14.30-15.00

Spotkania komisji i zespołów problemowych

1. Komisja Legislacyjna każdy parzysty wtorek miesiąca 13.00-15.00
2. Komisja Kształcenia pierwszy piątek miesiąca 13.00-15.00
3. Komisja Współpracy z Zagranicą trzeci piątek miesiąca 13.00-15.00
4. Komisja Etyki i Komisja Skarg i Wniosków czwartą poniedziałek miesiąca .. 13.30-15.00
5. Komisja Socjalna trzeci piątek miesiąca 13.00-15.00
6. Komisja Płacy i Warunków Pracy pierwszy wtorek miesiąca 12.00-14.00
7. Zespół ds. Prywatnych Praktyk Lekarskich pierwszy wtorek miesiąca 13.30-15.00
8. Zespół ds. Przyznawania Prawa Wykonywania Zawodu Cudzoziemcom czwartek (raz w miesiącu) 10.00-11.00
9. Komisja Stomatologiczna pierwszy wtorek miesiąca 12.30-13.30
10. Komisja ds. Stwierdzania Prawa Wykonywania Zawodu trzeci poniedziałek miesiąca 13.00

Dyżury członków Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej

- w każdy czwartek 13.00-14.00
 Zarząd KPK
 w każdą roboczą sobotę 13.00-14.00
 Wpłaty i deklaracje do kasy przyjmowane są we wtorki i czwartki 11.00-13.30

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

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

„Biuletyn” ukazuje się co miesiąc, adresowany jest do około 9000 lekarzy z województw: jeleniogórskiego, legnickiego, wałbrzyskiego i wrocławskiego.

AKTUALNY CENNIK

1. Ogłoszenia drobne - 6000 zł za słowo.
2. Ogłoszenia duże:

Format	1 kolor wewnątrz numeru	1 kolor wewnątrzna okładki	2 kolory zewnętrzna okładka
	10000 zł za 1 cm ²	15000 zł za 1 cm ²	18000 zł za 1 cm ²
1 strona	6200000	9300000	11160000
1/2 strony	3100000	4650000	5580000
1/4 strony	1550000	2335000	2790000
1/8 strony	770000	1167000	1400000

UWAGA!

Ogłoszenia o pracy oraz informacje o konferencjach, spotkaniach, sympozjach naukowych umieszczamy bezpłatnie. Istnieje możliwość indywidualnego negocjowania cen.

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska 50-333 Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 22-50-56, 22-50-57, Konto BGŻ Wrocław 893022-9537-2710.

Komitet redakcyjny: W.Bednorz - redaktor naczelny, K.Pajdzik, J.Piekarski, A.Wojnar - zastępca redaktora naczelnego. Zdjęcia: Paweł Golusik.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania materiałów oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 4.02.1993 r.

Projekt winiety: Piotr Kawecki, skład komputerowy: Orpha sp. z o.o., druk: Norpol/Press sp. z o.o.

Jakie skutki spowodował postrzał?

Barbara Świątek

30-letnia kobieta pracowała na polu i w odległości około 100 m zauważyła dwu mężczyzn - ich ubranie i broń na ramionach wskazywały, iż są to myśliwi. Nagle jeden z nich strzelił do podrywającego się do lotu stada kuro-patw. Kobieta, opisując to zdarzenie podała, że usłyszała huk, poczuła silny ból w czole i zrobiło się jej ciemno przed oczyma. Przytomności jednak nie straciła. Zaprowadzona została do domu. Wezwana karetka pogotowia ratunkowego przewiozła ją do szpitala w niewielkim mieście. Przy przyjęciu do szpitala nie stwierdzono zmian w stanie ogólnym kobiety, nie stwierdzono też żadnych nieprawidłowości w stanie neurologicznym. Miejscowo stwierdzono: „nad łukiem brwiowym prawym ranę, wielkości łebka od zapałki, nie krwawiącą, o brzegach równych”. Na wykonanych zdjęciach rtg czaszki „nie stwierdzono zmian w kościach ani obecności śrutu”. Po trzech dniach pobytu w szpitalu - w trakcie których w stanie zdrowia kobiety nie nastąpiły żadne zmiany - wypisano ją do domu. Po wyczerpaniu udzielonego przez szpital zwolnienia lekarskiego z pracy, kobieta zgłosiła się w przychodni. Skarżyła się lekarzowi na bóle i zawroty głowy oraz złe samopoczucie. Ten zlecił ponowne przeprowadzenie badań rtg czaszki. Zdjęcia wykonano i w opisie ich lekarz leczący (chirurg) podał „stan po postrzeleniu śrutem, liczne ciała metaliczne w czaszce”. Kobieta poinformowana została, że śrutu dostały się do wnętrza czaszki; od tego momentu zgłaszane przez nią skargi gwałtownie nasiliły się, stając się powodem długotrwałego zwolnienia z pracy. Lekarz neurolog, do którego została skierowana na konsultację rozpoznał „uszkodzenie pnia mózgu”. Nie opisał jednak w karcie konsultacyjnej rodzaju objawów obiektywnych uzasadniających to rozpoznanie. Kobieta czuła się - mimo leczenia - coraz gorzej, zwłaszcza że lekarze zaczęli wspominać o ewentualnej konieczności leczenia neurochirurgicznego.

Wobec takiego rozwoju sytuacji

kobieta zrezygnowała z „polubownego” załatwienia sprawy z myśliwym i złożyła w prokuraturze zawiadomienie o przestępstwie. Prokurator przesłał akta sprawy do Zakładu Medycyny Sądowej w celu wydania sądowo-lekarskiej opinii, ustalającej rodzaj i stopień ciężkości doznanych przez kobietę obrażeń ciała. Istniały bowiem - w świetła zebranej dokumentacji lekarskiej - uzasadnione podejrzenia, że doszło w tym przypadku do najcięższego, wymienionego w art. 155 k.k. uszkodzenia ciała (choroby zazwyczaj zagrażającej życiu lub ciężkiej długotrwałej względnie nieuleczalnej choroby).

Znajdujące się w aktach sprawy, a wykonane w Przychodni Rejonowej zdjęcia rtg czaszki kobiety, skonsultowane zostały w Klinice Radiologicznej. Na zdjęciach tych stwierdzono intensywne, drobne cienie, kształtem zbliżone do przecinków, w przednim i tylnym dole czaszki, które swym wysyceniem mogły przypominać cienie metaliczne, ale ani swym kształtem, ani wielkością nie mogły odpowiadać cieniem od śrutów. Cienie te miały wyraźnie charakter artefaktów. Pokrywanie się tych cieni, przy nałożeniu zdjęć przednio-tylnego i bocznego na siebie w ten sposób, że pokrywały się ich płaszczyzny, wskazywał, iż cienie te powstały w wyniku obecności zabrudzeń w kasecie, w której znajdowały się filmy obu zdjęć. Dodatkowo wykonano kontrolne zdjęcia rtg czaszki kobiety - nie wykazały one obecności metalicznych ciał ani w obrębie części kostnych, ani wśród części miękkich. Badanie fizykalne, w tym neurologiczne kobiety - poza objawami wzmożonej pobudliwości nerwowej i niestety, już zdecydowanej postawy roszczeniowej - nie wykazały zmian. Na czole nie stwierdzono śladu po przebytym zranieniu.

W oparciu o wyniki przeprowadzonych badań należało w sposób jednoznaczny wykluczyć możliwość przestrelenia śrutem czaszki kobiety i w jego następstwie uszkodzenia ośro-

kowego układu nerwowego. Kobieta doznała jedynie pojedynczego, powierzchownego zranienia jednym śrutem czoła i było to bardzo lekkie obrażenie, nie podlegające oskarżeniu publicznemu i ściganiu sprawcy przez prokuratora z urzędu. Pomijam tu problem nieprawidłowego użycia broni jako sytuację prawną znajdującą się poza oceną lekarza biegłego.

Aby ukarać sprawcę uszkodzenia ciała, kobieta mogłaby wnieść do sądu sprawę z oskarżenia prywatnego. Mogłaby także żądać ukarania lekarzy za popełnienie błędu lekarskiego i postawienie nieprawidłowego rozpoznania. Postępowanie przeciwko lekarzom prokurator musiałby wówczas wszcząć, ale najprawdopodobniej skończyłoby się ono umorzeniem. Aczkolwiek bowiem w tym przypadku doszło niewątpliwie do błędu lekarskiego zawinionego (lekkomyślnie, nie uzasadnione obiektywnymi objawami bardzo poważnego rozpoznania, nawet początkujący lekarz winien był co najmniej wątpić w identyfikację cieni w czaszce - a zatem w mózgu - ze śrutami, zwłaszcza że na czole było tylko jedno drobne zranienie), to owo nieprawidłowe postępowanie lekarskie nie spowodowało ujemnych, wyczerpujących znamiona określonego występu, skutków dla zdrowia kobiety.

Takie nieprawidłowe postępowanie lekarskie winno było natomiast spowodować odpowiedzialność zawodową. Prokurator jednak nie we wszystkich podobnych przypadkach zawiadamia odpowiednie organa, nie czyni tego także Zakład Medycyny Sądowej. Kobieta mogła wnieść do sądu pozew przeciwko lekarzom o odszkodowanie. Łatwo udowodniłaby bowiem, że postępowanie lekarzy doprowadziło u niej do ujemnych (choć subiektywnych) skutków w postaci nerwicy (choćby tylko roszczeniowej), a taka powódca może uszczerbek na zdrowiu, przeliczany w procesie cywilnym na konkretną kwotę pieniężną.

**RADA
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej**

21 stycznia 1993 roku odbyło się posiedzenie Rady Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Obradom przewodniczył kol. Włodzimierz Bednorz. Mówiono o projekcie dolnośląskiego konsorcjum, zasadach ogłaszania się lekarzy, sytuacji wrocławskiej służby zdrowia. W przerwie między obradami członkowie Rady DIL wzięli udział w spotkaniu z przedstawicielami towarzystw naukowych.

Projekt dolnośląskiego konsorcjum zdrowia przedstawił kol. Ryszard Łopuch. Ma ono objąć 5 województw: wrocławskie, wałbrzyskie, jeleniogórskie, legnickie i opolskie. Zespole regionalną służbę zdrowia i ułatwi przepływ środków finansowych między poszczególnymi województwami (na razie jest to niemożliwe). Zajmie się szkoleniem lekarzy domowych. Obecnie kol. Ryszard Łopuch spotyka się z przedstawicielami działających już w Polsce konsorcjów oraz wojewodami i zarządami samorządów terytorialnych. Szczegółowy projekt, opracowany wspólnie z radcą prawnym DIL - mgr Beatą Kozyrą-Łukasiak, zostanie rozesłany członkom Rady DIL, aby mogli dokładnie zapoznać się z nim przed kolejnym posiedzeniem. Rada jednogłośnie wyraziła poparcie dla powyższych działań.

Nowe zasady ogłaszania się lekarzy omówiła mgr Beata Kozyra-Łukasiak. Projekt opracowano na podstawie wcześniejszej wersji (opublikowanej we wrześniowym numerze „Biuletynu”) oraz projektów innych izb lekarskich. Uwzględniła uwagi i propozycje kolegów. Rada DIL w głosowaniu (1 głos wstrzymujący, pozostałe - za) opowiedziała się za jego przyjęciem. Wejdzie w życie 1 lipca 1993 roku. (tekst projektu - s. 5)

O godz. 13.00 Rada DIL spotkała się z przedstawicielami towarzystw naukowych. Dyskutowano nad nowym regulaminem specjalizacji, programem kształcenia lekarzy rodzinnych, projektami ustaw o zawodzie lekarza i

izbach lekarskich; poruszono problem podejmowania prywatnych praktyk przez niekompetentnych ludzi. Kol. Włodzimierz Bednorz zaproponował towarzystwom naukowym współpracę z Komisją Kształcenia Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Poinformował również o możliwości bezpłatnego korzystania z sal we wrocławskiej siedzibie DIL oraz o możliwości publikowania w „Biuletynie” - ogłoszeń o sympozjach, konferencjach i zjazdach naukowych. Na koniec zaprosił wszystkich na kolejne spotkanie, planowane w pierwszym półroczu 1993 roku.

Sytuacja wrocławskiej służby zdrowia to kolejny temat, na który wypowiedzieli się członkowie Rady. Jednogłośnie zdecydowano wystosować do wojewody wrocławskiego pismo protestujące przeciwko trybowi powołania pana Stanisława Cebrata na stanowisko dyrektora wrocławskiego wydziału zdrowia. Powyższą decyzję podjęto bez konsultacji z samorządem lekarskim. Dolnośląska Izba Lekarska domaga się przestrzegania ustawowej zasady konsultowania spraw istotnych dla środowiska medycznego. Dotyczy to również projektowania budżetów wojewódzkich wydziałów zdrowia i reorganizacji placówek służby zdrowia.

**PREDYDIUM
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
7 stycznia**

Zaproszony gość, prezes Stowarzyszenia „Bieg Piastów i Medyków” - Julian Gozdowski, zwrócił się do Prezydium DIL z prośbą o pomoc w organizacji, finansowaniu i popularyzacji Biegu Medyków, który odbędzie się 7 marca w Szklarskiej Porębie. Zaapelował również o czynny udział lekarzy w tej imprezie. Prezydium postanowiło:

- powiadomić o biegu wszystkie izby lekarskie w kraju oraz wysłać zaproszenia lekarzom słowackim i niemieckim,
- ustanowić puchar przewodniczącego DIL,
- współorganizować wystawę sprzętu medycznego,
- przygotować dwudniowe spotkanie Prezydium DIL w Szklarskiej Porębie,
- zamieścić informacje o biegu w „Biuletynie”.

Przypomniano również, że Rada DIL podjęła uchwałę o przekazaniu 30 mln zł na organizację biegu. Pan Julian Gozdowski zaproponował, aby kwotę tę przeznaczyć na przygotowanie trasy dla dzieci. Propozycję przyjęto.

Kol. Lech Czarnecki przedstawił przebieg przygotowań do spotkania lekarzy dolnośląskich i niemieckich (z drezdeńskiej izby lekarskiej). Prezydium jako wstępny termin wyznaczyło kwiecień, miejsce - Zgorzelec.

14 stycznia

Prezydium zatwierdziło program VI Zjazdu Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, który odbędzie się 27 lutego 1993 r. we Wrocławiu.

Dyskutowano nad rozporządzeniem ministra zdrowia dotyczącym recept. Zwrócono uwagę, że brak odpowiednich druków i dezorganizacja utrudniają wprowadzenie nowych przepisów.

Jednogłośnie wyrażono zgodę na przekazanie 5 mln zł na bal organizowany przez lubińskich lekarzy.

Przyznano kwotę 1200 000 zł na zakup wieńców pogrzebowych i klepsydry oraz 150 000 zł na wianuszek.

Na wnioszek kol. Teresy Bujko udzielono 5 mln zł zapomogi lekarce będącej w trudnej sytuacji materialnej.

28 stycznia

Po odczytaniu i zatwierdzeniu protokołu z poprzedniego posiedzenia pierwszy zabrał głos kol. Ryszard Łopuch, który przedstawił sprawozdanie ze spotkania Naczelnej Rady Lekarskiej z wicepremierem Łączkowskim. M.in. dyskutowano nad projektem ubezpieczeń społecznych. Wicepremier wyraził chęć współpracy z izbami lekarskimi. Stwierdził, że to właśnie one powinny kreować politykę służby zdrowia. Wypowiedział się również na temat projektów ustaw o zawodzie lekarza i izb lekarskich. Istnieje możliwość zatwierdzenia projektu ministerialnego dekretem rządu.

Kol. Ryszard Maj poinformował członków Prezydium, że Dolnośląska Izba Lekarska zawarła porozumienie z Dolnośląską Izbą Aptekarską w sprawie utworzenia klubu we wrocławskiej siedzibie przy ul. J. Matejki 6. DIL dokona remontu pomieszczeń, a DIA wyposaży je w meble i niezbędny sprzęt.

oprac. K.P.

Orzecznictwo w prywatnych gabinetach lekarskich?

Komisja Legislacyjna DIL na ostatnim spotkaniu w dniu 13 stycznia 1993 r. omawiała projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Dyskutowano nad przyszłym uregulowaniem orzecznictwa lekarskiego w gabinetach prywatnych. Proponowano dwutorową kontrolę (podobnie jak w projekcie rozporządzenia ministerstwa zdrowia dotyczącym kontroli nad orzecznictwem lekarskim w publicznych zakładach opieki zdrowotnej - tekst do wglądu w Biurze DIL) - z jednej strony lekarz Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych, z drugiej - lekarz powołany przez izbę lekarską.

W publicznych zakładach opieki zdrowotnej - według projektu ministerialnego - kontrolę tę sprawować miałby lekarz oddziałów zakładów ubezpieczeń społecznych oraz lekarz powołany przez wojewodę. Te dwie instytucje opłacałyby (po połowie) nadzorujących lekarzy. Pozwolenie wydawania druków L-4 przez lekarzy praktykujących prywatnie wiązałoby się z prowadzeniem dokumentacji lekarskiej (zgodnie z obowiązującym już dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej rozporządzeniem MZ i OS z dnia 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobów jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania - Dz.U. nr 3/93, poz. 13) jak również stworzeniem przez lekarzy prywatnie praktykujących funduszu dla finansowania kontrolujących lekarzy powołanych przez izbę lekarską.

Powyższy problem poddałam pod dyskusję Zespołowi ds. Prywatnych Praktyk Lekarskich. Oczekuję ewentualnych uwag i propozycji ze strony kolegów.

*Przewodnicząca Komisji Legislacyjnej
Janina Kasprzak-Wójtowicz*

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej

LKPK na koniec roku 1992 zrzeszała 251 członków. W ciągu całego roku 1992 zarząd kasy odbył 11 posiedzeń, w tym jedno z udziałem członków Komisji Rewizyjnej.

Przyznano na ww. posiedzeniach pożyczki nieoprocentowane w wysokości po 5 mln zł dla 65 członków. Ponadto zarząd kasy udzielił pożyczek oprocentowanych 24 członkom oraz wniosował do Rady DIL o przyznanie dalszym 13 osobom pożyczek oprocentowanych. Rada DIL wyraziła zgodę.

Zbigniew Machaj

Uchwała Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 21 stycznia 1993 r. w sprawie ogłaszania się lekarzy

§1

Każdy lekarz, członek Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, niezależnie od miejsca ordynacji, ma prawo ogłaszać swoją działalność leczniczą.

§2

Zabrania się wszelkich sposobów ogłaszania, które naruszyłyby zasady etyki i deontologii lekarskiej.

§3

1. Dozwolone jest ogłaszanie się w prasie codziennej i periodykach, w rubrykach ogłoszeń lekarskich. Nie wolno publikować ogłoszeń w ramach oraz wśród innych ogłoszeń płatnych.

2. Ogłoszenie powinno przedstawiać treści informacyjne, zgodnie z posiadaną specjalizacją, pozbawione cech reklamy i konkurencji oraz zawierać następujące dane: imię i nazwisko lekarza, tytuł naukowy, specjalność, adres, numer telefonu, dni i godziny przyjęć.

3. Ogłoszenia prywatnie praktykujących lekarzy zawierające niepełną informację, np. „lekarz” bez podania nazwiska, tylko z podaniem numeru telefonu, zawierające zwyczajowe określenia, obietnice, czas i sposoby leczenia, określające sposób płatności będą traktowane jako nieuczciwa reklama.

§4

1. Tablice ogłoszeniowe mogą być umieszczane w miejscu wykonywania praktyki oraz w jednym dodatkowym miejscu po uzyskaniu zgody DIL i organu zarządzającego budynkiem lub posesją.

2. Tablice ogłoszeniowe mogą być umieszczane w miejscach publicznych pod warunkiem zgodności z przepisami administracyjnymi.

3. W przypadku zmiany miejsca ordynacji lekarza dopuszcza się możliwość pozostawienia tablicy infor-

mujującej o zmianie adresu przez okres 1 roku.

§5

Dozwolone jest ogłaszanie się lekarzy w czasopismach medycznych, katalogach usług medycznych, księgach adresowych i książkach telefonicznych, z uwzględnieniem postanowień 3 niniejszej uchwały.

§6

Umieszczanie ogłoszeń w aptekach, na słupach ogłoszeniowych, przystankach komunikacyjnych oraz wydawanie poradników i ulotek zmierzających do pozyskiwania pacjentów, ogłaszanie się w radiu i telewizji, posługiwanie się agentami reklamowymi jest zabronione i będzie uznawane za naruszenie godności stanu lekarskiego.

§7

W sprawach nie uregulowanych postanowieniami uchwały rozstrzygać będzie Dolnośląska Rada Lekarska.

§8

Naruszenie postanowień niniejszej uchwały podlega sądownictwu lekarskiemu.

§9

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lipca 1993 r.

Uchwała nr /93/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 stycznia 1993 r. w sprawie zwołania III Krajowego Zjazdu Lekarzy

Na podstawie art. 32 ust. 3 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158 zm. z 1990 r. Nr 20, poz. 120) oraz w związku z §20 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 20/90/I z dnia 22 czerwca 1990 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów samorządu lekarzy oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków („Biuletyn NRL” nr 5-6/1990) uchwała się, co następuje.

§1

Zwołuje się III Krajowy Zjazd Lekarzy w dniach 12, 13, 14 grudnia 1993 r. w Warszawie.

§2

Wybór delegatów na III Krajowy Zjazd Lekarzy następuje w stosunku jeden delegat na 150 członków okręgowej izby lekarskiej.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Biułetyń rozmawia z wojewodą wrocławskim

Dalszy ciąg ze str. 1



ważnym krokiem upoważniającym do optymistycznego spojrzenia na dalsze reformowanie struktur wrocławskiego lecznictwa. Zauważamy jednocześnie rodzący się w komforcie braku wierzycieli problem nowego podziału budżetu. Czy znane są już obiektywne i racjonalne kryteria tej alokacji środków według wskaźników demograficznych czy ekologicznych, według wskaźników zachorowalności i ilości porad i świadczeń medycznych, według posiadanej bazy i „usprzętowania”, czy poziomu wysokospecjalistycznych usług lekarskich względnie wg innych czynników?

Janusz Zaleski: Rzeczywiście, przyjęte przez nas rozwiązanie spotkało się z żywym zainteresowaniem. Informacje w głównym wydaniu „Panoramy” oraz publikacje w „Rzeczypospolitej”, a także liczne pytania innych wojewodów, szczególnie o techniczną stronę przedsięwzięcia świadczą o jego ponadregionalnym znaczeniu.

Ten szeroki oddźwięk jest w pełni zrozumiały – oddłużenie, a raczej przejęcie wiarygodności przez wojewodę, po wynegocjowaniu od wierzycieli odstąpienia od blisko 15 mld zł należnych kwot, stwarza zupełnie nową sytuację wyjściową na początku 1993 roku.

Przygotowując się do tej operacji, już od kilku miesięcy prowadzono analizy dotychczasowego sposobu alokacji środków, które stały się podstawą do zaproponowania nowej metody ich podziału.

Dotychczasowy sposób podziału środków miał specyficzny charakter, który można określić mianem „historyczny”. Z roku na rok przenoszono zastany układ dyslokacji środków, ukształtowany w innej rzeczywistości politycznej i nie mający żadnego odniesienia do potrzeb społeczności lokalnych objętych świadczeniami. Jedyną odpowiedzią na pytanie,

dłaczego jednostka X (ZOZ, szpital) ma więcej środków niż jednostka Y, było stwierdzenie, że tak samo było w roku poprzednim. Efektem tego jest istniejące w naszym województwie duże zróżnicowanie w zakresie dostępności i poziomie świadczeń medycznych.

W ostatnich kilku latach recesja gospodarcza będąca wynikiem wprowadzania zmian systemowych, stworzyła konieczność dokonywania ograniczeń budżetowych. Ograniczenia te, posługując się przedstawioną wyżej metodą, w sposób mechaniczny przenoszono rokrocznie na budżety jednostek służby zdrowia, nie analizując ich wpływu na poziom i dostępność świadczeń. Dalsze powielanie tego schematu groziło zapożyczeniem funkcjonowania służby zdrowia w części jednostek. Można użyć stwierdzenia, że operacja oddłużenia wypracowała je ze stanu przedagonalnego tworząc warunki do dalszego funkcjonowania.

Przy ograniczonych środkach finansowych zawsze będziemy obserwować racjonowanie usług medycznych, ale wtedy należy to racjonowanie tak kontrolować, aby móc rozdzielać środki finansowe sprawiedliwie; w służbie zdrowia powinno się to odbywać proporcjonalnie do obiektywnie określanych potrzeb społeczności lokalnych żyjących w rejonach działania poszczególnych jednostek.

Dotychczas nie zbierano odpowiednich danych ani, tym bardziej, nie próbowano poddać analizie potrzeb społecznych jak i możliwości służby zdrowia. Stąd pierwsze kroki w kierunku obiektywizacji alokacji środków finansowych są bardzo ostrożne i oparte jedynie na tych danych, co do których można mieć zaufanie. Kolejne kroki będą zależeć od tempa zbierania danych i odpowiedniego ich przetwarzania. W miarę opracowywania głębszych analiz, zostaną wprowadzone kolejne kryteria, o mniejszej wadze, ale pozwalające na precyzyjniejsze określenie potrzeb. Na podstawie tych danych zostanie opracowana nowa sieć placówek, która będzie przedstawiona do zaopiniowania samorządom terytorialnym, zgodnie z ich ustawowymi uprawnieniami.

Pierwszym etapem dochodzenia do tych rozwiązań modelowych jest przedstawiona całemu środowisku medycznemu do zaopiniowania propozycja podziału środków w roku 1993, opracowana pod kierownictwem doktora Marka Lubicza z Instytutu Organizacji i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej, który od wielu lat zajmuje się problematyką zarządzania w służbie zdrowia.

Jest on cenionym specjalistą w tej dziedzinie; świadczy o tym m.in. przyznany przez Komitet Badań Naukowych 3-letni grant na opracowanie tematu „Systemy ekspertowe i modele symulacyjne w komputerowym wspomaganie decyzji w służbie zdrowia”. Nie ukrywam, że liczę na rzeczową dyskusję tego dokumentu w środowisku medycznym. Mam nadzieję, że ewentualne uwagi przybliżą nas do rozwiązań optymalnych. Pragnę nadmienić, że materiał ten został przekazany dyrektorom jednostek podległych Wydziałowi Zdrowia, jak również izbom i związkowi zawodowemu.

A. W.: Wrocław ze swoimi klinikami i centrami diagnostyczno-terapeutycznymi o zasięgu ponadwojewódzkim, non stop, w dzień i w nocy udziela pomocy medycznej dla potężnej aglomeracji Dolnego Śląska i przyległych rejonów. Czy gospodarze ościennych województw partycypują w tych niebagatelnych kosztach? Czy tworzy się już system adekwatnych rozliczeń tych usług?

J. Z.: Jest to zagadnienie bardzo trudne i wieloaspektowe. Aby podjąć dyskusję nad tym problemem w sposób racjonalny, należy rozważyć kilka podstawowych kwestii:

– w jaki sposób, czy też według jakich kryteriów, prowadzona jest alokacja środków centralnych,

– jakie kategorie placówek świadczą usługi medyczne w województwie,

– jaki jest udział kosztów świadczeń w poszczególnych zakładach dla pacjentów spoza województwa w całkowitym obciążeniu finansowym placówki.

Zanalizujemy syntetycznie każdy z tych problemów.

Budżet centralny dzielony jest w przeważającej części „na bazę” oraz przy założeniu, że dostępność do świadczeń w danej placówce maleje wraz z odległością, ale nie jest ograniczana granicami administracyjnymi województw. Dlatego też budżet województwa wrocławskiego jest znacznie wyższy, w przeliczeniu na jednego mieszkańca niż budżet wielu innych województw i według dostępnych mi informacji ma uwzględniać świadczenia dla mieszkańców spoza województwa. W niektórych kategoriach świadczeń, regionalna lub nawet ponadregionalna rola Wrocławia może być jednak bardzo dominująca. Szczególnie jeżeli chodzi o zaopatrzenie w środki (np. protezy), leczenie unikalnymi w kraju metodami lub zaopatrzenie w leki. Nie można bez dostępu do szczegółowych danych określić czy fakt ten jest w

dostateczny sposób odzwierciedlany wyższym budżetem.

W województwie działają również inne zakłady o zasięgu ponadwojewódzkim: kliniki Akademii Medycznej, szpital wojskowy, kolejowy i ministerstwa spraw wewnętrznych. Wszystkie te placówki posiadają budżety tworzone poza budżetem wojewody. Świadczą jednak usługi również dla „cywilnych” mieszkańców i to zgodnie z przedstawioną zasadą o dostępności, proporcjonalnej do odległości. Należy więc przyjąć, że dostępność mieszkańców naszego województwa do świadczeń opłacanych spoza budżetu służby zdrowia jest preferencyjna.

Chociaż wiele placówek medycznych podkreśla swój regionalny charakter, żądając w związku z tym zwiększonego budżetu, to jednak żadna z nich nie przygotowała dotychczas odpowiednich danych, przedstawiających udział kosztów na świadczenia dla pacjentów spoza województwa. Nawet Zakład Rehabilitacji Zawodowej Inwalidów, który przyjmuje podopiecznych z 45 województw nie przygotował takich danych.

Uważam, że istnieje pilna potrzeba analizy kosztów świadczeń dla mieszkańców spoza województwa, i to z kilku powodów:

- należy się spodziewać nacisku innych województw na alokację środków według kryteriów demograficznych,

- służby medyczne innych resortów mogą wprowadzić rozliczenia z budżetem publicznych zakładów opieki zdrowotnej,

- posiadając dane na temat świadczeń dla pacjentów innych województw będziemy mogli występować o dodatkowe środki lub też będziemy mogli przystępować do negocjacji w razie prób wprowadzania innych mechanizmów alokacji centralnej.

Osobnym problemem jest świadczenie bardzo drogich usług diagnostycznych dla pacjentów z innych województw, np. tomografia komputerowa i NMR.

Nie jestem przekonany, czy obecnie stać naszą służbę zdrowia na zakup i eksploatację NMR. Takie urządzenie, nawet darowane, sprawia dużo kłopotu ze względu na ogromne koszty instalacji i eksploatacji (5,5 mld zł rocznie, które trzeba zabrać jakiejś jednostce, aby zapewnić funkcjonowanie NMR).

Poddaję zatem pod dyskusję środowiska następujące rozwiązanie, które wypłynęło od firmy zainteresowanej zainstalowaniem NMR we Wrocławiu:

1. Inwestor na własny koszt zakupi i

zainstaluje NMR w jednym z wrocławskich szpitali.

2. Inwestor będzie płacić czynsz i inne koszty ponoszone przez szpital zgodnie z wynegocjowaną umową.

3. Szpital będzie miał prawo do liczby świadczeń odpowiadającej wartości ponoszonych przez niego kosztów.

4. Wydział Zdrowia wykupi odpowiednią liczbę badań dla pacjentów województwa, zależnie od potrzeb i możliwości budżetowych, po cenach wynegocjowanych.

5. Inwestor jako właściciel urządzenia, będzie mógł sprzedawać swoje usługi prywatnym pacjentom lub zawierać umowy z innymi wojewodami.

W ten sposób Wrocław może posiadać wysokiej klasy urządzenie diagnostyczne bez konieczności dokonywania inwestycji. Klarowne będą zasady odpłatności za diagnozę i nie będzie ryzyka, że urządzenie będzie niewykorzystane z powodu niedoborów budżetowych. Nie będzie również problemów z pobieraniem opłat za diagnozę od pacjentów innych województw.

A. W.: Na koniec chciałbym zapytać pana wojewodę o ocenę aktualnego stanu przejmowania służby zdrowia, zarówno podstawowej jak specjalistycznej i szpitalnej, przez samorządy terytorialne gmin pozawrocławskich w kontekście faktu, iż proces ten obejmie wkrótce tak duże miasto jak Wrocław z jego problemami gęsto zaludnionej i uprzemysłowanej metropolii?

J. Z.: Dotychczas 14 gmin przejęło te zadania. Dwie następie, w tym Wrocław, określiły na razie termin przejęcia zadań. Powstają również dwa porozumienia międzygminne, których celem jest przejęcie całości zadań, wraz z lecznictwem zamkniętym (rejon ZOZ Oława), lub lecznictwem zamkniętego i specjalistycznego (rejon ZOZ Oleśnica). Samorządy dwóch innych gmin, chociaż nie przejęły w sposób formalny zadań, w znacznym stopniu kontrolują funkcjonowanie służby zdrowia na swoim terenie, współpracując z kierownictwem ZOZ-u (Oborniki Śląskie i Żmigród).

Co do oceny..., myślę, że najlepiej pozostawić ją mieszkańcom i pracownikom służby zdrowia tych gmin. Parokrotnie były już one formułowane, na przykład w Oleśnicy, Długołęce...

Z racji miejsca zamieszkania znam projekt budżetu na 1993 rok w gminie Długołęka; zakłada on dołożenie do 2,5 mld zł, przeznaczonych na służbę zdrowia z budżetu wojewody, kwoty 1,5 mld zł z budżetu gminy. W efekcie

ma to doprowadzić do zwiększenia zakresu i dostępności świadczeń medycznych; w planie jest na przykład wyremontowanie dwóch wiejskich ośrodków zdrowia. Nie sądzę, żeby miał to być przypadek odosobniony.

Zgodnie z zapowiedzią, wspólnie z przewodniczącym Prezydium Sejmiku Samorządowego prof. Leonem Kiersem oraz przewodniczącym Dolnośląskiej Izby Lekarskiej dr Włodzimierzem Bednorzem, zamierzam dokonać kompleksowej oceny tego przedsięwzięcia po upływie 6 miesięcy od podpisania pierwszych porozumień, tzn. w marcu br. Jednak już dziś mogę z dużą dozą odpowiedzialności stwierdzić, że prognozowanej katastrofy gminnej służby zdrowia nie ma, a wręcz przeciwnie - dzieje się dużo dobrego. Zupełnie niepotrzebnie wytworzono bardzo dużo emocji wokół tej inicjatywy latem ubiegłego roku.

Z przykrością obserwuję podobną sytuację wytworzoną obecnie wokół sprawy usamodzielniania placówek służby zdrowia. Projekty oddawania ich kierownikom kompetencji w zarządzaniu placówką, utworzenia samodzielniego budżetu, a także przekazania odpowiedzialności za funkcjonowanie jednostek napotykają barierę nadmiernej emocji, często sztucznie wywołanych przez osoby bezpośrednio zainteresowane utrzymaniem istniejącego stanu rzeczy.

Na zakończenie, chciałbym skorzystać z tej bardzo unikalnej możliwości zwrócenia się bezpośrednio do środowiska lekarskiego i zaapelować o obdarcie odrobiną zaufania działań podejmowanych przez wojewodę i jego urząd w zakresie organizacji i zarządzania służbą zdrowia.

Pozwolę tu sobie przypomnieć Państwu sytuację sprzed roku, czyli: plan drastycznych ograniczeń funkcjonowania placówek służby zdrowia, trzydziestoprocentowej redukcji zatrudnienia, likwidacji wielu jednostek, który został przedstawiony wojewodzie do zatwierdzenia przy stanie 70 mld zł zobowiązań. I stan aktualny - brak zadłużeń osiągnięty bez wprowadzania tych drażliwych ograniczeń (chciałbym nadmienić, że bardzo trudno obecnie znaleźć ich autorów jak i zwolenników).

Myślę, że to zestawienie daje uzasadnioną powód do oczekiwania na pewną dozę zaufania.

A. W.: Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał: Andrzej Wojnar

Uwaga: wywiad jest autoryzowany.

O MITACH

Katarzyna Tymowska

W świadomości społecznej istnieje wiele mitycznych poglądów i opinii. Często uniemożliwiają jakąkolwiek dyskusję, nie dają szans porozumienia się. Mimo licznych wyjaśnień, ciągle żywy jest *mit składek*, czyli przekonanie, że opieka zdrowotna w Polsce finansowana jest ze składek Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Tymczasem nie jest to prawdą, gdyż już od 1951 r. głównym źródłem finansowania są u nas podatki ogólne i inne dochody budżetu państwa.

Kolejny mit - *mit ubezpieczeń*, zasada się na wierze w to, że jeśli powstaną komercyjne, prywatne firmy ubezpieczeniowe - a jeszcze, jak pragną niektórzy, rząd sprawi, że powstaną one natychmiast - to spadnie z nieba manna pieniędzy i rozwiąże wszystkie bolączki.

Opowiadam się za powszechnymi ubezpieczeniami, gwarantowanymi przez państwo, a nie za rynkiem ubezpieczeń jako główną formą ubezpieczeń. Nawet jednak gdyby osiągnięto polityczną zgodę na ubezpieczeniowe, a nie zaopatrzeniowe prawo do świadczeń zdrowotnych (a będzie to w Polsce trudne) to, dla wprowadzenia ubezpieczeń w okresie recesji, bankructw i bezrobocia, są pewne przeciwwskazania ekonomiczne.

Kolejnym przykładem nieporozumień jest *mit kosztów*. Istnieje silna wiara w to, że wystarczy aktem prawnym wprowadzić powszechne i jednolite zasady rejestracji kosztów, (takim aktem jest już rozporządzenie do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) a natychmiast będzie można zasilac zakłady według usług. Tymczasem, aby wykorzystać informacje ekonomiczne w zasilaniu potrzeba czasu. Po to aby pracownicy (nie tylko administracyjni, ale też medyczni) nauczyli się rejestrować i rozliczać koszty w sposób prawidłowy. Potrzebny jest czas na komputeryzację, na przeprowadzenie analiz ekonomicznych nad kosztami jednostkowymi różnych usług i świadczeń. Potrzeba wreszcie czasu na zgromadzenie odpowiednich zasobów informacji ekonomicznych, bo dane kilku miesięcy nie powinny być podstawą zasilania, szczególnie gdy występuje brak informacji o jakości

usług. Ponadto nie zawsze i nie wszędzie jest merytoryczne uzasadnienie dla zasilania według ilości usług, szczególnie ex-post, tzn. na podstawie informacji o ilości świadczeń i kosztach poniesionych na ich wytworzenie.

Takie techniki zasilania często indukują nieuzasadniony wzrost kosztów i znane są sposoby przeciwdziałania temu, np. negocjacje ex-ante, budżety globalne.

Mit kosztów odwraca uwagę od innej bardzo ważnej, a ciągle niedocenianej funkcji - informacji ekonomicznych, od ich roli w wewnętrznym zarządzaniu finansami i innymi zasobami zakładów opieki zdrowotnej, w wewnętrznych rozliczeniach i odpowiedzialności za przyznane środki.

Rachunek kosztów powinien umożliwić przypisanie kosztów do wyodrębnionych miejsc ich powstania, a następnie do określonych usług (świadczeń zdrowotnych). Ale nie może to być jedynie bierna rejestracja, lecz analiza w czasie, połączona z oceną medycznych aspektów działalności danego zakładu. Oto przykłady pytań, na które menadżer powinien uzyskać odpowiedź dzięki rachunkom kosztów:

* jakie są koszty funkcjonowania danej komórki organizacyjnej, oddziału w porównaniu z okresem poprzednim i w porównaniu z innymi, podobnymi oddziałami w innych zakładach,

* czy wszystkie koszty są uzasadnione, czy nie ma kosztów zbyt dużych, nieuzasadnionych działalnością medyczną i jej efektami,

* jaką sumę środków należałoby przyznać oddziałowi, gdyby miał on ponosić pełną odpowiedzialność za swój kliniczny budżet i rozliczać się z tymi ośrodkami szpitala, które pełnią wobec niego funkcje usługowe (laboratorium, pralnia, kuchnia, transport itp.),

* jak zmieniają się koszty oddziału, jeśli zostanie podjęta decyzja o rozszerzeniu lub zawężeniu jego działalności, czyli które z ponoszonych kosztów są stałe, a które zmienne, zależne od skali działalności,

* jakie są koszty zaplecza technicznego, działalności pomocniczej i czy z uwagi na koszty jest np. uza-

sadnienie dla działań wspólnych z innymi zakładami czy dla decyzji o prywatyzacji tej części zakładu,

* czy struktura organizacyjna szpitala czy ZOZ-u nie indukują wzrostu kosztów nieuzasadnionych,

* czy obniżenie kosztów funkcjonowania jednej komórki organizacyjnej zakładu nie zostanie osiągnięte wzrostem kosztów w innej, tzn. czy nie nastąpiło przetransferowanie kosztów na inny podmiot, wewnątrz lub na zewnątrz zakładu.

Prawidłowa rejestracja i rozliczenie wszystkich kosztów jest warunkiem sine qua non dobrego zarządzania. Ale uzasadnieniem dla analizy kosztów nie jest jedynie poszukiwanie klucza dla alokacji środków (np. dla podziału budżetu wojewódzkiego między różne zakłady) czy też poszukiwanie informacji dla ustalenia cen czy opłat za różne usługi. Równie ważne jest wykorzystanie rachunku kosztów w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej, gdzie analizie kosztów musi towarzyszyć analiza działalności i analiza jakości usług.

Mit kosztów - to oczekiwanie, że rachunek kosztów jest potrzebny jedynie dla uświadomienia społeczeństwu rzeczywistych kosztów i dla ustalenia ceny za świadczenie zdrowotne, wykorzystywanej w zasilaniu zakładu przez dysponenta środków publicznych czy w procesie sprzedaży usług.

Mit kosztów - to oczekiwanie, że jest to prosty, techniczny proces, wymagający zaangażowania jedynie pracowników administracji.

Nowoczesny rachunek kosztów - to bardzo złożony i kosztowny proces, wymagający współpracy wszystkich pracowników zakładu opieki zdrowotnej w tworzeniu informacji, w ich analizie, a następnie w ich wykorzystaniu w decyzjach menadżerskich i w decyzjach klinicznych.

Sama bierna rejestracja kosztów i określenie kosztów jednostkowych - to jeszcze za mało, aby było uzasadnienie dla tworzenia nowych systemów informacji ekonomicznych i medycznych w zakładach opieki zdrowotnej. Muszą one pełnić aktywną rolę i to nie tylko w zewnętrznym zasilaniu w środki, ale przede wszystkim w wewnętrznym zarządzaniu nimi, w ocenie efektywności i skuteczności działalności danego zakładu opieki zdrowotnej.

Przedruk z „Antidotum”
nr 3, 1992 r.

ZAWSZE SKUTECZNY LEK PRZECIWŁUSZCZYCOWY

DITHRANOL-A

maść

0,2%

0,5%

1%

2%

Zawiera CYGNOLINĘ (DITRANOL) oraz KWAS SALICYLOWY

Cygnolina jest środkiem o działaniu drażniącym, keratolitycznym i keratoplastycznym. Jest klasyczną substancją do leczenia łuszczycy; redukuje szybkość mitozy i proliferacji komórek epidermalnych przez zatrzymanie syntezy protein nukleinowych

Kwas salicylowy należy do środków redukujących, dzięki czemu hamuje proliferację naskórka i wpływa na keratolizę; zapobiega procesowi utleniania cygnoliny.

Wskazania: Łuszczyca zwykła

Sposób stosowania:

- ● maść 0,2% i 0,5% nakładać na miejsca chorobowo zmienione na noc, rano zmyć ciepłą wodą i dużą ilością mydła.
- ● maść 1% i 2% stosować na krótki okres czasu (od 5 do 10 minut) po tym okresie czasu zetrzeć gazikiem nadmiar maści i zmyć ciepłą wodą z dużą ilością mydła.

Opakowanie: Tuby po 40 g.

Szczegóły o leku zawiera ulotka informacyjna.

Skuteczność terapeutyczna preparatu DITHRANOL-A została potwierdzona w badaniach klinicznych przeprowadzonych w:

- Klinice Dermatologicznej AM w Warszawie pod kierunkiem Prof. dr hab. A. Langnera
- Klinice Dermatologicznej Śląskiej AM w Katowicach pod kierunkiem Prof. dr hab. J. Rubisz-Brzezińskiej



Polfa Jelenia Góra S.A.

58-500 Jelenia Góra, ul. W. Pola 21

W zarządzeniu ministra zdrowia:

• czwarty wzór recepty • środki sanitarne na dwa tygodnie • zamiast pieczętek – druki • aptekarz poprawia lekarza

JAK WYPEŁNIAĆ RECEPTY?

rozmowa z wiceprezesem Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej, panią Ireną Knabel-Krzyszowską

- Od kilku tygodni obowiązuje nowe zarządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 23 listopada 1992 roku...

- Tak, wprowadza ono zmiany do ustawy z dnia 27 września 1991 r. Przypomnijmy: ustawa przewiduje cztery formy nabywania przez pacjentów leków: bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub za opłatą ryczałtową oraz pełnopłatnie. Rodzaj odpłatności generalnie zależy od grupy, do jakiej zaliczono lek, ponadto specjalne uprawnienia przysługują zasłużonym honorowym dawcom krwi, inwalidom wojskowym i wojennym. Ustawa wprowadziła trzy wzory recept: białe – Mz/Pom-31 przeznaczone do wystawiania leków podstawowych i uzupełniających, zielone – Mz/Pom-32 (leki z wykazu uzupełniającego i artykuły sanitarne oraz leki zarejestrowane, a nie umieszczone w wykazach) oraz różowe – Mz/Pom-33 (środki odurzające i niektóre psychotropowe)

- Na czym polegają zmiany?

- Zarządzenie ustala czwarty wzór recepty: Mz/Pom-34 – blankiet biały z niebieskim paskiem, przeznaczony do wystawiania leków i sprzętu jednorazowego użytku, które przysługują ze względu na niektóre choroby przewlekłe wrodzone, nabyte lub zakaźne. Wykaz chorób oraz odpowiednich leków, ich postać, dawkę i wysokość odpłatności zawiera rozporządzenie, również z 23 listopada 1992 r. (Dziennik Ustaw nr 95).

- Cztery formy odpłatności, cztery wzory recept, kilkanaście różnych wykazów – czy lekarze nie gubią się w tym wszystkim?

- Niestety, zdarza się to często. Lekarze popełniają istotne błędy zarówno merytoryczne jak formalne. Do najważniejszych należą: nieczytelnie zaordynowany lek, brak dawki lub dawkowania, co może uniemożliwić aptekarzowi podanie pacjentowi informacji np. przy lekach nasercowych, hormonalnych i antybiotykach. Na recepty Mz/Pom-33 często wypisuje się większą ilość narkotyku niż przewidują przepisy, za to pomija się obowiąz-

kowe dane np. dawkowanie, ilość narkotyku słownie. Lekarze zapisują również leki niezarejestrowane, a więc takie, które pacjenci mogą otrzymać jedynie jako dar w specjalnych aptekach. O nieznanym wykazach świadczy zapisywanie leków na nieodpowiednich blankietach.

- Co robi aptekarz, gdy otrzyma źle wypełnioną receptę?

- Zmieniony paragraf 13 oraz paragraf 8 stanowią: Jeżeli na receptę zapisano więcej niż jeden lek gotowy – aptekarz po uzgodnieniu z pacjentem i dokonaniu annotacji na blankiecie może wydać jeden lek na zasadach określonych w receptce, pozostałą ilość wydaje za pełną odpłatnością. Jeśli na receptce brak odpłatności lub jest ona niezgodna z przepisami postępuje zgodnie z obowiązującymi zasadami. Aptekarz może również uzupełnić dane dotyczące pacjenta: imię, nazwisko, adres, wiek. W pozostałych wątpliwych wypadkach apteka odmówi zrealizowania recepty. Ucierpi na tym oczywiście pacjent, który jeszcze raz będzie musiał udać się do lekarza.

- W zarządzeniu mowa również o

pieczętkach. Zamiast czytelnego odcisku nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu prywatnego mogą być wykonane drukiem.

- Nie dotyczy to jednak wszystkich recept, a tylko białych: Mz/Pom-31 i Mz/Pom-34. Przy okazji chciałabym zaapelować do lekarzy, aby zwracali uwagę na pieczętki: nazwisko, specjalność, adres muszą być wyraźne.

- Czy to już wszystkie zmiany?

- Ostatnia istotna dotyczy zapisywania opatrunków. Na jednej receptce wzoru Mz/Pom-32 można zapisać artykuł sanitarny w ilości nie większej niż na dwutygodniowe potrzeby, zaś na Mz/Pom-34 strzykawek do insuliny z igłami najwyżej 30 sztuk.

Rozmawiała: Katarzyna Pajdzik

/Szerzej – „Gazeta Lekarska”, nr 1(25)/

Wywiad autoryzowany

Na następnej stronie drukujemy fragment rozporządzenia dotyczącego nowego wzoru recepty oraz tabelę przedstawiającą zasady odpłatności.



ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 23 listopada 1992 r.

w sprawie uprawnień do nabycia leku, preparatów diagnostycznych i sprzętu jednorazowego użytku bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością w przypadku niektórych chorób przewlekłych wrodzonych, nabytych lub zakaźnych.

1. Leki, preparaty diagnostyczne i sprzęt jednorazowego użytku są wydawane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością na podstawie recepty w razie zachorowania na choroby przewlekłe wrodzone, nabyte lub choroby zakaźne:

- 1) cukrzycę,
- 2) fenyloketonurię - do diet eliminacyjnych,
- 3) chorobę nowotworową,
- 4) mukowiscydozę,
- 5) padaczkę,
- 6) miastenię,
- 7) celiakię i zespoły złego wchłaniania,

8) karłowatość przysadkową u dzieci,
9) chorobę psychiczną,
10) upośledzenie umysłowe z orzeczonym inwalidztwem,
11) gruźlicę.

2.1. Wykaz leków, preparatów diagnostycznych i sprzętu jednorazowego użytku wydawanych bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością ze względu na choroby wymienione w §1 ustalają załączniki nr 1-3 do rozporządzenia.

3.1. W przypadku chorób wymienionych w §1 leki wydawane bezpłatnie wypisuje się na receptach wzoru Mz/

Pom-34, a środki odurzające i niektóre środki psychotropowe - na receptach wzoru Mz/Pom-33, na zasadach określonych w przepisach odrębnych.

2. Recepty na insuliny wysoko oczyszczone pochodzenia zwierzęcego i ludzkiego mogą być wystawiane wyłącznie chorym z cukrzycą insulinozależną i z cukrzycą ciężarnych.

Od Redakcji:

Sądzimy, że wydział zdrowia roześle do wszystkich jednostek służby zdrowia powyższe rozporządzenie wraz z załącznikami.

Wzór	BEZPŁATNIE bez limitu	BEZPŁATNIE z limitem	RYCZAŁT z limitem	RYCZAŁT bez limitu	30% z limitem	30% bez limitu	100%
Mz/Pom-31 białe	Zasłużony honorowy dawca krwi - leki z listy podstawowej i uzupełniającej	Inwalida wojenny i wojskowy - leki z listy podstawowej	Leki z listy podstawowej objęte limitem np. Cordafen (limit 8000,-) Adalat (limit 8000,-) - cena ok. 150.000,-	Leki z listy podstawowej nie objęte limitem	Leki z listy uzupełniającej objęte limitem np. Tramal kap. (limit 58.000,-) Trodon kap. (limit 58.000,-) cena ok. 70000,-	Leki z listy uzupełniającej nie objęte limitem	Leki zarejestrowane nie objęte wykazami
Mz/Pom-32 zielone	Zasłużony honorowy dawca krwi - opatrunki - leki spoza wykazów	Inwalida wojenny i wojskowy - opatrunki oraz leki spoza listy podstawowej	Leki przeniesione z listy uzupełniającej objęte limitem	- Leki przeniesione z listy uzupełniającej nie objęte limitem - leki spoza list zarejestrowane w Polsce - opatrunki (do 2 tygodni)	_____	_____	_____
Mz/Pom-33 różowe	1. Narkotyki z listy podstawowej i uzupełniającej dla Z.H.D.K 2. Narkotyki z wykazu leków stosowanych w chorobach nowotworowych Morphini h/ch. amp. 0,01 i 0,02 Dolargan tabl. 0,025 Dolargan amp. 0,1	Narkotyki dla inwalidy wojennego i wojskowego	Leki narkotyczne i niektóre psychotropowe wg wykazu np. Fortral	_____	_____	Leki z listy uzupełniającej	Leki nie objęte wykazami np. Reladorm Scophedal
Mz/Pom-34 białe z niebieskim paskiem	Wyłącznie leki z wykazów chorób wymienionych w Dz. U. nr 95 (cukrzyca, padaczka, fenyloketonuria, nowotwory itd.)	_____	_____	Wyłącznie „cukrzyca” - leki wg wykazu z Dz. U. nr 95	_____	Wyłącznie „cukrzyca” - leki wg wykazu z Dz. U. nr 95	_____

Zakres i tryb egzaminów wstępnych na wydziały Akademii Medycznej we Wrocławiu

Wydział Lekarski i Oddział Stomatologiczny

Egzamin wstępny na studia medyczne w roku akademickim 1993/94 przeprowadzony będzie w formie testowej z biologii, fizyki, chemii oraz wybranego języka obcego w lipcu 1993 roku.

Do egzaminu wstępnego dopuszczone będą osoby, które złożą w dziekanacie Wydziału Lekarskiego następujące dokumenty:

1. Podanie o dopuszczenie do egzaminu wstępnego, w którym kandydat obowiązany jest zadeklarować, czy stara się o przyjęcie na kierunek ogólnolekarski, czy kierunek stomatologiczny.

2. Kwestionariusz dla kandydatów na studia wyższe.

3. Oryginał świadectwa dojrzałości.

4. Wyniki badań lekarskich wraz z zaświadczeniem lekarskim zezwalającym na podjęcie studiów w Akademii Medycznej.

5. Cztery fotografie formatu legitymacyjnego.

6. Dowód uiszczenia na konto uczelni opłaty egzaminacyjnej, której wysokość zostanie podana do wiadomości kandydatów przed 1 kwietnia 1993 r.

Kandydaci starający się o otrzymanie stypendium, miejsca w domu akademickim lub posiłków w stołówce studenckiej winni ponadto złożyć odrębne podanie w tej sprawie.

Wyżej wymienione dokumenty przyjmowane będą od 15 kwietnia 1993 r. Maturzyści z lat ubiegłych zobowiązani są złożyć wymagane dokumenty osobiście do 30 maja 1993 r., a maturzyści z roku 1993 uczynić to mogą osobiście, drogą pocztową lub za pośrednictwem szkoły do 15 czerwca (decyduje data stempla pocztowego). Nieotrzymanie terminu składania dokumentów może spowodować niedopuszczenie do egzaminu wstępnego.

Osoby dopuszczone do egzaminu wstępnego otrzymają pisemne zawiadomienie o miejscu i czasie egzaminu. Ponadto informacje dotyczące miejsca egzaminów ogłoszone będą na tablicach umieszczonych przed budynkiem rektoratu Akademii Medycznej.

Egzamin wstępny na Wydział Lekarski i Oddział Stomatologiczny będzie miał charakter konkursowy. O przyjęciu na studia decydować będzie wyłącznie wynik testu egzaminacyjnego. W ramach przyznanego limitu miejsc przyjęci zostaną bez egzaminu wstępnego laureaci centralnej olimpiady fizycznej, chemicznej, biologicznej i matematycznej, skierowani do Uczelni przez MZiOS.

Rekrutacja prowadzona będzie oddzielnie dla kandydatów na kierunek ogólnolekarski i kierunek stomatologiczny, a wyniki testu egzaminacyjnego opracowane będą odrębnie dla obu kierunków. O przyjęciu kandydata na studia decydować będzie miejsce w rankingu kierunku, o który się starał. W przypadku uzyskania niewystarczającej liczby punktów niemożliwa będzie zmiana kierunku studiów, nawet jeśli uzyskana punktacja byłaby wyższa od minimum wymaganego na drugim kierunku studiów.

Lista osób przyjętych na I rok studiów wywieszona zostanie przed budynkiem rektoratu bezpośrednio po obliczeniu wyników testu. W przypadku uzyskania przez kilku kandydatów najniższej punktacji uprawniającej do przyjęcia na określony kierunek studiów, wszystkie te osoby zostaną przyjęte na I rok studiów, nawet gdyby wiązało się to z przekroczeniem limitu ustalonego przez MZiOS.

Pytania testowe obejmować będą program nauczania w szkole średniej, włącznie z programem przewidzianym dla klas specjalistycznych. Za każdą prawidłową odpowiedź kandydat otrzyma jeden punkt.

Pytania z fizyki i chemii mogą mieć formę zadań. Przy rozwiązywaniu ich będzie można posługiwać się kalkulatorami osobistymi.

Test pozwalać będzie na wybór przez kandydata jednego z czterech języków obcych: angielskiego, niemieckiego, francuskiego lub rosyjskiego. Kandydat ma obowiązek zaznaczyć w karcie odpowiedzi, jaki język wybrał. W przypadku zaniedbania tego obowiązku odpowiedzi na pytania z języka obcego nie będą oceniane.

Na egzamin wstępny należy przynieść: dowód tożsamości, otrzymane zawiadomienie o egzaminie wstępnym, czarny cienkopis, ołówki 2B i gumkę.

Wszelkich informacji dotyczących naboru na studia w roku akademickim 1993/94 zasięgnąć można w dziekanacie Wydziału Lekarskiego. Wydziałowa Komisja Rekrutacyjna zorganizuje specjalne spotkanie informacyjne dla kandydatów.

Wydział Farmaceutyczny

Dziekanat Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu uprzejmie zawiadamia, że egzamin wstępny na I rok Wydziału Farmaceutycznego i Oddziału Analityki Medycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu w roku 1993 odbędzie się w jednym dniu, w formie testowej, z biologii i chemii i obejmować będzie zakres materiału obowiązujący w szkole średniej.

Bez egzaminu wstępnego będą przyjęci laureaci i finaliści olimpiad stopnia centralnego z przedmiotów: biologia, chemia, fizyka i matematyka.

Wydział Pielęgniarski

Kandydaci na Wydział Pielęgniarski przyjmowani są pod warunkiem:

a) posiadania świadectwa dojrza-

łości i dyplomu ukończenia średniej szkoły medycznej o kierunku pielęgniarstwu lub położnictwie,

b) lub po 2-letnim medycznym studium zawodowym.

Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje egzamin wstępny w formie pisemnej, składający się z 7 pytań z każdego przedmiotu, tj.: anatomii z fizjologią, pielęgniarstwa, j. obcego (do wyboru z 4 podstawowych).

Ostateczny termin składania dokumentów ustala się na 15 czerwca 1993 r.

Obowiązujące dokumenty:

- kwestionariusz osobowy,
- świadectwo dojrzałości i dyplom ukończenia średniej szkoły medycznej lub dyplom medycznego studium zawodowego w oryginale,
- 4 fotografie o wymiarach 3,5 cm x 4,5 cm (bez nakrycia głowy),
- świadectwo zdrowia.

Egzamin odbywa się na początku lipca i trwa 2 dni.

Dokładny limit miejsc na poszczególne wydziały zostanie podany w terminie późniejszym (do 30 kwietnia 1993 r.)

*Rzecznik Akademii Medycznej
doc. dr hab. Andrzej Steciwko*

Na wniosek kol. Włodzimierza Bednorza Naczelna Rada Lekarska uchwaliła 16 stycznia 1993 r. stanowisko w sprawie wynagrodzeń lekarzy-nauczycieli akademickich oraz lekarzy-pracowników uzdrowisk:

Naczelna Rada Lekarska stanowczo protestuje przeciwko utrzymującej się dysproporcji w wysokości wynagrodzeń lekarzy - nauczycieli akademickich i lekarzy - pracowników państwowych przedsiębiorstw uzdrowiskowych w stosunku do wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Wszyscy ww. lekarze finansowani są z budżetu państwa i stąd niezrozumiała jest dyskryminacja płacowa tych grup lekarzy.

Naczelna Rada Lekarska domaga się jak najszybszej regulacji prawnej umożliwiającej likwidację tych rażących dysproporcji.

Do wiadomości:

1. Premier RP
2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej
3. Minister Płacy
4. Minister Finansów
5. Sejmowa Komisja Zdrowia
6. Senacka Komisja Zdrowia

Wrocław, 1.02.1993 r.

J.M. Rektor Akademii Medycznej
we Wrocławiu

Terenowe Koło Izby Lekarskiej zrzeszające nauczycieli akademickich - lekarzy pracujących w Akademii Medycznej wyraża zaniepokojenie i prosi Pana Rektora o wyjaśnienie następujących problemów:

1. Dlaczego dyrekcje niektórych państwowych szpitali klinicznych odmawiają wypłaty dodatku usługowego dla nauczycieli akademickich, których nieobecność w pracy związana jest z udziałem w zjazdach i sympozjach naukowych, bądź z urlopem naukowym?

2. Dlaczego uposażenie (a w szczególności dodatek usługowy i stawki dyżurowe) wysokokwalifikowanej kadry nauczycieli akademickich jest tak niskie w porównaniu z wynagrodzeniami pracowników pełniących podobne funkcje w służbie zdrowia (np. pensja kierownika kliniki a pensja ordynatora)?

3. Dlaczego niektórzy z nowozatrudnionych nauczycieli akademickich pracujących w klinikach nie otrzymują należnego im dodatku usługowego?

Jednocześnie zwracamy się z prośbą o ostateczne rozstrzygnięcie (przy udziale władz wojewódzkich) lokalizacji bazy terenowej dla Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w związku z zagrożeniem kolejną zmianą od 1.02.1993 r.

*Przewodniczący Prezydium Koła DIL
Dr n.med. Z.Plamieniak*

STUDIA DOKTORANCKIE W AKADEMII MEDYCZNEJ we Wrocławiu

AKADEMIA MEDYCZNA WE WROCŁAWIU ZAWIADAMIA,

że przyjmując zgłoszenia kandydatów na czteroletnie dzienne studia doktoranckie w zakresie następujących specjalności:

- alergologia
- alergologia pediatria
- anesteziologia i intensywna terapia
- angiologia
- biofizyka
- biotechnologia środków leczniczych
- chirurgia dziecięca
- endokrynologia
- endokrynologia pediatria
- foniatria
- gastroenterologia
- hematologia dziecięca
- higiena środowiska
- histologia
- immunogenetyka onkologiczna
- radiocirurgia
- kardiologia
- kardiologia dziecięca
- laryngologia
- nefrologia
- nefrologia pediatria
- nowoczesne diagnozowanie białaczek
- onkologia dziecięca
- ortopedia
- patofizjologia
- patologia zawodowa i środowiskowa
- pediatria społeczna
- psychiatria
- reumatologia

Studia rozpoczynają się 1 października 1993 roku.

Podania należy składać do dnia 15 marca 1993 roku w Dziale Nauki i Współpracy z Zagranicą Akademii Medycznej we Wrocławiu ul. Chatubińskiego 6a (tel. 22-54-15, 209-555)

Do podania o przyjęcie na studia kandydat winien dołączyć:

zyciorys, ankietę personalną, informację o przebiegu studiów, staży podyplomowych oraz przebiegu dotychczasowej pracy zawodowej i naukowej, dyplom ukończenia studiów, opinię z miejsca pracy, 3 fotografie.

Po wstępnym zakwalifikowaniu na studia kandydat obowiązany jest zdać kolokwium z języka obcego w Studium Języków Obcych naszej Uczelni oraz kolokwium kwalifikacyjne z wybranej dyscypliny studiów.

MENADŻER SŁUŻBY ZDROWIA

Lekarz występuje jednocześnie w kilku rolach, jako reprezentant zdrowia pacjenta, przedstawiciel wiedzy medycznej, przedstawiciel własnej grupy zawodowej. Często jest również członkiem lub kierownikiem zespołu zarządzającego daną instytucją (np. ZOZ-em), przedstawicielem władzy samorządowej, politycznej, ustawodawczej lub sądowniczej - staje się wówczas menadżerem służby zdrowia. Jak być dobrym menadżerem? Oto zalecenia, których przestrzeganie gwarantuje sukces:

1. Jeśli spostrzeżesz brak kompetencji w działaniu lub w rozumowaniu, reaguj, zanim problem urośnie do dużych rozmiarów - nie wciągaj go na listę „spraw do załatwienia w przyszłości”, działaj natychmiast, miej odwagę reagować szybko na brak kompetencji.

2. Nie działaj w momencie złości z powodu niekompetencji, bądź spokojny.

3. Nie oceniaj publicznie, lecz w bezpośredniej rozmowie.

4. Bądź szczegółowy, przekaz swoje zastrzeżenia dosłownie, nie używaj ogólnikowych ocen.

5. Wykorzystuj w ocenie dane konkretne, szczegółowe.

6. Bądź dokładny w krytyce i daj do zrozumienia, że jesteś niezadowolony ze stwierdzonych błędów; nie mieszaj krytyki (nagany) z komplementami.

7. Zaproponuj sposób naprawienia błędu lub uniknięcia go w przyszłości, wzmocnij twoje zadanie propozycją konkretnego działania.

8. Sprawdź po pewnym czasie, czy nastąpiła poprawa, ale bez ciągłego wracania do problemu.

9. Menadżer nastawiony na osiągnięcie zamierzonych rezultatów musi zgodzić się ponosić osobistą odpowiedzialność za własną działalność i za wyniki pracy całego zespołu, którym kieruje.

oprac. K.P.

na podstawie „Antidotum”, nr 12, 1992 r. (R. Chrzanowski: Poszukiwanie porozumienia między medycznymi i menadżerskimi grupami interesów).

HOMEOPATIA NADZIEJE I ZAGROŻENIA

Na temat homeopatii toczy się ostatnio zacięty spór. Ta niekonwencjonalna metoda lecznicza ma wśród lekarzy tyluż zwolenników, co przeciwników. Tymczasem, jakby nie zważając na dyskusję toczącą się w gronie specjalistów, pacjenci coraz częściej - na własną rękę - kierując się samouczkami, jakie kupić można w kioskach „Ruchu”, stosują leki homeopatyczne, dostępne bez recepty w wielu aptekach. Te poradniki, nawiasem mówiąc, bardzo prymitywne, przygotowywane przez „autorów” nie mających z medycyną nic wspólnego, uczą, jakie leki stosować przy poszczególnych schorzeniach. Ani słowa nie mówią o niebezpieczeństwach. A zagrożenie - jak się okazuje - jest wiele. Żaden bowiem lek, nawet w dawce homeopatycznej, nie jest obojętny dla zdrowia. Przeprowadziłam na ten temat rozmowę ze specjalistą, kardiologiem, **DR WITOLDEM KOWALEWSKIM**, z Wrocławia.

- Jest pan entuzjastą homeopatii, pracuje pan od dawna nad wyliczaniem bezpiecznych w niej dawek leków, stosuje tę niekonwencjonalną metodę w prywatnej kardiologicznej praktyce lekarskiej. Równocześnie „skacze Pan z pazurami” na ludzi, którzy przyznają się do sięgania po leki homeopatyczne.

- S a m o w o l n e g o sięgania! Moje reakcje wynikają ze świadomości zagrożeń dla zdrowia i życia pacjenta, spowodowanych leczeniem się bez konsultacji z lekarzem. Ludzie w wyborze metody leczenia często kierują się modą,

radami znajomych, prospektami reklamowymi lub samouczkami typu „mały homeopata” czy „domowy poradnik zdrowia”. W wielu przypadkach takie postępowanie graniczy wręcz z samobójstwem (wiele leków homeopatycznych można kupić bez recepty). A już zbrodnią jest - moim zdaniem - samowolne podawanie jakichkolwiek leków dzieciom.

- W homeopatii są to przecież mikronowe dawki...

- Owszem, ale w homeopatii lek i jego dawkę powinno ustalać się indywidualnie dla każdego pacjenta. Powinien to robić lekarz i to gruntownie znający tę dziedzinę medycyny. Trzeba bowiem wiedzieć, że ta sama, minimalna dawka uratuje życie, drugiego zabije. Przykład: homeopatyczna dawka **naparstnicy** u chorego z bardzo wolną akcją serca lub w ostrej fazie zawału może doprowadzić do zgonu. Ta sama dawka uratuje życie chorego z objawami niewydolności krążenia. **Atropina** w tym samym homeopatycznym stężeniu może zabić chorego z tendencją do zaburzeń rytmu serca, natomiast pomoże osobie z zaburzeniami przewodnictwa potencjałów elektrycznych mięśnia sercowego. Podobnie jest z **arsenem**. Ten specyfik jest szczególnie niebezpieczny dla życia. W małych dawkach usuwa poczucie prawie każdej choroby, zmęczenia, złego samopoczucia. Kiedyś wykorzystywali to nieuczciwi handlarze koni, czyniąc - na parę godzin - ze starych chabet pełnokrwiste rumaki. W homeopatii ten lek był i jest

szalenie popularny. Niestety, ta popularność wynika z nieznamo-ści działania owej substancji. W większości zalecanych i dziś dawek wywiera on silne działanie usuwające zewnętrzne objawy schorzenia, gdy tymczasem choroba rozwija się nadal. Zdolność kumulacji w wątrobie powoduje niebezpieczeństwo utraty życia wskutek zniszczenia tego organu i układu nerwowego.

- A co pan sądzi o stosowaniu metali ciężkich, np. ołowiu, rtęci jako leków homeopatycznych?

- Sądzę, że w dobie, gdy woda, jarzyny, owoce i powietrze zawierają obecnie toksyczne ich ilości daleko idącym nieporozumieniem jest podawanie ich dodatkowo jako leku. O ile jednak doświadczony lekarz-homeopata zdecyduje się na podanie ich osobie dorosłej i może liczyć na stosunkowo niewielką toksyczność, to już stosowanie tych samych leków u dzieci uważam za niedopuszczalne. Przyswajanie owych metali przez młode organizmy jest kilka do kilkanaście razy szybsze niż u dorosłego i może spowodować nieodwracalne zmiany, szczególnie w układzie nerwowym. Może również wywołać upośledzenie metabolizmu wątroby, a nawet konsekwencje genetyczne dla przyszłych pokoleń.

- W zalewających nasz rynek księgarski poradnikach pseudo-medycznych (nota bene - bardzo prymitywnych, przygotowanych najczęściej przez osoby nie mające nic wspólnego z medycyną) jest wiele rad typu: w schorzeniu takim, a takim choremu należy podać...

- Gdy to czytam, dostaję gęsiej skórki. Toż to w wielu przypadkach normalne namawianie do samobójstwa. Zastosowawszy się do niektórych takich poleceń chory może nie przeżyć dziesięciu godzin.

- W takim razie może należałoby instytucjonalnie położyć tamę nie kontrolowanemu napływowi leków homeopatycznych zza granicy, albo sprzedawać je

wyłącznie na recepty? Nasuwa mi się niedoparcie myśli, że to medycyna oficjalna po części jest winna takiemu stanowi rzeczy, ociągając się z uznaniem homeopatii za jeden ze swych działów. Doprowadziłoby to do praktykowania homeopatii wyłącznie przez lekarzy. Dziś w wytworzoną lukę wchodzą nieprofesjonaliści, szarlatani, hochsztaplerzy, którzy w swojej profesji kierują się jednym celem: jak najwięcej szmalu bez oglądania się na skutki.

- Zgadzam się. Homeopatia powinna być jedną z dziedzin medycyny oficjalnej, uprawianą wyłącznie przez profesjonalistów. Co więcej: dziedziną, z którą można wiązać wiele nadziei. W dziesiętym schemizowanym, zatrutym, skażonym świecie daje ona w wielu przypadkach zdumiewające efekty. Tak nawiasem mówiąc, wiele, prawie jedną trzecią część leków homeopatycznych, oficjalna medycyna przejęła już dawno od medycyny naturalnej i stosuje w swojej terapii. Ot, choćby jady węzów. Mamy je w postaci maści wiprosal, stosowanej przy reumatyzmie, z jadu grzechotnika uzyskuje się leki przeciwpadaczkowe.

Można powiedzieć, że spora grupa przywożonych do nas i stosowanych w homeopatii leków nie szkodzi, ale może być z powodzeniem zastąpiona przez inne, bardziej skuteczne i bezpieczne „oficjalne” specyfiki. Część importowanych leków powinna jednakże być bezwzględnie zakazana do samowolnego stosowania.

Medycyna klasyczna tworzyła się przez tysiące lat, wchłaniając sprawdzone i skuteczne systemy lecznicze wszystkich gałęzi terapii. Stworzyła jednocześnie rzetelne mechanizmy badawcze skuteczności jej działania. Wreszcie lekarze wykorzystują swoją wiedzę w ścisłych ramach moralnych i prawnych, licząc się z pełną odpowiedzialnością za skutki lecze-

nia. Procedura wprowadzania nowego leku trwa wiele lat, jest on sprawdzany na wszystkie możliwe warianty, ujawnia się przeciwwskazania, bada ewentualne jednostkowe zagrożenia. Leki bardziej toksyczne są eliminowane. Te wymogi bezpieczeństwa nie są, niestety, przestrzegane w tzw. alternatywnych systemach leczniczych. „Leczyć” w nich praktycznie może każdy, od natchnionego uzdrowiciela po nieprofesjonalistów, stosujących nieświadomie, z niewiedzy, ewidentnie trucizny w dawkach zagrażających życiu. Dochodzą do nas np. sygnały, że akupunkturą zaczynają leczyć osoby, które nie miały nigdy nic wspólnego z medycyną (po prostu kupiły igły i uznały, że nie zrobią nikomu krzywdy przez „niewinne” naktucia). Tymczasem takim nakluwaniem, gdy się nie zna geografii punktów akupunkturowych, można zabić. Operacje plastyczne przeprowadzają pielęgniarki czy pomoce medyczne, które jakiś czas przyglądały się wykonywaniu takich operacji przez fachowców. Instrumenty dziś może kupić każdy... Do ustawiania kręgow biorą się osoby, które ledwie wiedzą, gdzie leży kręgosłup. Dziesiątki pacjentów z połamaniem pierścieniami kręgow trafia do szpitali. Niektórzy wyjeżdżają z nich na wózkach inwalidzkich. Tak jest, niestety, z praktykowaną również „na żywioł” homeopatią.

- Czy nie sądzi pan, że te uwagi skutecznie odstraszą od homeopatii wielu jej zwolenników, tak wśród pacjentów, jak i lekarzy?

- Nie chodzi mi o odstraszenie, lecz uświadomienie zagrożeń, wynikających z bezkrytycznego sięgania po leki, czy powierzania swego zdrowia nieznanemu bliżej, choć „podobno” wspaniałemu „uzdrowicielowi”.

Rozmawiała Barbara Gabor

Przedruk z „Bądź zdrow”

Zdrowie ekspresowo naprawiam

Najwyższym autorytetem w sprawach medycyny są w Polsce ... urzędy skarbowe.

Iwona Lilianna Chudzyńska

Kiedy środowiska naukowe orzekły, że medycyna niekonwencjonalna nie istnieje, bo istnieć nie może - Polska stała się (k)rajem udawiaczy, oszustów i czarodziejów, którzy wybawiają nas od wszelkiej zarazy. Nasza narodowa przekora? Nie tylko. Bowiem, kierując się swoistą konsekwencją, nie powołano żadnej instytucji do weryfikacji uzdrowiaczy i nadzoru nad ich działalnością.

O tym, który z „wielkich znawców medycyny chińskiej i tybetańskiej” z Nowosybirsk czy Pietropawłowska weźmie w swoje ręce zdrowie polskiego narodu, decydują głównie biura pracy, na podstawie ustawy o bezrobociu i zatrudnieniu z 1991 r. Nie nakłada ona na te instytucje obowiązku zasięgania opinii ministra zdrowia, chociaż to tylko on w porozumieniu z izbami lekarskimi jest władny zezwolić lekarzom-obcokrajowcom na wykonywanie w Polsce zawodu. W rezultacie większość nawet się o takie prawo nie ubiega i pracuje „na czarno” niespecjalnie nękana przez organa ścigania. W wielu natomiast krajach medycy „innostrancy” przyłapani na gorącym uczynku znaleźliby się w więzieniu.

Także rodzimym uzdrowicielom pełen komfort stwarza ustawa o działalności gospodarczej - dzięki niej może zarobić na sobie i gminę każdy szarlatan.

Urząd gminy za 300 tys. zł wpisowego, rejestruje wszystko, co tylko zamyśli sobie kandydat do świadczenia niekonwencjonalnych usług medycznych, nie mając obowiązku sprawdzić, czy np. chiroprakty (inaczej kręgarz) skuteczniej potrafi nastawić czy przetrząść kręgosłup.

Ministerstwo zdrowia z wyższością oświadcza, że nie zajmuje się medycyną niekonwencjonalną. Za ogłoszenia w prasie: „Leczę za wszystkich chorób”, redakcje odpowiedzialności nie

biorą. Ocenę usług paramedyków pozostawiono społeczeństwu. W ten sposób na wziętego „lekarza telepatę” wybił się we Włocławku hydraulik chory na schizofrenię... A pewien hipnozyter-erotoman wyżywa się seksualnie na hipnotyzowanych paniach.

Eksperyment trwa.

Do czego są zdolni uzdrowiacze spod czerwonej gwiazdy, ujawnia tygodnik konsumencki „Veto”: Na przykład w Białymstoku zabiegi akupunktury, które może przeprowadzać tylko odpowiednio przeszkolony lekarz posiadający zezwolenie ministra zdrowia, grupa przybywszy z Alma-Aty wykonywała jedynie za przyzwoleniem kierownika hotelu pracowniczego. Stosowano igły wielokrotnego użytku, narzędzi nie dezynfekowano ani nie sterylizowano. W pomieszczeniu roboczym brakowało nawet umywalki. Następnego dnia po kontroli sanepidu „akupunkturzyści” odjechali - prawdopodobnie w objazd po Polsce.

Dobre warunki do nielegalnej pracy dentyści ze wschodu znaleźli w Wyszowie. Mimo podawania w wątpliwość ich kwalifikacji przez polskich stomatologów (częste powikłania zapalne u pacjentów), ludzie traktowali ich jako „zdrową konkurencję”, a rada miasta rozważyła zatrudnienie „lekarzy zza wschodniej granicy” w szkołach, gdzie brakuje dentyków.

Przeciwny kierunek transferu obrała spółka „Eurobus”, która obok handlu artykułami spożywczymi trudniła się wywozem polskich chorych na operacje do Moskwy. Działalność tę miała zarejestrowaną legalnie, jako „pośrednictwo w usługach medycznych”. Sprawa z prokuratury została odesłana do kolegium. Doktor Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej mówi, że dużym utrudnieniem w kwalifikacji praw-

nej panoszącego się procederu jest nie sprecyzowane do końca określenie „działalność lecznicza”, zwłaszcza w sytuacji, gdy prowadzą ją firma nie ma nic wspólnego z lecznictwem.

W nielegalnym stosowaniu przez spółkę „Hipnoland” nie znanej w Polsce metody leczenia wad wzroku nie dopatrzone się łamania prawa. Ewentualność taka jest badana w odniesieniu do Instytutu Medycyny Naturalnej Fundacji „Akcja dla Zdrowia”, której pacjentów lekarze mongolscy usiłowali wyleczyć z cukrzycy upustami krwi... Ale choć upłynęło wiele miesięcy od powiadomienia prokuratury, instytut w centrum stolicy działa do dziś.

Fundacja „Akcja dla Zdrowia” posiada w Polsce 36 ośrodków. Lekarze zatrudnieni w jej gabinetach też obywają się bez zgody ministra zdrowia. Dyrektor fundacji, Jerzy Rutkiewicz utrzymuje, że ministerstwo nie ma prawa wnikać w stosowane przez nich metody, skoro nie łoży pieniędzy. Zresztą resort zdrowia sam kierował pacjentów na leczenie w ośrodku sanatoryjnym fundacji...

Tymczasem u klienta Instytutu Medycyny Naturalnej w woj. bielskim po zażyciu 13 kulek ziołowych wystąpił zespół objawów stanowiących zagrożenie życia pod postacią gwałtownych wymiotów i zapaści naczyniowej ze spadkiem ciśnienia tętniczego do wartości 60/40 - o czym okręgowa izba lekarska poinformowała prokuraturę.

„Wylecą na śmierć” - ostrzega przed tanimi lekarstwami z bazarów pismo konsumentów, systematycznie monitorujące obfity rynek cudów. Nasze prawodawstwo nie przewidziało tak gwałtownego i dzikiego przywozu lekarstw i środków odurzających - pisze autor „Wyciągu z byczych jąder”. Te często przeterminowane, nie znane i stosowane bez kontroli specyfiki mogą spowodować nieobliczalne

skutki - zamiast byczej potencji, na przykład, wypadanie włosów i powstawanie na ciele otwartych ran...

Do prokuratorów zgłaszają się osoby oszukane przez wysłannika z kosmosu, który - mimo przestróg prasy - za kilka milionów sprzedawał „emitery”: kawałki papieru nasączone „pierwiastkami kosmicznymi” skuteczne jakoby przeciw rakowi i AIDS. Jedna prokuratura już wystąpiła z oskarżeniem o oszustwo, druga jeszcze myśli: może jednak skuteczny jest ten emiter?

Trudno się więc dziwić, że naprawdę chorzy, którym grozi operacja, tym chętniej wolą robić sobie np. okłady z uzdrawiających kamieni faraonów (za 1,5 mln zł), niż dać się krajać. *Tydzień później nieprzytomną nauczycielkę zabrano pogotowie - doniósł „Dziennik Łódzki”.*

- Jeżeli nadal o funkcjonowaniu gabinetów uzdrowicieli i szarlatanów decydować będą w Polsce wyłącznie urzędy skarbowe, jako najwyższy autorytet w sprawach zdrowia, to skutki już wkrótce okażą się tragicznie widoczne - przewiduje Wanda Terlecka, przewodnicząca Łódzkiej Izby Lekarskiej.

Wielką akcję propagandową prowadzi Izba Dolnośląska: monituje kolegia, prokuratury, wojewodów, burmistrzów. Jak mówi jej przewodniczący, dr **Włodzimierz Bednorz**, w wyniku zainicjowanych kontroli, kierownictwo pewnej spółki w województwie jeleniogórskim przyrzekło zaniechać zatrudniania cudzoziemców wykonujących nielegalnie operacje oczu polskim pacjentom.

Z kolei **Jerzy Załuska** z Okręgowej Izby w Warszawie jako sukces podaje powołanie komisji do weryfikacji lekarzy-masażystów oraz podpisanie z Wojewódzkim Biurem Pracy porozumienia, w którym zobowiązało się ono nie udzielać zezwoleń na pracę lekarzy i terapeutów zagranicznych bez konsultacji z izbą. W rzeczywistości jednak Izba Lekarska nadal nie ma nic do powiedzenia np. przy zatrudnianiu lekarzy mongolskich w Fundacji „Akcja dla Zdrowia”.

Ale nie z samych oszustw składa się świat medycyny niekonwencjonalnej. Obok zwykłych wydrwigroszy jest grono

utalentowanych i kompetentnych terapeutów, naprawdę przywracających zdrowie.

Dokumentacja, jaką przedstawił **Stefan Abramowski**, prezes Polskiego Stowarzyszenia Bioterapeutów na Konferencji Obywatelskiego Komitetu Zwalczenia Raka, sprawiła, że uznano bioterapię za metodę medycyny jeszcze nie sprawdzoną. Wybitny uzdrowiciel oświadcza, że bioterapii poddaje się prawie 100 proc. padaczek i ok. 80 proc. różnego rodzaju guzów, mięśniaków, cyst. **Janusz Runiewicz**, sekretarz Towarzystwa Medycyny Naturalnej również twierdzi, że traktując człowieka jako całość istotnie można uzyskać *przynajmniej poprawę w każdej jednostce chorobowej.*

Problem w tym, jak odróżnić autentycznego uzdrowiciela od szarlatana. Aby wyjść z błędnego koła, status medycyny niekonwencjonalnej powinno się zagwarantować stosownym aktem prawnym, przybliżającym ją do lecznictwa. Proponuje się np. rejestrację i weryfikację lekarzy oraz terapeutów w Wojewódzkich Wydziałach Zdrowia. Nie jest jednak jasny los bioterapii. Lekarze uważają ją powszechnie za największe „szamaństwo”. W projekcie nowej ustawy o zawodzie lekarza przewidziana jest m.in. kara pozbawienia wolności do lat dwóch za *udzielanie świadczeń medycznych w celu osiągnięcia korzyści materialnych bez posiadania uprawnień lekarskich.*

Bioterapeutów napawa to niepokojem, ponieważ każdy przypadek uzdrowienia lekarze mają zwyczaj interpretować jako samowyleczenie, błąd w diagnozie, sugestię, nigdy zaś jako działanie energii uzdrowiciela.

I na koniec ciekawostka: w gabinecie lekarskim ministerstwa zdrowia, w godzinach urzędowania, leczył i uzdrawiał pracowników bioenergoterapeuta. *Piątek 20 listopada 1992 przejdzie do historii polskiej medycyny - obwieścił „Kurier Polski”. - Cudotwórca uzdrawia ministerstwo zdrowia!!!*

(przedruk z „PT” nr 51/52)

**Tworzymy
Koło Lekarzy
Obcokrajowców
Pierwsze spotkanie
12 marca 1993
roku, godz 14.30
we wrocławskiej
siedzibie
Dolnośląskiej Izby
Lekarskiej,
ul. J. Matejki 6,
tel. 22-50-56,
22-50-57**

**PRZYJDŹ
NAPISZ
ZAWIADOM
KOLEGÓW**

JĘŚLI

- jesteś obcokrajowcem,
- studiujesz w Polsce medycynę, specjalizujesz się, pracujesz jako lekarz,
- nie znasz polskiego prawa dotyczącego obcokrajowców (nostryfikacja, prawo wykonywania zawodu, możliwości pracy i zarabiania),
- nie wiesz, jakie są twoje obowiązki i przywileje, jakie instytucje mogą cię bronić,
- czujesz się skrzywdzony, wpadłeś w kłopoty, z których nie wiesz jak wybrnąć,
- jesteś zagubiony, nie masz, do kogo zwrócić się o radę lub pomoc

PRZYJDŹ DO NAS

Chcemy wspólnie rozwiązywać nasze problemy, pomagać sobie, informować o obowiązkach i przepisach, dochodzić naszych praw, ułatwiać pierwsze kroki nowoprzybyłym kolegom.

**Grupa inicjatywna
Saifi Marwan
Karim Ahmed
Shublac Wael**

PROFESOROWIE LWOWSCY W ANEGDOCIE I WSPOMNIENIACH

Dalszy ciąg ze str. 1

aparatem fotograficznym przewieszonym przez ramię (był znakomitym fotografikiem, fotografował portretowo lekarki, studentki i leczone w klinice dzieci). Wykładał dobrze, wyrażał się głośno skandując słowa, nieco przez nos, pewny siebie w obejściu. W naszych oczach był typem Anglika; ożeniony był z Angielką, co zapewne także wpłynęło na takie określenie. O jego pochodzeniu krążyły pogłoski, że pochodzi z Niemców bałtyckich i ukończył szkołę paziów w Petersburgu; w rzeczywistości urodził się w Bielsku-Białej (1887) - ojciec jego był magistrem praw. Studia medyczne ukończył we Wrocławiu, mówił płynnie wieloma językami, studiował i zwiedzał wiele ośrodków naukowych, w tym przede wszystkim związany był ze słynną wiedeńską szkołą wybitnego pediatry, profesora Pirqueta, czym się chlubił. Przejął od niego m.in. system „nemów” jako jednostek spożywczych w żywieniu niemowląt (wartość spożywcza grama mleka kobiecego = 1 nem); skomplikowane obliczanie na tej podstawie diet dla niemowląt było zmartwieniem studentów. Studenci złośliwie opowiadali, że Pirquet wyrażał się o Groerze „mein Epruvettenträger”. Biografie natomiast stwierdzają, że „przyjaźń Pirqueta i Groera była trwała i głęboka”.

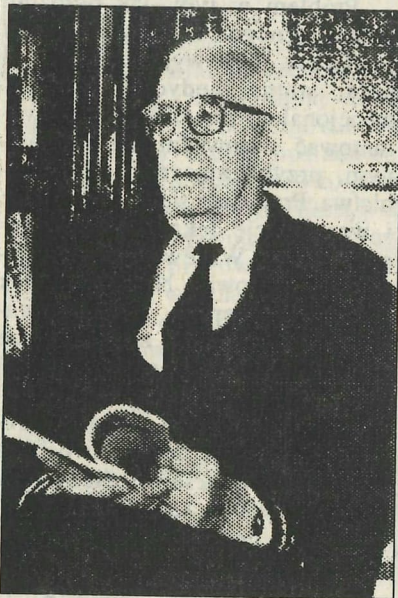
Przy egzaminie wymagał profesor Groer nie tyle wiadomości podręcznikowych, ile podawanych na wykładach - nieraz oryginalnych - poglądów i wiadomości, zwłaszcza z dziedziny odporności, alergii i gruźlicy z neologizmami jak np. patergia. Zapewne zachował się gdzieś jeszcze zeszyt wydany przez Bratnią Pomoc Studentów Medycyny U.J.K. we Lwowie z tzw. „michałkami” profesora Groera; był to zbiór alfabetycznie ułożonych „michałków”, tj. oryginalnych pojęć profesora, przydatnych przy egzaminie. Zapamiętałem tylko jeden „michałek” - „co jest kielbasą wegetarianów?” - należało odpowiedzieć „ogórek”.

Poza pediatrią i szkołą pielęgniarstwa oraz fotografią prof. Groer czynnie interesował się muzyką; założył Towarzystwo Miłośników Opery we Lwowie (przez dwa lata był jego przewodniczącym), a nawet przez pewien czas jej dyrektorem. Komponował

pieśni, w tym także kantatę ku czci Marszałka Piłsudskiego.

Profesor Groer jest jedynym profesorem, który ocalał pamiętnej nocy 4 lipca 1941 roku, kiedy to rozstrzelano 36 osób - profesorów U.J.K. i ich rodzin, w tym 12 profesorów Wydziału Lekarskiego. Pomimo aresztowania prof. Groer został tejże nocy zwolniony; z relacji jego wynika, że uznano go za Volksdeutscha.

Laryngolog profesor Teofil Zalewski - starszy, szczupły mężczyzna z siwą



Autor wspomnień prof. dr hab. Bolesław Popielski

kozią bródką, pobudliwy i nerwowy, senator II Rzeczypospolitej, prezes Związku Oficerów Rezerwy. Był postrachem zdających egzamin studentów, łatwo wpadał w gniew i rzadkością było ażeby zdać egzamin z otolaryngologii za pierwszym razem. Przy egzaminie należało zbadać pacjenta i odpowiedzieć na pytania, wśród których były także zaskakujące „michałki”; często nie wiadano nawet za co student był odstawiany.

Trzeba było wiedzieć, że w zewnętrznym przewodzie słuchowym można znaleźć prawie wszystko, np. zwinięty w rulonik obrazek Matki Boskiej jednak tylko z wyjątkiem pchły; dlaczego? „bo pchła nie znosi biologii ucha zewnętrznego”. Pamiętam go

również z okresu wrocławskiego (zmarł w roku 1953), był przemiłym starszym kolegą i lubił przychodzić „na herbatkę” do mego zakładu.

Chirurg profesor Schramm, z końcem lat dwudziestych był w wieku emerytalnym, wysoki starszy pan z bródką, prowadził kolejno Oddział Dziecięcy w Szpitaliku św. Zofii, potem Oddział Chirurgii w Szpitalu Powojennym, wreszcie Klinikę Chirurgiczną Wydziału Lekarskiego U.J.K. W czasie operacji spokojny, również przy egzaminach zrównoważony i sprawliwy; cieszył się poważaniem i autorytetem. Opowiadano dwa zabawne zdarzenia, w których doznał naruszenia nietykalności cielesnej w czasie dokonywanej przez siebie operacji: szarytka, doskonała siostra operacyjna, pilnująca starannie porządku na sali operacyjnej, zauważyła, że na masce (z gazy) profesora przyczepiony jest włos; obawiając się, że włos łada chwila wpadnie do rany operacyjnej ostrożnie podeszła z „komcangą” (rodzaj długiej pinety) do profesora i chwyciła włos ażeby go usunąć z maski; profesor syknął z bólu, gdyż wyrwano włos z jego brody, który wysunął się przez oczko w gazie. Innym razem, dookoła operującego profesora stoi wianuszek asystujących i przyglądających się lekarzy. Na salę wszedł przemiły człowiek, docent Dobrzaniecki; nie poznał nachylonego nad stołem operacyjnym profesora i sądząc, że to jeden z kolegów, klepnął go dość silnie po pośladkach. Konsternacja była wielka.

Następcą profesora Schramma był profesor Ostrowski, świetny chirurg, asystent Rydygiera, legionista, o którym wspominałem w I części tych wspomnień. Przystojny mężczyzna, zamiłowany automobilista (sam prowadził smukłą lancję), był komandorem corocznych ulicznych wyścigów automobilowych na pętli górzystych ulic Stryjskiej, Kadeckiej i Pełczyńskiej we Lwowie. W wyścigach tych brali udział znani wówczas kierowcy, m.in. Rychter na bugatti oraz Hans Stuck - zdaje mi się - na mercedesie. Profesor Ostrowski - wybitny chirurg o doskonałej technice operacyjnej, człowiek kulturalny, życzliwy ludziom i dobry dla swych asystentów, miał tylko jedną wadę:

zmieniał się przy stole operacyjnym nie do poznania, po prostu na wrzeszczącego satrapę; w wyniku głośniejszych bezstających krzyków asystujący tracili nieraz głowę. „Stoisz pan jak kobyła u płotu” było częstym ponaganiem. Bezpośrednio po operacji stawał się zyczliwym, dobrym profesorem, podziwianym i szanowanym autorytetem. Odpowiedzialna i wyjątkowa praca u niejednego z chirurgów wyzwała taki właśnie głośny środek uspokajający.

Wspomniani w tej części profesorowie Nowicki, Dobrzański i Ostrowski są ofiarami tragedii profesorów Uniwersytetu Jana Kazimierza w dniu 4 lipca 1941 roku, należą do 36 rozstrzelanych profesorów ich rodzin, w tym 12 profesorów Wydziału Lekarskiego.

Prof. dr hab. Bolesław Popielski

¹⁾ Doc. dr Helena Kurowska: Życiorys profesora Franciszka Groera, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1973.

Od Redakcji:

Na tym kończymy lwowskie wspomnienia Pana Profesora Popielskiego. Wielu z naszych kolegów na pewno wróciło myślami do zawsze najpiękniejszych czasów - do swojej młodości. Zapraszam do spisywania tych refleksji, do pisania o tym, co działo się przed półwieczem i o tym, co widzieliśmy niedawno. Podzielmy się swoimi sądami i uwagami z innymi. Łamy „Biuletynu” stoją otworem i czekają.

SPROSTOWANIE OMYŁKI:

W zeszycie styczniowym „Biuletynu” we wspomnieniach prof. Popielskiego o lwowskich profesorach należy dopisać po ostatnim zdaniu na stronie 24 następujące zdanie: „Ramie kleszczy należy - jak nas uczono - wprowadzać delikatnie, trzymając je jak smyczek”.

Bez tego zdania dowcip tej anegdoty może nie być zrozumiały.

REDAKCJA BIULETYNU
ZWRACA SIĘ DO
CZYTELNIKÓW Z PROŚBĄ
O NADSZYLANIE WESOŁYCH
(I NIE TYLKO) WSPOMNIENI
I PRZEŻYĆ ZWIĄZANYCH
Z PRAKTYKĄ A TAKŻE
DOWCIPÓW LEKARSKICH.

WYNIKI ANKIETY

Na opublikowaną w styczniowym numerze „Biuletynu” ankietę odpowiedziało do dnia 5 lutego 612 osób, co stanowi 7% lekarzy zarejestrowanych na Dolnym Śląsku. Najwięcej odpowiedzi napłynęło z województwa legnickiego (134), najmniej -- z jeleniogórskiego (59).

95% respondentów uważa, że istniejąca w służbie zdrowia sytuacja uzasadnia konieczność protestu. Z zaproponowanych form najczęściej wybierano: wstrzymanie udziału w komisjach lekarskich dla przedpoborowych i poborowych (72%) oraz wstrzymanie wydawania zaświadczeń lekarskich dla osób ubiegających się o prawo jazdy (67%). Co drugi ankietowany dopuszcza możliwość innych form protestu (wstrzymanie orzecznictwa i wydawania zwolnień lekarskich, zaprzestanie wypełniania kart statystycznych i nowotworowych -- 56%).

W prawie połowie ankiet (49%) wyrażono chęć udziału w marszu protestacyjnym.

Zdecydowanie opowiedziano się przeciw zaprzestaniu pobierania krwi na zawartość alkoholu (59%). Również nie zyskała poparcia propozycja, aby ograniczyć się do przyjmowania tylko przypadków ostrych (41%).

Na niektórych ankietach dopisywano kolejne punkty: wstrzymanie wniosków sanatoryjnych, niewydawanie kart zgonu, niewydawanie żadnych (poza ustnymi) opinii dla pacjenta.

K.P.

Z głębokim smutkiem
zawiadamy, że w dniu
11 lutego 1993 roku zmarła
Pani doc. dr hab.

ZOFIA KRZYSZTONIOWA

wieloletni nauczyciel akademicki, ordynator Oddziału Neurologicznego Specjalistycznego Szpitala Zespołonego im. T. Marciniaka we Wrocławiu, specjalista wojewódzki ds. neurologii, członek Rady Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, przewodnicząca Komisji Kształcenia, delegat DIL na Zjazd Krajowy.

W zmarłej tracimy wielkiego człowieka. Składamy wyrazy głębokiego współczucia rodzinie.

Rada Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Koło Izby Lekarskiej przy
Specjalistycznym Szpitalu Zespołonym
we Wrocławiu

Lekarzowi medycyny
Andrzejowi Hanasiewiczowi
wyrazy głębokiego
współczucia z powodu
śmierci Matki składają
koleżanki i koledzy ze
szpitala w Lubiążu.

W dniu 22 listopada 1992 r.
zmarł długoletni, zasłużony dla
Szklarskiej Poręby i okolic,
ceniony przez pacjentów i
współpracowników lekarz,
specjalista chorób płuc

dr Stanisław Kunlewski.

Urodził się 20.06.1919 r. w Osieczanach koło Myślenic. Maturę zdał w gimnazjum im. Marii Magdaleny w Poznaniu w r. 1938. Tam też rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. W czasie wojny pracował między innymi jako kontroler sanitarny w Kazimierzy Wielkiej. W roku 1945 kontynuował studia na Uniwersytecie Jagiellońskim, a zakończył w roku 1948, uzyskując absolutorium w Poznaniu. Pracę rozpoczął w Sanatorium Przeciwgruźliczym dla Dzieci w Ludwikowie k. Poznania w latach 1948-1950 (9.06.1950 r. uzyskał dyplom lekarza). Następnie powołany do wojska i skierowany do prewenterium wojskowego dla dzieci w Szklarskiej Porębie, a w roku 1954 po uzyskaniu specjalizacji - dyrektor wojskowego sanatorium przeciwgruźliczego. 1.01.1957 r. objął w Państwowym Zespole Sanatoriów Przeciwgruźliczych w Kowarach funkcję dyrektora sanatorium nr 1 w Szklarskiej Porębie, a po reorganizacji w roku 1967 obu zakładów nr 1 i nr 2 przy ul. Kilińskiego i Szpitalnej. Od 1974 roku kierownik Poradni Przeciwgruźliczej. Pracował z chorymi aż do ostatniej krótkotrwałej choroby.

W czasie ponad 40 lat pobytu w Szklarskiej Porębie pracował jako lekarz Domu Opieki Caritas, prewenterium Rozdroże Izerskie, zajmował się Domem Zdrowia Kolejarzy i pełnił wiele społecznych funkcji.

Odnaczony medalami wojskowymi, złotym krzyżem zasługi, odznaką „Za zasługi dla Dolnego Śląska”, za zasługi dla Szklarskiej Poręby oraz „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”.

Pozostanie zawsze w pamięci kolegów lekarzy i wielu pacjentów: pogodny i aktywny do ostatnich dni.

Dyrekcja Specjalistycznego Zespołu
Gruźlicy i Chorób Płuc w Jeleniej
Górze

Zarząd Wojewódzki Towarzystwa Internistów Polskich
we Wrocławiu

Zarząd Wojewódzki Polskiego Towarzystwa Lekarskiego
w Wałbrzychu

I Oddział Wewnętrzny Szpitala Miejskiego w Świdnicy
Specjalista Wojewódzki w zakresie chorób wewnętrznych
organizują w dniu 27 marca 1993 roku konferencję naukowo-
szkoleniową na temat:

Diagnostyka i leczenie zaburzeń rytmu serca

Program konferencji:

1. B.Halawa - Epidemiologia i etiopatogeneza zaburzeń rytmu serca
2. W.Kosmala - Elektrofizjologiczne podstawy zaburzeń rytmu serca
3. M.Negrusz-Kawecka - Rozpoznawanie zaburzeń rytmu serca
4. M.Witkowska - Ocena skuteczności stosowanych leków antyarytmicznych, proarytmiczne i kardiodepresyjne działanie leków antyarytmicznych
5. Dyskusja i pytania.
6. Przerwa.
7. J.Moszczyńska-Stulin - Leczenie nadkomorowych zaburzeń rytmu serca (częstoskurcz napadowy, migotanie przedsionków)
8. B.Halawa - Leczenie komorowych zaburzeń rytmu serca
9. A.Mysiak - Kardiowersja - defibrylacja w leczeniu komorowych zaburzeń rytmu serca
10. Dyskusja i pytania.

Konferencja odbędzie się w Świdnicy, w sali konferencyjnej Zakładowego Domu Kultury Fabryki Aparatury Pomiarowej „PAFAL” ul. Ks.Agnieszki 12 (d. Marchlewskiego) - w dniu 27 marca 1993 r. Początek konferencji o godz. 10.00, jej zakończenie około godz. 13.30. W konferencji zapowiedziały swój udział firmy farmaceutyczne oraz firmy produkujące sprzęt medyczny.

p.o. ordynatora
I Oddziału Wewnętrznego
Szpitala Miejskiego
w Świdnicy
lek. med. Bogumiła Rogacka

przewodniczący Zarządu
OW. PTL
Dr med. Sławomir Suchocki
przewodniczący Zarządu TIP
Prof. dr hab. Bogumił Halawa

ODDZIAŁ REGIONALNY
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
LEKARSKIEGO
ZIEMI LUBIŃSKIEJ
ZAPRASZA

lekarzy medycyny, stomatologii i
farmaceutów
na kolejne, coroczne
IV REGIONALNE SYMPOZJUM
POSTĘPY

FARMAKOTERAPII I NOWE LEKI

kóre odbędzie się 27 marca
1993 roku w DKZM „MUZA”
w Lubinie, ul. Armii Krajowej 1,
w godzinach od 9.00 do 16.00.

Regułą naszych spotkań jest przybliżenie postępów farmakoterapii w różnych dziedzinach klinicznych, tak aby spotkania miały charakter interdyscyplinarny, w obecnym symposium przeprowadzone zostaną następujące sesje naukowe:

SESJA I: „Immunostymulacja w leczeniu częściej występujących schorzeń w pediatrii” pod kierunkiem prof. dr hab. Adama Jankowskiego - kierownika Katedry i Kliniki Propedeutyki Pediatrii AM Wrocław.

SESJA II: „Postępy w farmakoterapii schorzeń reumatycznych” pod kierunkiem prof. dr hab. Jacka Szechińskiego - ordynatora Oddziału Wewnętrznego Okręgowego Szpitala Kolejowego we Wrocławiu.

SESJA III: „Postępy w leczeniu powikłań naczyniowych w przebiegu cukrzycy” pod kierunkiem prof. dr hab. Barbary Kowal-Gierczak - kierownika Kliniki Angiologicznej AM Wrocławiu.

SESJA IV: „Diagnostyka i leczenie progresywnych zapaleń przyzębia” - doc. dr hab. Marek Ziętek z Kliniki Stomatologii Zachowawczej AM we Wrocławiu.

W trakcie sesji odbywających się równoległe w trzech salach jak co roku będzie czynna wystawa stoisk firm farmaceutycznych.

Przewodniczący OB PTL ZL
prof. dr hab. J.Bielawski

Sekretarz OB PTL ZL
lek. med. A.Kwaśniewski

Przewodniczący Komitetu
Organizacyjnego
lek. med. Artur Kwaśniewski

UWAGA STOMATOŁODZY!

Wszystkich stomatologów, którzy na terenie czterech dolnośląskich województw nie mieli możliwości odbywania stażu podyplomowego prosimy o zgłaszanie się do siedziby DIL we Wrocławiu w celach przekazania swoich danych.

Ryszard Łopuch

Organizujemy
Zjazd Koleżeński
absolwentów Pomorskiej
Akademii Medycznej
rok 1983 i 1984

Prosimy, aby lekarze dolnośląscy, którzy ukończyli szczecińską uczelnię, podawali swoje aktualne adresy:

Ewa Wojciechowska,
ul. Turkusowa 8/25, 70-783
Szczecin

UWAGA ABSOLWENCI
Akademii Medycznej
we Wrocławiu

ROK 1968 (Stomatolodzy)
i ROK 1969 (Wydział
Lekarski)

Organizujemy
Zjazd Koleżeński
(25-lecie dyplomu).

Orientacyjny termin: wrzesień 1993 roku. Prosimy o podawanie na adres DIL, Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 22-50-56 lub 22-50-57 adresów Koleżanek i Kolegów z naszego roku, także tych mieszkających poza terenem działalności naszej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej i za granicą.

Tymczasowy Komitet
Organizacyjny Zjazdu



OGŁOSZENIA O PRACY

**Przemysłowy Zespół Opieki
Zdrowotnej Wrocław-Fabryczna
zatrudni:**

- lekarza okulistę - II stopień specjalizacji, ew. I stopień,
- lekarza radiologa,
- lekarza psychiatrę,
- lekarza pulmonologa - II stopień, konsultant w niepełnym wymiarze godzin.

Adres: ul. Wagonowa 1, 53-609
Wrocław, tel. 56-19-26

**Ośrodek Zdrowia
w Łągowicach,
ul. Słowiańska 10, tel. 399
zatrudni lekarza
pediatrę I stopnia.**

Zapewnia 2-pokojowe mieszkanie,
pensja - do 5 mln zł miesięcznie.
Kontakt: Adam Iwaszko, tel. 31-28-
05 (Dzierżoniów)

**Specjalistyczny Zespół
Onkologiczny, Pl. Hirszfelda 12,
tel. 61-90-28**

**zatrudni lekarza
pediatrę**

(I stopień specjalizacji lub będący
w trakcie specjalizacji z pediatrii
albo neonatologii).

ZOZ Strzelin
(37 km od Wrocławia, dojazd we
własnym zakresie, ośrodek nie
zapewnia mieszkańia)
zatrudni lekarza dentystę
w szkolnej przychodni.
Tel. 21-522

**ZOZ w Nysie
zatrudni od zaraz
małżeństwo lekarskie**

(najchętniej lekarza dentystę i lekarza
medycyny lub pediatrę i lekarza
medycyny, w Gminnym Ośrodku
Zdrowia w Kamienniku. Możliwość
kontynuowania specjalizacji w szpitalu
w Paczkowie lub w Nysie. Do
dyspozycji mieszkanie na terenie
ośrodka typu M-4 z garażem.
Kontakt telefoniczny: Nysa (woj.
opolskie) 30-38

**Zespół Publicznych Zakładów
Opieki Zdrowotnej w
Bierutowie ul. Moniuszki 12,
tel. 4-62-51**

**zatrudni małżeństwo
lekarskie**

o specjalizacji pediatra i ginekolog lub
stomatolog. Warunki płacy i pracy do
omówienia w ZPZOZ. Domek
wolnostojący do zasiedlenia od zaraz!

**Zakład Opieki Zdrowotnej w
Złotoryi**

zatrudni stomatologa

w wiejskim ośrodku zdrowia. Warunki
do omówienia w złotoryjskim Szpitalu
Rejonowym, ul. Hoża 11, tel. 622.

**Wolne miejsca pracy w
województwie legnickim**

- ZOZ w Legnicy, ul. Wrocławska
177, tel. 252-01 zatrudni
dentystów (4 miejsca) i pediatrę,

- WSZ w Legnicy,
ul. Wrocławska 177, tel. 251-01
zatrudni radiologa,

- ZOZ w Złotoryi, ul. Hoża 11,
tel. 807 zatrudni dentystę,

- ZOZ w Chojnowie,
ul. Nowotki 10, 256
zatrudni anestezjologa, radiologa,
dwóch lekarzy ogólnych i trzech
dentystów.

**Gminny Ośrodek Zdrowia w
Kątach Wrocławskich
zatrudni lekarza pediatrę**
w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w
Smolcu (15 km od Wrocławia).
Warunku do uzgodnienia.
Tel. 166-021, 166-022.

**Dyrekcja ZOZ Nysa
zatrudni od zaraz neurologa.**
Zapewniamy mieszkanie
zakładowe typu M-4.
Adres: Nysa, ul. Bohaterów
Warszawy 23, tel. (sekretariat
ZOZ-u) 30-38

**Przemysłowy Zespół Opieki
Zdrowotnej Wrocław Psie Pole,
ul. Bierutowska 59, tel. 25-31-59
zatrudni głównego
księgowego.**

**Dziekan Wydziału
Lekarskiego Akademii
Medycznej
we Wrocławiu ogłasza
ogólnopolski konkurs na
stanowisko profesora
zwyczajnego w III
Katedrze i Klinice
Pediatrii i Alergologii.**

O wymienione stanowiska
mogą ubiegać się osoby posia-
dające tytuł naukowy.

Kandydaci zgłaszający się do
konkursu proszeni są o przesła-
nie następujących dokumentów:

- wniosku o powołanie na
stanowisko,
- autoreferatu ze szczególnym
uwzględnieniem dorobku nauko-
wego, dydaktycznego oraz za-
wodowego,
- wykazu publikacji oraz kse-
rokopii wszystkich prac opubli-
kowanych po uzyskaniu ostat-
niego awansu naukowego,
- informacji o działalności dy-
daktyczno-zawodowej (szkolenie
młodej kadry, recenzje prac ha-
bilitacyjnych, doktorskich oraz
wniosków o tytuł naukowy),
- odpisu dokumentu stwier-
dzającego posiadanie tytułu
naukowego,
- zaświadczenia o braku za-
strzeżeń ze strony okręgowej
izby lekarskiej właściwej dla
miejsca zatrudnienia kandydata,
- ewentualnych referencji i
opinii

na adres:
Dziekan Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej we
Wrocławiu
ul. Mikulicza-Radeckiego 5
50-368 WROCLAW
w terminie do dnia 12 lutego
1993 roku.
Konkurs będzie rozstrzygnięty
do dnia 12 kwietnia 1993 roku.

Sprzedam fotel ginekologiczny,
kozetkę, sterylizator.
Wrocław, tel. 481-954.

NOWOŚCI W PRASIE MEDYCZNEJ

W 1992 roku ukazały się pierwsze numery czasopism:

POSTĘPY PSYCHIATRII - NEUROLOGII

Pismo wydawane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Na jego łamach mają ukazywać się opracowania referujące i podsumowujące stan wiedzy na temat zagadnień diagnostycznych, terapeutycznych i organizacyjnych w zakresie psychiatrii i neurologii oraz nowe koncepcje i wyniki badań o znaczeniu praktycznym. „Postępy” będą również przypominać osoby i tradycje historyczne ważne dla współczesności.

W pierwszym numerze m.in.: „O zespołach paranoidalnych”, „Ostra, niealergiczna reakcja na penicylinę prokainową”, „Rafał Radziwiłłowicz (1860-1929)”

NEUROLOGIA DZIECIĘCA

Organ Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych w Warszawie. Ukazuje się dwukrotnie w ciągu roku.

We wstępie autorzy piszą: „Chcemy, aby »Neurologia Dziecięca« przekazując najnowsze osiągnięcia nauki i praktyki, odgrywała jednocześnie rolę informatora o aktualnych problemach zdrowotnych i organizatorskich, interesujących środowisko neurologów”.

Zeszyt pierwszy zawiera oryginalne prace (Padaczka częściowa ciągła Kożewnikowa - typ II), prace pogładowe (Drgawki gorączkowe - ryzyko nawrotu, ryzyko padaczki), informacje diagnostyczne i terapeutyczne, recenzje, streszczenia z czasopism zagranicznych.

MEDYCyna PO DYPLomie

Kwartalnik, nad którym patronat sprawują polskie izby lekarskie. Każdy numer przedstawia artykuły, które ostatnio ukazały się w McGraw-Hill

Publication „Postgraduate Medicine” oraz blok 3-4 tekstów poświęconych jednemu zagadnieniu medycznemu.

KLINIKA

Ogólnopolskie czasopismo redagowane i wydawane przez lekarzy dla środowiska medycznego.

Co miesiąc prezentuje oryginalne prace z zakresu podstawowych dziedzin medycyny, artykuły dotyczące prawnych aspektów pracy lekarza, historii medycyny oraz etyki i deontologii lekarskiej. Zamieszcza również informacje o lekach, nowym sprzęcie, usługach medycznych.

OPTYKA - OPTOMETRIA

Dwumiesięcznik rozprowadzany wyłącznie drogą rocznej prenumeraty (258 tys. zł, Wydawnictwo „Panoptikos”, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań).

Przeznaczone dla optyków i lekarzy-okulistów.

Zajmuje się: anatomią i fizjologią układu wzrokowego człowieka, optyką fizyczną i fizjologiczną człowieka, optyką okularową, zagadnieniami związanymi z problematyką soczewek kontaktowych, procesami widzenia, tajnikami technologii soczewek mineralnych i organicznych itp. Według autorów jest jedynym w Polsce źródłem współczesnej, profesjonalnej informacji w zakresie optyki oftalmicznej i optometrii. W numerze piątym m.in.: „Działanie ultrafioletowego promieniowania słonecznego na człowieka”, „Aspekty badania wergencji przy obserwacji bliskich przedmiotów”, „Substancje stosowane do pielęgnacji miękkich soczewek kontaktowych”.

Czasopisma te są udostępniane w czytelni Biblioteki Głównej Akademii Medycznej we Wrocławiu (ul. Parkowa 1)

K.P.

Konkurs na znak graficzny Naczelnej Izby Lekarskiej

*Naczelna Rada
Lekarska (Warszawa,
ul. Grójecka 65 a)
ogłasza konkurs otwarty
na znak graficzny
Naczelnej Izby Lekarskiej. Projekt powinien
nawiązywać do treści
medycznych i tradycji
izb lekarskich. Nie
ogranicza się technik
plastycznych.*

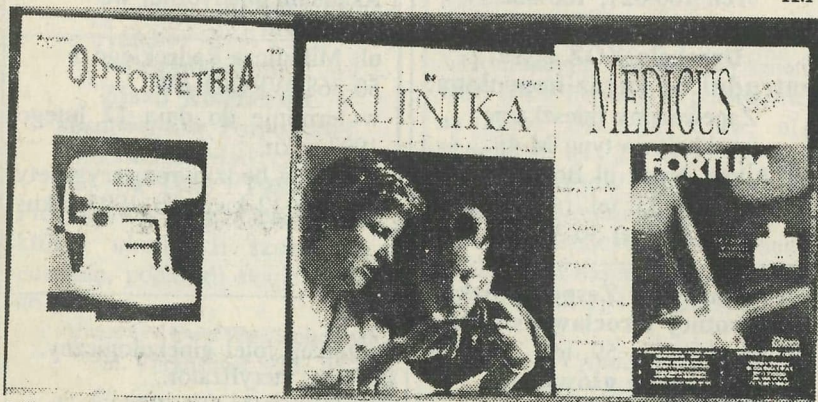
Termin nadsyłania prac opatrzonych godłem i zawierających zalakowaną kopertę z nazwiskiem autora upływa 31 marca 1993 roku. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w pierwszej dekadzie maja 1993 r., a przewidywane wręczenie nagród w dniu 28-29 maja.

Ustalono następujące nagrody:

- I 10.000.000**
- II 4.000.000**
- III 2.000.000**

Jury zastrzega sobie inny podział nagród bądź nieprzyznawanie I nagrody. Prace należy nadsyłać na adres:

Naczelna Rada Lekarska
ul. Grójecka 65 a
02-094 Warszawa
tel. 22-15-73, fax 6581701,
telex 816873



Półka nowości

KOMPUTEROWY SYSTEM WYSZUKIWANIA PIŚMIENICTWA

Już od pięciu lat Biblioteka Główna AM we Wrocławiu posiada medyczną bazę danych MEDLINE, opracowaną w języku angielskim przez Narodową Bibliotekę Medyczną w Bethesda (USA). Baza zawiera streszczenia artykułów i informacje bibliograficzne o piśmiennictwie światowym z ponad 3000 czasopism z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych, w tym z 41 polskich czasopism medycznych. Ich spis zawiera Index Medicus (udostępniany w akademickiej bibliotece). Dane obejmują okres od 1986 roku do chwili obecnej, uzupełniane są co miesiąc.

Pracownicy na życzenie osób zainteresowanych sporządzają wydruki zestawień tematycznych na papierze lub nagrania na dyskietce (5 1/4 cala, najlepiej HD, o pojemności 1,2 MB, nowa, czysta) dostarczonej przez użytkownika. Wystarczy złożyć zamówienie - osobiście lub przestać pocztą na adres: Biblioteka Główna AM, 51-619 Wrocław, ul. Parkowa 1/3. Powinno ono zawierać imię, nazwisko, tytuł naukowy, specjalność, miejsce zatrudnienia oraz temat. W przypadku tematów ogólnych dobrze jest podać słowa-klucze oraz zakres, np. „tylko

ludzie - dorośli - dzieci”. Ponieważ koszty są dość wysokie, można zaznaczyć limit opłaty. Płaci się osobiście, przy odbiorze.

Obok podajemy cennik. Pracownikom Akademii Medycznej przysługuje osiemdziesięcioprocentowa zniżka.

(oprac. K.P.)

OPLĄTY ZA KWERENDY WYKONANE W TRYBIE ZWYKŁYM (2-3 tygodnie)

1992	20.000
1992-1991	25.000
1992-1990	30.000
1992-1989	35.000
1992-1988	40.000
1992-1987	45.000
1992-1986	50.000

Każda pozycja powyżej 10
- 1.000 zł.

OPLĄTY ZA KWERENDY WYKONANE W TRYBIE EKSPRESOWYM (7 dni)

1992	40.000
1992-1991	50.000
1992-1990	60.000
1992-1989	70.000
1992-1988	80.000
1992-1987	90.000
1992-1986	100.000

Każda pozycja powyżej 10
- 1.500 zł.

NAGRYWANIE NA DYSKIETKI:

OPLĄTY JAK WYŻEJ
Każda pozycja powyżej 10
- 100 zł.



Biblioteka Akademii Medycznej we Wrocławiu



BILLMED-DENT ARTYKUŁY STOMATOLOGICZNE

Wrocław, ul. Ruska 60 (50m od Placu Solnego), tel./fax 34288

Artykuły stomatologiczne firm BAYER, DEGUSSA, MikroMega: światłoutwardzalne materiały do wypełnień, lampy do nich, cementy, amalgamaty, masy wyciskowe, gipsy, woski, różne materiały protetyczne, narzędzia do leczenia kanałowego, citojecty i carpule, końcówki do unitów stomatologicznych, w tym scalery, klisze i odczynniki „AGFA”

Udzielamy fachowych informacji o naszych materiałach. Prowadzimy sprzedaż hurtową i detaliczną w godzinach 9-17.

Już tylko kilkanaście dni dzieli nas od tegorocznego Biegu Medyków. 7 marca Polana Jakuszycka w Szklarskiej Porębie zapełni się lekarzami, pielęgniarkami i studentami medycyny. O biegu powiadomiono wszystkie izby lekarskie w kraju, zaproszono kolegów czeskich i niemieckich. Bieg Medyków towarzyszy Biegowi Piastów, organizowanemu od 1976 roku przez specjalnie w tym celu powołane stowarzyszenie. Ma ono status prawny i pozwolenie na prowadzenie działalności gospodarczej. Wykupiło na własność polanę i trasy biegowe. Zainwestowało w kosztowne toalety, meliorację terenu, zbudowanie kawiarenki i kilkunastu pomieszczeń na szatnie. W sfinansowaniu biegu pomagają UKFiT oraz zagraniczne firmy, na razie przede wszystkim austriacka AVL z Grazu, w przyszłości do grona sponsorów najprawdopodobniej dołączą PHILIPS, FISCHER i SWIX. W tym roku swoją cegiełkę dołożyła również Dolnośląska Izba Lekarska. Rada DIL uchwałą z 17 grudnia 1992 r. przekazała na konto stowarzyszenia 30 mln zł.

Tradycyjnie podczas biegu kibicom urozmaicają czas zabawy, konkursy, zgadywanki z nagrodami i muzyczne koncerty. Zmaterializowany duch Karkonoszy psoci i wyprawia figle z dziećmi. Na miejscu można kupić napoje, ciepłe posiłki, pamiątkowe wydawnictwa.

Osoby, które chcą uczestniczyć w biegu, mogą uzyskać bliższe informacje pod adresem:

Komitet Organizacyjny

ul. Chelmońskiego 9

58-500 Jelenia Góra

tel. 260-97, telex 075243

W BIEGU MOŻE BRAĆ UDZIAŁ KAŻDY. WYSTARCY WZIĄĆ NARTY
I PRZYJECHAĆ DO SZKLARSKIEJ PORĘBY

ZAPRASZAMY



BIEG PIASTÓW
MEDYKARSKI BIEG MEDYKÓW
INTERNATIONAL SKIING RACE OF MEDICINE
POLSKA SZKLARSKA PORĘBA

Kontrowersyjne zwolnienie z pracy lekarza przez samorząd terytorialny

Andrzej Wojnar

Prezydium DIL otrzymało pismo następującej treści:

„W związku z odwołaniem mnie ze stanowiska kierownika Ośrodka Zdrowia w Borowej z dniem 31 grudnia 1992 r. oraz wypowiedzeniem umowy o pracę proszę o ustosunkowanie się do decyzji podjętej przez Zarząd Gminy w Długoleka. Od 1 grudnia 1985 roku pracowałam jako lekarz w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Borowej, pełniąc jednocześnie obowiązki kierownika Ośrodka Zdrowia. W 1989 roku zdałam egzamin specjalizacyjny I stopnia z pediatrii pracując jednocześnie jako lekarz ogólny. Od 1 września 1992 roku Ośrodek Zdrowia przeszedł pod „opiekę” gminy w Długoleka. W wypowiedzeniu złożonym na moje ręce 22 grudnia 1992 roku nie przedstawiono mi żadnych powodów odwołania mnie z pracy lekarza. Wręczono mi także kserokopię pisma skierowanego do Zarządu Gminy w Długoleka, w którym sołtysi 4 miejscowości z 5 podległych ZOZ-owi Borowa podpisali wniosek o zwolnienie mnie z powodu „częstych i długotrwałych nieobecności”. Od 1 września 1992 roku przebywałam 5 dni na L4 (opieka nad dzieckiem chorym) oraz dwa tygodnie na urlopie wypoczynkowym. W miesiącu wrześniu przyjąłem 407 pacjentów, w październiku - 349, a w listopadzie - 479. W dniu 22 grudnia 1992 roku wręczono mi także kserokopię interpelacji radnego - p. Kazimierza Skorupy, która wpłynęła do Zarządu Gminy 14 listopada 1992 roku, a dotyczyła pracy kierownika Ośrodka Zdrowia w Borowej. Interpelacja ta miała być podana do wiadomości Rady Nadzorczej Ośrodka Zdrowia w Borowej, co nie zostało uczynione. Jednocześnie informuję, że nie brałam udziału w posiedzeniach Rady Nadzorczej, jeśli takie się odbywały. Ponadto informuję, że nigdy nie byłam karana dyscyplinarnie, a nawet od chwili przejścia ośrodka zdrowia przez gminę nie otrzymałam dotąd żadnych uwag dotyczących mojej pracy. W związku z całkowicie bezprawnym działaniem (moim zdaniem) pracodawcy oddałam sprawę do Sądu Pracy w Oleśnicy.

Ewa Kochańska
lekarz pediatra, BOROWA 71

Powyższe pismo odczytano na zebraniu Prezydium DIL i zlecono mi przeprowadzenie wywiadu z wójtem gminy Długoleka oraz opublikowanie całości materiału na łamach naszego Biuletynu. Zwróciłem się do wójta gminy Długoleka - p. mgr inż. Zdzisława Pisarka z trzema pytaniami:



Ośrodek Zdrowia w Borowej

Andrzej Wojnar - Pański podpis widnieje na decyzji Zarządu Gminy Długoleka zwolnienia z pracy kierownika Ośrodka Zdrowia w Borowej p. dr Ewy Kochańskiej, mieszkającej w budynku tegoż ośrodka. Co skłoniło Państwa do tej decyzji, zwłaszcza w obliczu faktycznego bezrobocia wśród lekarzy na terenie wrocławskim, a przede wszystkim jak zabezpieczyć Państwo opiekę lekarską nad mieszkańcami rejonu Borowej? Nadmienić muszę, że nie zostały poinformowane o fakcie zwolnienia ani związki zawodowe, ani izba lekarska ani Nadzór Specjalistyczny Pediatryczny i Internistyczny (ordynatorski w Oleśnicy czy wojewódzki we Wrocławiu).

Zdzisław Pisarek - Odpowiadając panu na trzy pytania skierowane do mnie, chciałbym panu podziękować, że zainteresował się pan sprawą mieszkańców Borowej i okolic. Formalny sposób zwolnienia p. dr Kochańskiej rozstrzygnie Sąd Pracy. Opiekę lekarską społeczności borowskiej zapewnił p. dr Osiński. Kompetencję w zakresie merytorycznym całkowicie przejął i nikt do tego faktu nie zgłosił żadnej uwagi. Uważam, że wśród lekarzy też muszą być bezrobotni, ale uważam również, że p. dr Kochańska za późno zdała sobie sprawę z tego, że to może dotyczyć jej. Przyczyną zwolnienia p. Kochańskiej jest to, że społeczność lokalna nie życzy sobie, aby p. Kochańska udzielała jej porad lekarskich. Najwyższy czas, żeby to był dostateczny argument.

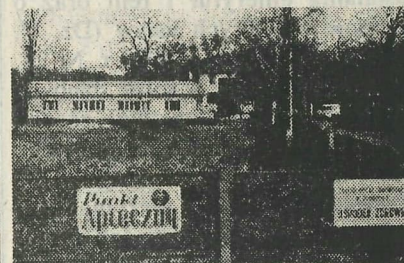
A.W. - O ile mi wiadomo, p. dr Ewa Kochańska nie otrzymała dotąd żadnych innych kar (upomnienie czy nagana, czy obniżenie lub wstrzymanie całkowite premii). Czy drastyczne zastosowania od razu „najwyższego wymiaru kary” czyli zwolnienia z pracy z natychmiastowym przekazaniem ośrodka zdrowia i przymusowym urlopem uważa Pan za adekwatne do przyczyn?

Z.P. - Mogę zrozumieć pana pytanie, które w moim odczuciu jest typowe i prowokujące. Nie uważam, żeby zawsze trzeba było toczyć bój o wszystko do ostatniej kropki krwi. Dla mnie dostatecznie ważną przyczyną jest fakt, który podałem wyżej. Namawiam Pana do rozmów z mieszkańcami społeczności borowskiej i środowiska medycznego terenu oleśnickiego na temat p. Kochańskiej. Informuję pana, że przeprowadziłem dużo tego typu rozmów. Uwagi i opinie utwierdziły mnie w słuszności decyzji.

A.W. - Jakie problemy uważa pan na obecnym etapie za pierwszoplanowe po przejściu służby zdrowia przez samorząd terytorialny waszej gminy?

Z.P. - Za najważniejsze sprawy po przejściu służby zdrowia uważam umocnienie autonomii ZOZ oraz poprawę bazy materialnej ośrodków zdrowia (remonty ośrodków i wyposażenie).

A.W. - Dziękuję za rozmowę.



Ośrodek Zdrowia w Długoleka

Czytelnikom przypomnieć muszę, że w sierpniu ubiegłego roku w czasie negocjacji poprzedzających przejście służby zdrowia ustalono m.in., iż odbędzie się to przejście bez redukcji personelu fachowego, a ewentualne ruchy kadrowe będą konsultowane ze związkami zawodowymi i izbami (lekarską i pielęgniarską). Gmina Długoleka idzie w pierwszym szeregu gmin reformujących i przejmujących swoją służbę zdrowia, a jej działania oraz efekty tych działań są bacznie obserwowane przez tę gminę, które dopiero wstępują na tę drogę. A może czytelnicy podzielą się swoimi refleksjami po przeczytaniu tego artykułu?

Uwaga: Wypowiedź wójta gminy Długoleka jest autoryzowana.



EMERYTURY - RENTY

MINISTERSTWO FINANSÓW
PODSEKRETARZ STANU

Pan prof. dr med.
Tadeusz L. Cruściel
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
ul. Grójecka 65 a
02--094 Warszawa

W odpowiedzi na pismo z dnia 16 listopada 1992 r. znak NRL/JP/1143/9855/92 uprzejmie informuję, że nie mogę poprzeć wniosku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, skierowanego do Prezesa Rady Ministrów, w sprawie ustanowienia wyjątku od zasady zawieszania lub zmniejszania emerytury lub renty dla emerytów i rencistów wykonujących pracę w zawodzie lekarza.

Przepisy art. 24 ustawy z dnia 17 października 1991 r. o rewaloryzacji emerytur i rent, o zasadach ustalania emerytur i rent oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. Nr 104, poz. 450 i z 1992 r. Nr 21, poz. 84) już same w sobie stanowią wyjątek od podstawowej zasady ubezpieczenia społecznego, które jest systemem ochrony osób czerpiących środki utrzymania z własnej pracy na wypadek utraty możliwości zdobywania tych środków wskutek określonych zdarzeń losowych (inwalidztwo, starość, śmierć).

Przepisy te są wyrazem pewnego kompromisu między interesami osób, których głównym źródłem utrzymania jest wynagrodzenie lub dochód osiągany z pracy, a interesami emerytów i rencistów, którzy zachowali częściową zdolność do zarobkowania i kontynuują pracę w celu uzupełnienia pobieranej emerytury czy renty. Rezygnacja z ograniczeń dotyczących limitu wynagrodzeń lub dochodów osiąganych przez osoby pobierające emeryturę lub rentę oznaczałaby

preferowanie ich interesów kosztem osób, których źródłem utrzymania jest wyłącznie praca lub emerytura (renta).

Byłoby to nadużyciem zasady solidaryzmu społecznego stanowiącej podstawę systemu ubezpieczeń społecznych i polegającej na zbiorowym tworzeniu funduszu służącego do pokrywania wydatków na świadczenia przysługujące osobom, które utraciły zdolność do utrzymania się z własnej pracy.

Czynienie wyłomu w zasadzie zawieszania emerytur i rent dla jednej grupy zawodowej, np. lekarzy, dodatkowo powodowałoby złamanie zasady sprawiedliwości w ramach zbiorowości wszystkich emerytów i rencistów i stałoby się pretekstem do wystąpień innych grup zawodowych. Mogłoby to doprowadzić do uchylecia obowiązujących przepisów oraz do powstania niepożądanego sytuacji, w której jak przed 1992 r., emerytura czy renta traktowana była przez niektórych jako dodatek do dochodu z pracy.

Pragnę podkreślić, że zbyt łagodne zasady zawieszania emerytur i rent powodują zwiększenie się liczby osób występujących o przyznanie tych świadczeń. Efektem tego jest zmniejszenie dochodów Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz jednocześnie zwiększenie jego wydatków. Dodatkowym skutkiem może być pogłębienie deficytu pracowników o najwyższych kwalifikacjach -- w tym wypadku lekarzy, którzy przechodząc na emeryturę ograniczą czas pracy lub zaprzestaną w ogóle pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Jak powszechnie wiadomo środki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych zbierane ze składek są niewystarczające na pokrycie niezbędnych wydatków i wymagają bardzo poważnych środków z budżetu państwa w celu ich uzupełnienia.

Ministerstwo Finansów nie może więc popierać wniosków, które zmierzają do zwiększenia obciążenia Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, a w konsekwencji obciążenia budżetu Państwa. W obecnej sytuacji oznaczać by to musiało

dalsze zmniejszenie środków przeznaczonych m. in. na wynagrodzenia lekarzy, których podstawowym źródłem utrzymania jest wyłącznie praca, a nie emerytura (renta).

Z wyrazami szacunku
Helena Góralska



NRL O USTAWIE BUDŻETOWEJ

Warszawa, 1993.01.05.

Pan dr Andrzej WOJTYŁA
Minister Zdrowia i Opieki Społecznej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zaznajomieniu się z projektem ustawy budżetowej na rok 1993 w zakresie działu 85 -- „Ochrona zdrowia” stwierdza, że preliminowane kwoty na płace i pozostałe wydatki są niewystarczające, co doprowadzi do drastycznego zmniejszenia ilości i pogorszenia jakości świadczeń medycznych.

Zmniejszenie ilości etatów kalkulacyjnych jest kolejną próbą ratowania budżetu kosztem pracowników ochrony zdrowia i uniemożliwi realizację zwiększonego zapotrzebowania na usługi medyczne.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uważa za konieczne przedstawienie Panu Ministrowi naszego stanowiska co do projektu ustawy budżetowej.

Uważamy, iż przy kształtowaniu budżetu ochrony zdrowia na rok 1993 niezbędnym jest:

-- utrzymanie poziomu zatrudnienia na poziomie planu 1992 r.,
-- uwzględnienie w wydatkach kosztów planowanego wzrostu cen towarów i usług,

-- zabezpieczenie kwot na niezbędne remonty bieżące,

-- spłatę zobowiązań będących wynikiem niedostatecznych nakładów w 1991 r. i 1992 r.

-- zabezpieczenie 4.500 etatów stażowych dla absolwentów wydziałów lekarskich,

-- uwzględnienie waloryzacji płac na poziomie nie mniejszym niż 106%,

-- wprowadzenie jawności zasad

podziału budżetu MZiOS, budżetów wojewódzkich i gminnych, w części przeznaczonej na ochronę zdrowia.

Prezes

Naczelnej Rady Lekarskiej
prof. dr med. Tadeusz Chruściel



W SPRAWIE WYNAJMU POMIESZCZEŃ...

W związku z pytaniami kolegów, czy publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą wynajmować swoje pomieszczenia i na jakich zasadach, przypominamy ciągle obowiązujące pismo byłego ministra zdrowia

Panowie Wojewodowie!

W związku z licznymi nieprawidłowościami dotyczącymi wynajmowania pomieszczeń zakładów opieki zdrowotnej na cele prywatnej działalności medycznej, uprzejmie wyjaśniam, że wprawdzie obowiązujące przepisy prawne nie stwarzają przeszkód do nawiązywania tego rodzaju umów, to jednocześnie dostrzegam potrzebę roztoczenia kontroli nad tą praktyką.

Zważywszy na możliwość ścisłych organizacyjnych i osobistych powiązań pomiędzy świadczeniem usług medycznych w ramach zatrudnienia w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej (często w tych samych gabinetach i przez te same osoby), zachodzi niebezpieczeństwo pojawienia się różnego rodzaju nieprawidłowości i nadużyć prowadzących generalnie do ograniczenia dostępu do usług świadczonych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz niedostatecznej dbałości o interesy tych zakładów.

Na szereg nieprawidłowości wskazują wyniki kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli w zakładach służby zdrowia, w których prowadzona jest prywatna działalność medyczna. W szczególności w kontrolowanych jednostkach stwierdzono:

- brak niezbędnej korelacji najmu ze zwiększeniem dostępności świadczeń oraz potrzebę rozszerzenia zakresu świadczonych usług medycznych poza świadczenia udzielane w ramach zadań statutowych publicznego zakładu opieki zdrowotnej,

- nieprawidłowości merytoryczne i formalno-prawne wskazujące na niedostateczną dbałość o interesy publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a w szczególności:

- brak określenia daty zawarcia umowy, terminów rozpoczęcia działalności prywatnej (dość często z dnia na dzień, a nawet z datą wsteczną zmieniano dni i godziny najmu, odstępowano od niektórych postanowień umowy lub ją rozwiązywano), brak zakazu podnajmu pomieszczeń osobie trzeciej, brak określenia sposobu użytkowania i zabezpieczenia najmowanych pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej, brak rozliczeń z tytułu napraw,

- niedostateczną dbałość o objęte umowami najmu wyposażenie pomieszczeń, aparaturę i sprzęt medyczny,

- brak w umowach unormowań dotyczących w szczególności utrzymania sprawności technicznej i użytkowej sprzętu i aparatury oraz napraw w razie jej uszkodzenia, jak również rzadkie dokonywanie ocen stanu technicznego sprzętu i aparatury oraz sporządzenie spisu inwentarza, nawet w pomieszczeniach wyposażonych w aparaturę specjalistyczną, niejednokrotnie znacznej wartości,

- niewspółmiernie niskie, w stosunku do potencjalnych możliwości, środki finansowe pozyskiwane w wyniku najmu a w szczególności:

* czynsze najmu były na ogół niższe od ponoszonych kosztów własnych, co można uznać za subwencjonowanie przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej najemców (prywatnych lekarzy i prywatne zakłady opieki zdrowotnej),

* zaniżanie czynszów wynikało z uproszczonej ewidencji i nieuwzględniania w jednostkach budżetowych określonych rodzajów kosztów (np. amortyzacji, niektórych podatków) pomijania w

kalkulacji elementarnych składników kosztów (koszty remontów bieżących, dozoru, transportu i administrowania), uzależniania wysokości czynszu od dochodu najemcy, ustalania odległych terminów płatności czynszu (kwartalnych i dłuższych), nie naliczania odsetek za zwłokę,

* nie egzekwowano należności za zużyte na cele prywatnej działalności medycznej, a stanowiące własność publicznego zakładu opieki zdrowotnej preparaty, leki i artykuły opatrunkowe, odczynniki, materiały medyczne, jak również należności za utrzymanie porządku i czystości,

- brak prowadzonej analizy (oceny) badań wpływu udostępniania pomieszczeń i urządzeń publicznego zakładu opieki zdrowotnej na dostępność i zakres świadczonych usług medycznych,

- brak opracowanej koncepcji najmu, mającej na celu zapewnienie rozszerzenia zakresu usług medycznych.

W związku z powyższym uważam, że zgodę na zawarcie umowy najmu powinien wyrażać organ prowadzący i nadzorujący zakład opieki zdrowotnej (wojewoda, organ gminy), na uzasadniony wniosek, z podaniem efektów finansowych najmu, po wnikliwej ocenie możliwości i celowości tego rodzaju rozwiązań oraz wynikających stąd korzyści i zagrożeń.

Zawarcie umowy nie może w żadnym wypadku ograniczać dostępności do usług wchodzących w zakres statutowych zadań konkretnego zakładu opieki zdrowotnej, jak również warunki najmu nie mogą prowadzić do wzrostu kosztów utrzymania zakładu (zachowanie pełnej ekwiwalentności świadczeń).

Ponadto system informacyjny w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej powinien doprowadzać w sposób czytelny do wiadomości pacjentów, kiedy mają do czynienia z działalnością statutową, a kiedy z działalnością prywatną. Konstrukcja umowy powinna opierać się na przepisach kodeksu cywilnego, art. 659-692, ewentualnie art. 693 i następujących, z uwzględnieniem koniecznych i możliwych modyfi-

kacji stosownie do intencji stron umowy. Zasadne wydaje się wyłączenie w umowie stosowania art. 668 Kc dot. możliwości oddania najętej rzeczy w tzw. podnajem.

Szczegółowego uregulowania w umowie wymaga też rozkład obowiązków związanych z utrzymaniem przedmiotu najmu pomiędzy najemcą i wynajmującego (art. 681 Kc).

Najem powinien być konsekwencją zaspokojenia potrzeb środowiskowych na usługi zdrowotne, a nie wynikać z wyłącznej inicjatywy osób wykonujących zawody medyczne w ramach prywatnej praktyki czy też podmiotów prowadzących prywatne zakłady opieki zdrowotnej.

Zaleca się, aby zawarcie umowy najmu było poprzedzone:

- opracowaniem koncepcji najmu z uwzględnieniem potrzeb i uwarunkowań środowiskowych, mających przede wszystkim na celu zabezpieczenie interesów najmującego oraz zapewnienie rozszerzenia zakresu usług medycznych udzielanych przez publiczny zakład opieki zdrowotnej, pełniejsze wykorzystanie pomieszczeń, sprzętu i aparatury (ewentualnie zagospodarowanie wolnych lub nie w pełni wykorzystywanych pomieszczeń), pozyskanie od najemcy dodatkowego wyposażenia, sprzętu i aparatury medycznej, rozszerzenie świadczeń na dni wolne od pracy, wydłużenie czasu udzielania świadczeń zdrowotnych,

- przetargiem lub konkursem ofert, z podaniem ogólnych warunków najmu i preferowanych oczekiwań w stosunku do najemcy (np. preferowanych rodzajów usług medycznych, specjalności medycznych, pracowników wykonujących zawody medyczne poza najmującym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, gwarantujących udzielania świadczeń w dni wolne od pracy).

Do umowy najmu powinna być załączona szczegółowa kalkulacja oceny (opłaty). Przy ustalaniu wysokości czynszu powinny być brane pod uwagę zarówno koszty osobowe, jak i rzeczowe, a w szczególności:

1. Przy najmie lokalu:

a) koszty osobowe związane z zatrudnieniem sprzętaczek, dozorców itp.,

b) koszty rzeczowe:

- związane z opłatami za energię elektryczną, ciepłą, gaz, wodę,
- koszty remontów bieżących, konserwacji, napraw,

- koszty za usługi pralnicze, wywóz nieczystości, opłaty telefoniczne, sterylizację sprzętu i materiałów medycznych,
- koszty utrzymania pomieszczeń pomocniczych (poczekalni, korytarzy, szatni, sanitariatów),

- związane z transportem, dozorem i administrowaniem pomieszczeń, koszty amortyzacji,
- czynsz,
- za zużyte materiały, środki czystości.

2. Przy wynajmie aparatury i sprzętu medycznego:

a) koszty amortyzacji,

b) czynsz,

c) koszty konserwacji i napraw,

d) opłaty za energię elektryczną,

e) koszty zużycia drobnego sprzętu medycznego (szkło laboratoryjne, próbówki, strzykawki, igły itp.), odczynników, materiałów opatrunkowych, leków i innych materiałów medycznych.

Czynsz za najem powinien być:

- korygowany w związku ze zmianą cen energii elektrycznej, ciepłej, gazu, wody, wywozu nieczystości itp.

- pobierany również za czas nieobecności najemcy, np. z powodu urlopu lub choroby, w przypadku nieuiszczenia czynszu w terminie - powinny być naliczane odsetki za zwłokę.

Wysokość czynszu nie powinna być uzależniona od wysokości dochodu najemcy i nie może narażać na stratę budżetu zakładu opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym uprzejmie proszę o zainteresowanie się warunkami najmu pomieszczeń i urządzeń publicznych zakładów

opieki zdrowotnej na cele prywatnej działalności medycznej, wzmoczenie nadzoru nad tą praktyką (w szczególności nad ustaleniem wysokości czynszu i egzekucją należności od najemców) oraz spowodowanie przeanalizowania pod względem formalnym, merytorycznym i ekonomicznym dotychczas zawartych umów najmu, w celu wyeliminowania stwierdzonych nieprawidłowości.

Minister zdrowia
Marian Miśkiewicz

(Przedruk z „Doktora”, nr 6, 1992)



DELEGAT WYJAŚNIA

Szanowny Pan
Dr n.med. Włodzimierz Bednorz
Przewodniczący
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
we Wrocławiu
ul.Matejki 6

W nawiązaniu do artykułu „Zbliża się kolejny Zjazd Delegatów”, zamieszczonego w „Biuletynie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej” z grudnia 1992 r., nr 12/32, s. 11 - podającego wykaz delegatów nieobecnych na dotychczasowych zjazdach DIL - umieszczono moje nazwisko (Kibler Jacek - Wrocław).

Uprzejmie wyjaśniam, że w związku z rozwiązaniem ze mną umowy o pracę z dniem 30.09.1990 r. przez Specjalistyczny Zespół Onkologiczny we Wrocławiu - nie mogłem dalej reprezentować pracowników Specjalistycznego Zespołu Onkologicznego w izbach lekarskich. Z dniem 29.10.1990 r. złożyłem rezygnację z pełnionej funkcji na ręce pana dr Józefa Forgacza, pierwszego przedstawiciela Dolnośląskiej Izby Lekarskiej Specjalistycznego Zespołu Onkologicznego we Wrocławiu. Stąd brak mojego uczestnictwa w kolejnych zjazdach DIL.

W załączeniu przesyłam kopie pisma z dnia 29.10.1990 r. skierowanego na ręce pana dr J.Forgacza.

Z poważaniem
dr n.med. Jacek Kibler

SPROSTOWANIE

Dolnośląska Izba Lekarska
redaktor naczelny
dr n. med. Włodzimierz Bednorz
ul. Matejki 6
50--333 Wrocław

W odpowiedzi na list dr n. med. A. Przystawy przesyłam sprostowanie. W obradach Komisji Kształcenia przestałam uczestniczyć w momencie zmiany jej składu, tj. 1,5 roku temu, kiedy do pracy w komisji przystąpili ludzie nieobdarzeni przez społeczność lekarską mandatem delegatów.

Pan Doktor będąc przez wiele lat organizatorem służby zdrowia szczebla wojewódzkiego miał możliwości i wpływ na jej kształt w poprzednich latach. Poza tym chcę dodać, że nie sądziłam, by ujawnienie prawdy (może czasami bolesnej) było kiedykolwiek kłamstwem.

*Z poważaniem
lek. med. Wanda Poradowska-Jeszke
delegat na Zjazd Okręgowy*

„Izba Rzemieśnicza we Wrocławiu posiada do odsprzedania:

- kozetki lekarskie
 - szafę dwudrzwiową białą
 - szafki na lekarstwa
 - stolik zabiegowy
 - wagę lekarską dla dzieci
 - biurka białe
 - sterylizatory (uszkodzone)
- Bliższe informacje można uzyskać telefonicznie nr 44-86-91 w. 68"

NOWY PROGRAM BIURA EUROPEJSKIEGO WHO

Poniżej przedstawiamy nowy program Biura Europejskiej Światowej Organizacji Zdrowia dotyczący powołania sieci eksperckiej, która będzie zbierać informacje o systemie ochrony zdrowia i zasadach finansowania w krajach Europy Centralnej i Wschodniej.

Wydaje się, że propozycja Biura jest bardzo interesująca, gwarantuje udział i pomoc ekspertów WHO w rozwiązywaniu naszych problemów. Nowością w propozycji WHO jest sprawa powołania w sieci wewnętrznej stanowisk: MENTORA i LIDERA, z wyraźnym podziałem funkcji, gdyż żadne, nawet najmniej kontrowersyjne zmiany strukturalne nie mogą być przeprowadzone bez odpowiedniego poparcia politycznego.

Mamy nadzieję, że jeżeli ministerstwo zdrowia zdecyduje się na organizację sieci eksperckiej WHO, to nie zabraknie w jej pracach przedstawicieli samorządów, w tym oczywiście izb lekarskich.

Poniższe streszczenie jest wolnym uproszczonym tłumaczeniem tekstu angielskiego „EXPERT NETWORK ON HEALTH CARE FINANCING STRATEGIES” z 8 listopada 1992 roku, którego dokonał członek Komisji Współpracy z Zagranicą, Franciszek Tuszewski.

Jeśli kogoś interesują szczegóły - oryginał angielski jest do wglądu w Komisji Współpracy z Zagranicą DIL u kol. Barbary Bruziewicz-Mikłaszewskiej.

EXPERT NETWORK ON HEALTH
and HEALTH CARE
FINANCING STRATEGIES
(wolne tłumaczenie ze streszczeniem - F.T.)

ZRZESZENIE RZECZOZNAWCÓW
ORGANIZOWANIA I
FINANSOWANIA OCHRONY
ZDROWIA

I. Wstęp

Na porządku dziennym w Europie Wschodniej oraz Środkowej i Zachodniej jest dyskusja o reformie ochrony zdrowia. W ogólności panuje pogląd, że panaceum będzie wprowadzenie płatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Nie jest to jednak rozwiązanie dobre, gdyż rodzi konflikty wśród zainteresowanych stron. WHO proponuje więc stworzenie zrzeszenia,

którego celem byłoby wspólne rozwiązanie tych problemów.

II. Pogląd ogólny

Należy powołać grupy ludzi i instytucje, a w szczególności:

- a) decydentów
 - b) ekspertów
 - c) praktyków
 - d) określić dziedziny działania;
- zarządzanie zmniejszonym budżetem

- rozdzielenie tego budżetu
- sposób jego wydatkowania
- ocena konieczności usług
- celowość wydatków

- e) wprowadzić kryteria oceny:
 - rodzaju usług zdrowotnych
 - jakości
 - wzrostu poprawy
 - wyników
 - sprawiedliwego podziału
 - akceptacji
 - wydajności
 - finansowej przystępności

III. Ideę powołania sieci eksperckiej i jej rozwój stanowiły i będą stanowić:

1. Referaty i zjazdy naukowe w latach 1990-1992

2. Powołani na szczeblu poszczególnych krajów:

a) mentor zrzeszenia (wysokiej rangi polityka)

b) lider (wykonawca tych zarządzeń)

3. Komisje (rady) nadzorcze itp., które będą nadzorować i egzekwować od rządów zlecenia zrzeszenia, w ich skład winno wejść:

- dwóch ekspertów spoza krajów Europy Centralnej i Wschodniej,

- jeden ekspert z postronnego kraju Europy Centralnej i Wschodniej (lub dwóch)

- jeden lider z kraju działania danego zrzeszenia

4. W skład obecnej rady wchodzi: dr L.Rochaix, dr G.Brenner, dr W.Włodarczyk

5. Okres działania rady wynosi trzy lata: 1992-1995

6. Obecnie działania zrzeszenia to:

a) finalizowanie pomysłów, kierunków działania i postępu,

b) rozmowy z instytucjami ośnośnych krajów (rządów),

c) finalizowanie trybu przystąpienia do zrzeszenia niektórych krajów Europy Centralnej i Wschodniej.

WHO IS WHO?

Drogi Koleżanki, Drodzy Koledzy!

Minęły 3 lata historycznej pierwszej kadencji Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Od I Zjazdu Delegatów w grudniu 1989 r. wiele się zmieniło, choć może nie tyle, ile planowaliśmy, gdy z entuzjazmem zabieraliśmy się do pracy.

Do wszystkich pracujących społecznie w Izbie rozesłaliśmy ankiety „Kto jest kim w DIL”. Odpowiedzi publikujemy w „Biuletynie” - aby wszystkim przybliżyć ich sylwetki, aby „ślad po nas pozostał i pamięć...”

BOHDAN KULIK



Przewodniczący Koła DIL przy Obwodzie Lecznictwa Kolejowego PKP w Wałbrzychu (gdzie pracuje na stanowisku dyrektora).

Dyplom lekarza uzyskał w 1958 r. na Akademii Medycznej we Wrocławiu. Specjalizował się w internie oraz organizacji ochrony służby zdrowia.

Żonaty. W wolnym czasie łowi ryby, uprawia turystykę indywidualną, zbiera znaczki.

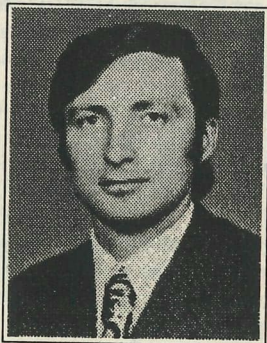
Uważa, że „kolejowa służba zdrowia jest rozproszona na terenie całego województwa, stąd zorganizowanie koła środowiskowego jest praktycznie niemożliwe do realizacji. Lekarze - w związku z powyższym - należą do lokalnych ogniw DIL, np. w Kłodzku czy Świdnicy.”

Na temat działalności Izby wypowiada się następująco:

„Odnoszę wrażenie, że środowisko lekarskie jest wyraźnie mniej przebojowe niż np. środowisko pielęgniarów, które potrafiło zdominować (przynajmniej teoretycznie) środowisko medyczne, vide: udział w konkursach na ordynatorów, postulaty płacowe itd. Nasza działalność często naśladuje panujący marazm ogólnokrajowy i feruje

tematy zastępcze. Część, i to znacząca, twierdzi, że powstanie izb jest problematycznym osiągnięciem i zamiast walki o interesy środowiska wprowadza jedynie dodatkowe obciążenia i tak skromnych finansów oraz coraz to nowe restrykcje i ograniczenia działań.”

WIESŁAW IWANOWSKI



Członek Rady i Prezydium DIL oraz Komisji ds. Współpracy z Sejmikiem i Samorządem Terytorialnym. Brał czynny udział we wprowadzaniu i propagowaniu diagnostyki ultrasonograficznej w byłym powiecie dzierzoniowskim.

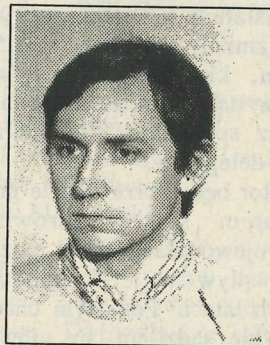
Studia ukończył na Akademii Medycznej w Białymstoku, gdzie w 1974 roku uzyskał dyplom lekarza. Jest specjalistą chorób wewnętrznych. Pracuje w bielawskim Zespole Opieki Zdrowotnej w charakterze asystenta oddziału wewnętrznego.

Żonaty, dwoje dzieci. Jego hobby to architektura i stolarstwo. Dewiza życiowa: „Jeżeli masz dużo zajęć, dołóż jeszcze jedno”.

„Nie uważam tego czasu za stracony - mówi o pierwszej kadencji Izby - ale zdaję sobie sprawę, że należy poświęcić go

znacznie więcej, aby samorząd spełnił oczekiwania kolegów.”

PIOTR WILAND



Członek Komisji Płacy i Warunków Pracy przy Naczelnej Izbie Lekarskiej. Absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu (dyplom uzyskał w 1979 roku). Lekarz chorób wewnętrznych (II stopień specjalizacji), pracuje we wrocławskim Okręgowym Szpitalu Kolejowym na stanowisku starszego asystenta.

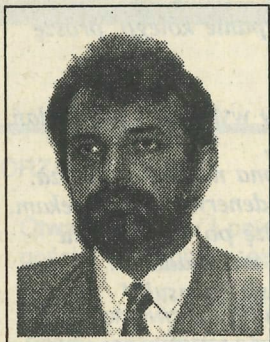
Żonaty. Interesuje się historią, kręci filmy. Nie podaje motta, gdyż uważa, że „wszystkie dewizy życiowe brzmią zbyt szablonowo i sztampowo.”

O działalności samorządu lekarskiego mówi:

„Zbyt duże oczekiwania podczas tworzenia się organów izby lekarskiej w stosunku do jej możliwości działania (słabsze niż związków zawodowych z mocy ustawy) oraz wolnego procesu zmiany systemu służby zdrowia (przy urynkowaniu większości innych dziedzin życia) powoduje spadek entuzjazmu, a co za tym idzie aktywności. Prognoza na przyszłość: zmiany w systemie służby

zdrowia nie muszą wyjść na korzyść wszystkim aktualnie zatrudnionym, co spowoduje, iż frustracja części lekarzy może przenieść się na forum izb lekarskich i ludzi w niej działających.”

WŁODZIMIERZ GAWROŃSKI



Sędzia sądu lekarskiego.

Studiował na Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach (dyplom otrzymał w 1975 roku). Lekarz stomatolog, prowadzi prywatną praktykę.

Mieszka w Kudowie-Zdrój, z żoną i dwiema córkami: osiemnastoletnią Magdą i siedmioletnią Ewą. Jego wolny czas pochłania budowa rodzinnego domu. Sens życia upatruje w pracy, cierpliwości i uporze.

Twierdzi, że działalność Dolnośląskiej Izby Lekarskiej cechują „dużo słów - mało efektów, brak integracji środowiska. Dyskusyjny kodeks etyki lekarskiej.”

LESZEK WOJTYLAK



Przewodniczący Koła DIL w Ząbkowicach Śląskich. Od 21 lat ordynator oddziału wewnętrznego

w Zespole Opieki Zdrowotnej.

Studia medyczne odbył we Wrocławiu, dyplom lekarza otrzymał w 1962 roku. Specjalista II stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Zonaty, dwóch synów, jeden z nich również jest lekarzem. Turystyce i pracy w ogródku poświęca swój wolny czas. Przyjmuje postawę pojednawczą, stara się wyciszać napięcia międzyludzkie.

Krótko przedstawia swój wkład w tworzenie samorządu lekarskiego: „W maju 1990 r. zorganizowałem Koło Terenowe IL, do którego zgłosiło akces 65 lekarzy. Zorganizowałem 11 spotkań szkoleniowo-koleżeńskich przy kawie i herbacie”.

KAZIMIERZ BEDNARSKI



Przewodniczący Koła DIL przy Specjalistycznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc we Wrocławiu.

Studiował na Akademii Medycznej we Wrocławiu. Jest specjalistą chorób wewnętrznych i chorób płuc. Pełni funkcję ordynatora oddziału.

Interesuje się homeopatią, uprawia sporty: jeździ na nartach, poluje. W życiu chce kierować się przede wszystkim rozsądkiem.

„Izba Lekarska jawi się jako organ administracyjny, scentralizowany, zbyt mało działań integrujących środowisko lekarskie! Ubezpieczalnia naciska, stałe naciski na Naczelną Radę Lekarską, która winna wystąpić z inicjatywą zmiany ustawy o izbach lekarskich w kierunku uzyskania uprawnień związkowych. Duży koszt utrzymania izby lekarskiej.”

STOPNIE SPECJALIZACYJNE UZYSKALI...

W sesji jesiennej 1992 r. egzamin zdali:

na I stopień specjalizacji (lekarze jeleniogórcy):

choroby wewnętrzne
Edwina Buško-Hrybacz
Urszula Kokot
Grażyna Kwaśniak
radiodiagnostyka
Jerzy Podobiński
neurologia
Anna Jarmiluk-Okhuoya
Robert Wiktor
położnictwo i ginekologia
Danuta Popiel-Kuś
Tomasz Piskozub
anestezjologia,
intensywna terapia
Grażyna Gąszczyk
Aleksandra Nuckowska
Marta Pycz-Filipowicz
Ewa Sawicka
Jolanta Kowalska
chirurgia ogólna
Krzysztof Tobiasz
ortopedia i traumatologia
Wojciech Patkowski
Grzegorz Rozwadowski
Jarosław Mączyński
pediatria
Grzegorz Gąszczyk
Arkadiusz Słomka
Bożena Makuch
analitka kliniczna
Lucyna Nyczko
Danuta Markiewicz
psychologia kliniczna
Ewa Majchrowska

na II stopień specjalizacji:
(z zakresu położnictwa i ginekologii)

Andrzej Kozubik
- ZOZ Lubiąż
Tadeusz Tupaj
- ZOZ Lubiąż
Krystyna Iwaszko-Prawda
- ZOZ Legnica
Marek Kowalczyk
- ZOZ Lubiąż
Dorota Dobek
- ZOZ Jelenia
Rafał Tomaszewski
- ZOZ Lubiąż
Bogusława Zamkotowicz
- ZOZ Olawa
Henryk Boruta
- ZOZ Bogatynia

GRATULUJEMY!

PRZEZ RÓŻOWE OKULARY

Starszy pan przychodzi do lekarza.

- Panie doktorze, mam kłopoty. Każdej nocy śmi mi się, że do mojego pokoju wbiegają i wybiegają nagie dziewczyny.

- I chce pan, aby ten sen już więcej się nie pojawił?

- Mnie on specjalnie nie przeszkadza, ale niech pan coś zrobi, żeby one tak strasznie nie trzaskały drzwiami!

- Pański stan zdrowia wymaga r. tychmiastowej operacji - komunikuje choremu lekarz w szpitalu.

- Nigdy się na to nie zgodzę! Wolę umrzeć! - odpowiada pacjent.

- Jedno drugiego nie wyklucza...

Do gabinetu seksuologa przychodzi mężczyzna. Przyprowadza swoją żonę uskarżając się na jej oziębłość. Lekarz porozmawiał serdecznie z pacjentką, przytulił ją, kilka razy pocałował. Pani wyraźnie się ożywiła.

- No, widzi pan - mówi lekarz do mężczyzny - takie zabiegi potrzebne są pańskiej żonie. Powinny być one stosowane co najmniej co drugi dzień przez godzinę. Wtedy oziębłość zniknie jak kamfora.

- No dobrze - zgadza się mąż - mogę ją do pana przyprowadzać w poniedziałki, środy i piątki. Soboty wykluczone, bo gram z kolegami w pokera.



ZAPISKI EMERYTA

Poczekalnia lekarza praktykującego na świecie

Przyszłem ja, stary emeryt, do lekarza.

- Witam panie kolego, proszę poczekać.

Czekam.

- Musimy wykonać kilka badań.

Czekamy.

- Potrzebna następna analiza.

Cierpię, denerwuję się, czekam.

Przychodzę po wyniki, a tu jeszcze nic nie wiadomo.

- Wynik się „zepsuł”!

Czekam!!

Co oni tam kombinują?

Operacja konieczna czy nie?

Chodzę, myślę.

„Czy wszystko będzie dobrze, panie doktorze?”, często pytali mnie pacjenci.

„Nie wiem, czas pokaże”, odpowiadałem.

„To będzie syn czy córka?” - „Poczekamy, zobaczymy.”

Oczekiwanie na korytarzach, na salach operacyjnych, w laboratoriach, w dyżurkach, w nocy.

Rozwinie się niedrożność? Operować? Podać antybiotyk? Nakuć? Położyć się spać?

Czekanie stymulowane papierosami, kawą, przerywane telefonem.

„Wie pani, nie wiem, co to jest, poczekajmy.”

Leczyć - lub nie.

Czekać już tylko - na cud?
na ...

dr Józef, emeryt

Nie trać swojego cennego czasu na osobiste rozliczenie PODATKU DOCHODOWEGO

z Urzędem Skarbowym. Doradzą, wypełnią za Was formularze i załatwią wszystkie formalności biegle księgowi i ekonomiści. Oferujemy swoje usługi lekarzom prowadzącym praktyki prywatne i wszystkim innym, na których ciąży obowiązek osobistego rozliczania.

Ceny niewysokie. Przewidziane ulgi.

Firma „Sanco”, wrocławski telefon: 51 88 36 lub 61 09 74.