



# BULETYN

## DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

MARZEC 1992

8

**Szpital  
Uniwersytecki**

11

**Z kronik  
medycyny  
sądowej**

2

**Z prac  
Prezydium  
i Rady**

17

**Korespondencja  
z Francji**

14

**Co dalej  
z prof.  
Gierkową?**

**Drodzy czytelnicy!**  
Zgodnie z decyzją Rady DIL rozpoczęliśmy wysyłkę „Buletynu” i „Gazety Lekarskiej” do każdego lekarza pracującego i mieszkającego na Dolnym Śląsku. Adresy zostały dostarczone przez Zespoły Opieki Zdrowotnej. Przepraszamy za ewentualne błędy, przeoczenia i pominiecia. Uprzejmie prosimy o powiadomienie biura Izby o zmianach adresów lub o kolegach, którzy nie otrzymali naszego pisma.

## Nie ma mowy o winie

mówią eks-minister Władysław Sidorowicz

**J**

uż kiedy tam jechalem, wiedziałem, że przecież wcześniej czy później wróć - mówi eks-minister zdrowia dr Władysław Sidorowicz. - To naturalne, że nowy premier wskazuje nowych ministrów. Wróciłem po 11 miesiącach pracy w Warszawie.

**Powroty bywają różne. Korzystne, mniej frapujące. Mówią się w mieście, że pan wrócił, by zająć ważne stanowisko w Urzędzie Wojewódzkim ... Czy rzeczywiście?**

- Miałem wiele różnych propozycji, kiedy opuściłem gabinet ministra. Tych pogosek, o których pani mówi, nie będę komentował, ani im zaprzeczał, ani ich uwiarodnił. Tyle już o mnie mówiono i pisano, że jeszcze jedna taka

informacja jest bez większego znaczenia. Podejmę sam decyzję o mojej przyszłości. Rozmawiamy przecież w gabinecie przewodniczącego Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, w moim gabinecie. Myślę też o powrocie do przychodni, w której pracowałem przed uzyskaniem nominacji na ministra. Teraz jednak mam jeszcze urlop i zamierzam spędzić go z dziećmi.

**Czy ten warszawski epizod uważa pan za pozytyczny i udany?**

- Absolutnie nie żałuję i nie twierdzę też, że był to czas porażek, wyłącznie porażek.

**Czy na taką odpowiedź miały wpływ zyski, korzyści materialne wynikające z racji urzędownia tak wysoko?**

ciąg dalszy str. 6

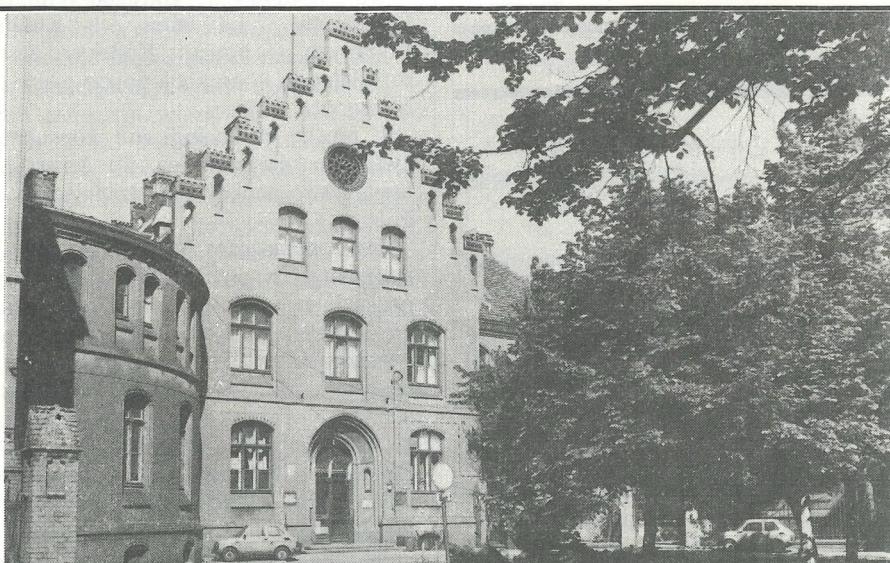
**D**

olnośląska Rada Lekarska postanowiła zorganizować specjalne spotkanie z posłami i senatorami czterech dolnośląskich województw, z udziałem lekarzy wojewódzkich oraz przewodniczących regionalnych związków zawodowych służby zdrowia.

Odbędzie się ono 10 marca br., o godz. 12.00 w siedzibie Izby.

Informacji na temat aktualnej sytuacji w służbie zdrowia udzielą członkowie Rady DIL. Od posłów i senatorów oczekujemy przedstawienia najbliższych planów legislacyjnych związanych z ustawami dotyczącymi służby zdrowia.

KLINIKI WEWNĘTRZNE  
przy ul. Pasteura 4 we Wrocławiu.  
Patrz tekst na str. 8



**Dolnośląska Rada Lekarska postanowiła zwołać V Zjazd Delegatów DIL w dniu 28 marca 1992 w Klubie NOT we Wrocławiu przy ul. Piłsudskiego 74 (dawna Świerczewskiego) o godz. 9.00**

# Z PRAC PREZYDIUM I RADY DIL

Wrocław, dnia 9.01.1992 r.

Rada Wydziału Lekarskiego  
Akademii Medycznej we Wrocławiu

W związku ze zmianami organizacyjnymi: w Akademii Medycznej dotyczącymi renomacji Kierowników Katedr i Klinik podnosimy konieczność głębokiej analizy każdego kandydata w aspekcie kierowniczych funkcji, które przyjdzie mu pełnić.

Funkcje te obejmują wykonywanie zadań naukowych, organizacyjnych, wychowawczych i etycznych.

Z tego punktu widzenia uznajemy za nie wystarczające posiadanie przez kandydata wyłącznie odpowiedniego dorobku naukowego. Nie można pomijać faktu, że uczelnie były miejscem wieloletniej presji politycznej i negatywnej selekcji kadry nauczającej.

Opowiadamy się przeciwko zbiorowej odpowiedzialności, ale na naszej wrocławskiej uczelni są ludzie, którzy zapisali się „szczególnymi zasługami” w dławieniu samorządności uczelni. Uczelnia nie jest wyjęta spod kontroli opinii publicznej. Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej wyraża głęboką nadzieję, że Rada Wydziału weźmie pod uwagę powyższą opinię podczas obrady stanowisk wymagających wiarygodności społecznej.

po przewodniczącego  
dr n. med. Ryszard Maj

## Z prac Rady Naczelnej

14.02.1992 r.

Projekt stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej

Do Naczelnej Rady Lekarskiej wpłynęły cztery uchwały ORL wyrażające dezaprobatę wobec organizacji i przebiegu II Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, oraz protesty podpisane przez ok. 2720 lekarzy z różnych ośrodków. Listy te nadesłano z kilkunastu placówek. Są to sygnały, do których należy podejść bardzo poważnie. Niektóre głosy spośród nich wyrażają dezaprobatę wobec konkretnych zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, głównie dwóch artykułów dotyczących prokreacji. Przeważają głosy krytykujące formę konsultacji, treści

kodeksu ze środowiskiem lekarskim, a właściwie jej brak. Wiele osób jest oburzonych, że projekt kodeksu dotarł do nich tuż przed lub nawet po Zjeździe Lekarzy.

W oparciu o Ustawę o Izbach Lekarskich, I Krajowy Zjazd Lekarzy zobowiązał Nacelną Radę Lekarską do opracowania projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Pracę nad realizacją projektu kodeksu Komisja Etyki NRL rozpoczęła już w 1990 r. Zostały one zintensyfikowane od lutego 1991 r. po podjęciu przez Nacelną Radę Lekarską, na wniosek Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich, uchwały o Zwołaniu II Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy. Zaprezentowano w niej następującą tematykę obrad:

1. Dyskusja nad sprawozdaniami organów NIL;
2. Uchwalenie Kodeksu Etyki Polskiego Lekarza;
3. Przyjęcie stanowiska w sprawie projektu ustawy o zawodzie lekarza;
4. Przyjęcie stanowiska w sprawie projektu nowelizacji ustawy o izbach lekarskich;
5. Sprawa podziału składki członkowskiej;
6. Problematyka reformy ochrony zdrowia;
7. Ocena działalności organów NRL;
8. Sprawy różne.

Przyjęty termin Zjazdu - grudzień 1991 r. - zobligował Komisję Etyki do przyśpieszenia pracy redakcyjnej.

Komisja Etyki konsultowała kolejne robocze wersje projektu na bieżąco z prawnikami, etykami, filozofami, polonistą oraz lekarzami seniorami.

Do wszystkich Okręgowych Izb Lekarskich - na adres ich Komisji Etycznych - projekt Kodeksu został rozesłany do konsultacji po raz pierwszy w czerwcu 1991 r.

Z prośbą o analogiczną konsultację zwrócono się również do lekarskich towarzystw naukowych działających w Polsce.

Część towarzystw naukowych, a więc innych organów przedstawicielskich lekarzy, przysłała swoje opinie, wiele z nich jednak nie skorzystało z możliwości wyrażenia własnego zdania. Opinie towarzystw, które napłynęły do NRL, były pozytywne, niektóre wyrażały dużą aprobatę. Należą do nich stanowiska Zarządów Głównych: Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Internistów, Chirurgów, Pediatrów, Psychiatrów i Neuropatologów Polskich.

Łącznie otrzymano kilkaset uwag: wszystkie zostały przeanalizowane i, w miarę możliwości, uwzględniono je przy kolejnych wersjach projektu.

W efekcie Komisja Etyki zakończyła pracę redakcyjną projektu Kodeksu w dniu 05.10.1991 r.

Zgodnie z regulaminem prac organów NIL projekt Kodeksu wymagał akceptacji NRL, co nastąpiło na posiedzeniu w dniu 30 listopada 1991 r. Naniechano wówczas kolejne poprawki, nie wprowadzające jednak istotnych zmian do treści projektu kodeksu. Ten właśnie tekst wręczono delegatom w dniu rozpoczęcia obrad II Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy.

W przeświadczenie o konieczności przekazania treści projektu Kodeksu bezpośrednio do rąk każdego lekarza - Nacelną Radą Lekarską zdecydowała o jego wydrukowaniu w „Gazecie Lekarskiej”. W dniu 13 listopada 1991 r., po uzyskaniu wszystkich materiałów redakcja Gazety przystąpiła do wydania numeru zawierającego projekt Kodeksu Etyki oraz projekty ustaw o zawodzie lekarza i izbach lekarskich.

W dniu 22 listopada 1991 r. rozpoczął się kolportaż „Gazety Lekarskiej” do okręgowych rad lekarskich, w celu dostarczenia jej każdemu z lekarzy.

Delegatom na Zjazd Krajowy numer ten przesłano na ich adresy domowe w dniu 22.11.1991 r.

Jak sądzimy, niezbędny wymóg konsultacji jednego z najważniejszych aktów samorządu lekarskiego - w istniejących warunkach organizacyjnych - został spełniony w sposób typowy dla demokratycznych organów przedstawicielskich.

Ze względu na niezbędną procedurę wielokrotnego uzgadniania przez różne ciała przedstawicielskie, nie udało się NRL zrealizować swojego własnego założenia dostarczenia ostatecznego projektu Kodeksu Etyki każdemu lekarzowi.

Uchwalony na II Nadzwyczajnym Zjeździe Lekarzy Kodeks Etyki Lekarskiej może ulegać dalszym zmianom, zgodnie z przyjętą procedurą działania organów przedstawicielskich samorządu lekarskiego.

Mamy za sobą pierwszy okres prac nad organizacją izb lekarskich. Uważamy za szczególnie ważne tworzenie właściwych relacji między Kolegami a organami Izby. Nacelną Radą czuje się zobowiązana do uwzględniania opinii wszystkich członków samorządu lekarskiego oraz do zapewnienia sprawnego przepływu informacji.

## SPRAWOZDANIE Z OBRAD PREZYDUM DIL W OKRESIE 23.01.-6.02.1992

Na wszystkich spotkaniach omawiano sprawy dotyczące finansowej sytuacji służby zdrowia. Temu celowi służyły też sprawozdania przedstawicieli Delegatur ze spotkań odbytych na terenie ich województw z szefami wydziałów zdrowia, na których przedstawiano planowane posunięcia związane z dostosowaniem otrzymanych środków budżetowych do faktycznych potrzeb służby zdrowia. Kol.kol. A. Pawlak, J. Paluch, R. Łopuch i L. Romaszkan poinformowali o przewidywanych oszczędnościowych posunięciach w województwach: wałbrzyskim, jeleniogórskim, legnickim i wrocławskim:

- przeniesienie głównego ciężaru w zakresie usług medycznych na placówki lecznictwa podstawowego,
- likwidacja, zmniejszenie ilości łóżek na niektórych oddziałach szpitalnych (np. laryngologia),
- łączenie przychodni, likwidacja małych obiektów, w większych jednostkach wprowadzanie pracy dwuzmianowej,
- dalsza likwidacja lecznictwa przemysłowego bądź przejmowanie poszczególnych przychodni do całkowitego finansowania przez zakłady, organizacje itp.,
- ograniczenie działalności pracowni diagnostycznych,
- przewidywane weryfikacje zatrudnienia, zgodnie z normami przygotowanymi przez MZiOS,
- wzmacnianie nadzoru farmaceutycznego, oszczędności w gospodarowaniu lekami,
- wprowadzenie nowych cenników usług medycznych,
- likwidacja części etatów, głównie w niepełnym wymiarze czasu pracy.

W dyskusji podkreślano m.in.:

- konieczność utrzymania zatrudnienia lekarzy na obecnym poziomie,
- włączenie samorządów terytorialnych do utrzymania jednostek służby zdrowia,
- przekazywanie dyrektorom ZOZ środków specjalnych,
- potrzebę reorganizacji pogotowia ratunkowego i kolumny sanitarnej,
- konieczność zachowania za wszelką cenę obiektów należących do służby zdrowia,
- odradzano prywatyzację aptek szpitalnych.

Omówiono newralgiczny, związany z sytuacją finansową, problem stażystów dyskutując różne formy jego rozwiązania. Przedyskutowano też nowy taryfikator płac służby zdrowia i projekt zarządzenia minimalnych norm zatrudnienia lekarzy. Postanowiono doprowadzić do spotkania z dyrektorem Wojewódzkiego Biura Pracy w sprawie prowadzenia bilansu potrzeb miejsc pracy i wykazu lekarzy bezrobotnych.

W związku z istniejącą sytuacją omawiano zadania Izby odnośnie udzielania pomocy środowisku lekarzy zagrożonych zwolnieniami i dalszą pauperyzacją.

Proponowano utworzenie tzw. „funduszu restrukturyzacyjnego”, tzn. przeznaczenia pewnej kwoty ze środków DIL na stworzenie pewnej ilości miejsc pracy dla lekarzy, którzy utracą zatrudnienie. Wskazano na konieczność wytypowania - z grona członków DIL - zespołu interwencyjnego, który zajmie się rozwiązywaniem problemu bezrobocia wśród lekarzy, będzie negocjować z samorządami lokalnymi i władzami miast i gmin dogodne warunki do tworzenia gabinetów prywatnych itp.. Ustalono, że w skład takiego zespołu powinni wejść przedstawiciele Komisji Warunków Pracy i Płacy, Reformy Zdrowia Publicznego.

Zrelacjonowano spotkanie delegatów i przewodniczących kół woj. wrocławskiego (17.01.1992) sygnalizując konieczność powołania z członków Rady DIL osoby odpowiedzialnej za organizację tych spotkań. Od marca odpowiedzialnym za ich organizację będzie kol. Stefan Kwiatkowski.

W. Bednorz przedstawił propozycję spotkania członków DIL z posłami i senatorami wszystkich województw Dolnego Śląska. W spotkaniu tym mieliby również uczestniczyć lekarze wojewódzcy i Przewodniczący Związków Zawodowych resortu zdrowia z 4 województw. Spotkanie takie wynika z konieczności wzmożenia działań samorządu lekarskiego jako tzw. grupy nacisku zmierzającej do przyspieszenia prac legislacyjnych dotyczących służby zdrowia (system ubezpieczeń społecznych itp.).

Odczytano stanowisko Koła Terenowego przy Szpitalu im. Rydygiera, dotyczące ogłoszenia przez dyrektora ZOZ Śródmieście konkursów na stanowisko ordynatorów oddziałów (I chorób wewnętrznych, II chirurgicznego). Zdaniem Koła ogłoszenie konkursów w chwili obecnej może wydłużyć i utrudnić proces przekształcania Szpitala w samodzielna jednostkę organizacyjną, co jest zamiarem większości przedstawicieli tego Koła. Ponadto członkowie Koła stanęli w obronie interesów obecnych ordynatorów oddziałów, którzy znajdują się w wieku tzw. przedmerytalnym. Po zapoznaniu się z argumentami członków koła i po uzyskaniu dodatkowych wyjaśnień na temat merytorycznej oceny pracy dotychczasowych ordynatorów, sposobu powołania ich na te stanowiska, wieku i lat pracy itp., większość członków Prezydium uznała, że ogłoszenie konkursów jest uzasadnione. Podkreślono, że obecni ordynatorzy mogą przystąpić do konkursów. DIL zadeklarowała ewentualną pomoc w przyspieszeniu decyzji dotyczącej wyłączenia Szpitala im. Rydygiera ze struktury organizacyjnej ZOZ-u Wrocław Śródmieście.

Komisja Kształcenia przedstawiła propozycję powołania zespołu ekspertów przy DIL i została zobowiązana do szczegółowego opracowania tego projektu. Z kolei W. Bednorz zaproponował organizację corocznego naukowo-szkoleniowego zjazdu lekarzy dla Dolnego Śląska.

Wybrano przedstawicieli DIL do Komisji Lecznictwa Uzdrowiskowego: Ewę Markowską-Kołowrocką i Danutę Giematowską.

Zlecono przedstawicielom Delegatur wybranie po 2 osoby w każdym województwie do takiej Komisji.

Przedstawiono treść listu otrzymanego od S. Teodorowicza odmawiającego przekazania obiektu przy ul. Kazimierza Wielkiego DIL stwierdzając, że Zarząd SLD nie jest właściwy podjęcia takiej decyzji.

Na jednym z posiedzeń miało miejsce spotkanie z przedstawicielami Prezydium Dolnośląskiej Izby Weterynaryjnej na czele z prezesem, prof. dr Janem Zwierzchowskim, którzy omówili problemy swojej Izby i zadeklarowali gotowość szerokiej współpracy z DIL.

Z.G.

### SEKRETARIAT DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

#### OKRĘGOWA RADA ADWOKACKA we Wrocławiu KOMISJA ETYKI DIL

mają zaszczyt zaprosić wszystkich zainteresowanych na posiedzenie, które odbędzie się 17 marca 1992 r. o godz. 1630 w siedzibie Izby Lekarskiej na tematy z pogranicza etyki lekarskiej i prawa.

T e m a t y:

1. Zasady informacji pacjenta o stanie zdrowia
2. Łapówka czy odpłatność
3. Formy świadczenia pomocy lekarskiej poza państwowymi placówkami służby zdrowia
4. Współdziałanie lekarza z pacjentem i granice współdziałania
5. Lekarz jako biegły

Moderatorami spotkania będą:

Prof. dr hab. Zbigniew Ziemski  
Mec. Andrzej Malicki  
Dr n.med. Andrzej Morawski  
Dr n.med. Janusz Morasiewicz

Kierownik Szkolenia  
Aplikantów  
Doskonalenia Zawodowego ORA  
Mec. Andrzej Malicki

Sekretarz DIL  
Dr n.med. Włodzimierz Bednorz i  
Sekretarz Komisji Etyki DIL  
Dr n.med. Maciej Przestalski

W dniu 7.02.1992 r. w Warszawie odbyło się wspólne posiedzenie dwóch Komisji Naczelnej Rady - Komisji Warunków Pracy i Płac z Komisją Socjalną. W posiedzeniu brali udział także przedstawiciele DIL.

Po burzliwej dyskusji zredagowano następujące pismo do Naczelnej Rady Lekarskiej.

## Naczelna Rada Lekarska

Komisja Warunków Pracy i Płac - na wspólnym posiedzeniu z Komisją Socjalną po przedyskutowaniu sytuacji płacowej lekarzy jaka powstała w wyniku uchwalenia prowizorium budżetowego na I kw. 1992 r. oraz mając na uwadze perspektywy budżetu ochrony zdrowia na rok 1992 - zwraca się do Naczelnej Rady Lekarskiej o podjęcie działań mających na celu:

1) utrzymanie zatrudnienia lekarzy w sferze budżetowej na poziomie IV kw. 1991 r.;

2) uwzględnienie w ustawie budżetowej na 1992 r. skutków przejścia na system wynagrodzeń brutto wzrostu wysokości składki na ZUS i Fundusz Pracy oraz wypłat z zakładowego funduszu nagród w 1991 r. poprzez odpowiednie zwiększenie budżetu ochrony zdrowia, a nie kosztem działalności bieżącej;

3) wyezgezkowanie realizacji art. 5 ustawy z dnia 28 września 1991 r. o wynagrodzeniach w sferze budżetowej w 1991 r. (Dz. U. Nr 87, poz. 396), tj. wypłaty jendorazowego dodatku z tytułu rozliczenia wynagrodzenia za I półrocze 1991 r. do dnia 28 lutego 1992 r.

Ponadto Naczelna Rada Lekarska powinna:

1) wydać oświadczenie stwierdzające, iż drastyczne obniżenie środków finansowych na działanie bieżące, spowodowane przez przeniesienie środków na pokrycie kosztów przejścia na system wynagrodzeń brutto, spowoduje załamanie publicznej opieki zdrowotnej;

2) wystąpić o zabezpieczenie etatów stażowych dla absolwentów wydziałów lekarskich akademii medycznych.

Komisje uważają za konieczne wyodrębnienie w budżecie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej funduszu płac dla

Otrzymaliśmy ostatni numer „Wiadomości Oławskich”. Jest w nim oświadczenie grupy inicjatywnej osób, które zamierają założyć lokalną kasę chorych. Publikujemy tekst ich oświadczenia:

## Oświadczenie

Powszechnie znany jest stan budżetu państwa, a zwłaszcza brak środków na ochronę zdrowia prowadzący do znacznego ograniczenia świadczeń medycznych, a w przyszłości do całkowitego załamania się systemu opieki zdrowotnej.

Dotyczy to również oławskiego ZOZ, który obejmuje opieką podstawową w przychodniach i wiejskich ośrodkach zdrowia ok. 60 tys. osób oraz blisko 100 tys. osób opieką specjalistyczną w szpitalu, któremu w obecnej chwili grozi zamknięcie.

W takiej sytuacji, gdy dochodzi do załamywania się funkcji państwa, obowiązkiem każdego obywatela i każdej instytucji jest przeciwdziałanie zagrożeniu zdrowia i życia ludzi. Żadna „trudna sytuacja” nie może usprawiedliwić zaniechania działań na rzecz zapewnienia mieszkańcom podstawowej opieki zdrowotnej. Takie zaniechanie miałoby dla społeczeństwa tragiczne skutki nie tylko obecnie, ale także w dalszej przyszłości. Dlatego z inicjatywy Dyrektora ZOZ w Oławie - na spotkaniu z przedstawicielami samorządów miasta i gminy Oława, Jelcz-Laskowice, gminy Domanów oraz NSZZ „Solidarność” - powołano dnia 7 stycznia 1992 r. grupę inicjatywną do organizowania Kasy Chorych.

W skład grupy wchodzą:

Maria Czerkawska (Kier. Dz. Służb. Pracowniczych ZOZ w Oławie), Henryk Drapiński (Z-ca Przew. Rady Gminy Oława), Roman Gachowski (MKK NSZZ „Solidarność”), Ryszard Gorczyca (Przew. Rady Gminy Domanów), Kazimierz Jarosławski (Przew. Rady Gminy Oława), Mirosław Kulesza (Wójt Gminy Oława), Józef Listwan (Z-ca Wójta Gminy Domanów), Jolanta Lubowicz (Burmistrz Miasta i Gminy Jelcz-Laskowice), Waldemar Orzechowski (Przew. KZ NSZZ „Solidarność” przy ZOZ w Oławie), Tadeusz Przyszlak (Dyr. ZOZ w Oławie), Krystyna Sośnicka (Kier. MOPS w Oławie), Janina Stelmaszek (Burmistrz Miasta Oławy), Waldemar Wiązowski (Przew. RM w Oławie).

Zadaniem Kasy Chorych będzie gromadzenie funduszy i dysponowanie nimi w celu zapewnienia opieki zdrowotnej członkom Kasy, mieszkańcom w/w miast

i gmin. Inicjatywa ta ma również na celu utrzymanie, a nawet zwiększenie dotychczasowego zakresu oraz poziomu usług medycznych świadczonych na bazie Szpitala Rejonowego w Oławie, przychodni rejonowych i wiejskich ośrodków zdrowia. Zwracamy się z apelem do mieszkańców Oławy i sąsiednich gmin, zakładów pracy i instytucji działających na tym terenie o włączenie się do wspólnych działań.

Szczegółowe informacje dotyczące stanu miejscowości służby zdrowia oraz tworzonej Kasy Chorych będą podane już w następnym wydaniu „Wiadomości Oławskich”.

Bieżące informacje udzielane są w sekretariacie ZOZ-u w Oławie oraz w Urzędach Miejskich i Gminnych.

*W imieniu grupy inicjatywnej podpisał Tadeusz Przyszlak*

## Komisja Socjalna

Komisja Socjalna Dolnośląskiej Izby Lekarskiej na posiedzeniu w dniu 31.01.1992 r. zapoznała się z pismem z Naczelnej Rady Lekarskiej Komisji Socjalnej z dnia 21.01.1992 r. Komisja Socjalna DIL odpowiada na zadane tam pytanie: czy wyrażamy zgodę na nie podnoszenie wysokości płac kosztem utrzymania obecnego stanu zatrudnienia?

Pytanie uważamy za źle sformułowane.

Nie wyrażamy zgody na takie ratowanie umierającej służby zdrowia, by konsekwencje ponosił ciągle lekarz.

Od wielu lat lekarze ponoszą wszelkie negatywne konsekwencje tzw. reformowania służby zdrowia. Domagamy się takiej reformy, by nasza wiedza i umiejętności zawodowe zostały odpowiednio wykorzystane dla dobra nas i naszych pacjentów.

*Teresa Bujko*

## Nie mowy o winie

ciąg dalszy ze str. 1

- I to jest właśnie brak rzetelnych informacji o materialnych warunkach pracy w wysokich urzędach. Moja pensja jako ministra zdrowia wynosiła 6,5 mln zł, gdy tymczasem na przykład dyrektor Instytutu Kardiologii otrzymuje 7,5 mln tzw. podstawy ... Są w ministerstwie urzędnicy z wyższym wykształceniem - choćby główni specjaliści, - którzy biorą 1,7 mln zł miesięcznie ... Naprawdę nie zarabia się tam dużo. Ja nie żałuję tych 11 miesięcy dlatego, że przeszłem tam bardzo dobry, przyspieszony kurs ekonomii. Przekonalem się też, że rząd stale pełni rolę piorunochronu, odbiera razy za wszystko, co zle, nieudane. Będąc tam, nabiera się do takiej sztampy w formułowaniu opinii pewnego niezbędnego dystansu. I wtedy można pracować. Ja pracowałem. Do fazy negocjacji doprowadziliśmy projekt „bankowy”, który wdrożony i mądrze wykorzystywany pozwoli sprawniej przeobrażać polskie lecznictwo. Weszła w życie ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, mamy ustawę o odpłatności za leki. Zostały stworzone podstawy do głębokich przeobrażeń strukturalnych i organizacyjnych służby zdrowia. Teraz trzeba czasu, zrozumienia i ... pieniędzy.

- Wspominał pan także o porażkach „warszawskich”.

- Tak. Hamowała nasze, moje działanie realna wielka bieda. Wszyscy wołali: „Daj! Daj - bo jesteś od nas. Daj - bo muszę mieć! Daj - bo trzeba będzie zamknąć szpital! Skąd dać? Skąd brać? Pieniądzy po prostu nie było, nie ma i nie będzie w najbliższym czasie. Nie dawałem, więc byłem nieudolny, opieszały, niekompetentny. Zbierałem zresztą nie tylko ja, podobnie „bity” był minister pracy, kultury, oświaty. Padła cała budżetówka, bo walił się budżet. „Wrocławską grupę” w ministerstwie wzięto pod baczną obserwację, wyliczano nam ryczały na benzynę, rachunki za hotele. Tak jakby komuś zależało na obniżeniu naszej wartości w oczach społeczeństwa. Nadużyć nie było, nie było kar czy nagan, ale ten niepotrzebny ferment pozostał. Na pewno nie ułatwiał pracy.

- Wrócił pan tutaj w kiepskim okresie. Kiepskim dla lecznictwa, środowiska medycznego, dla chorych. Brakuje pieniędzy, realne jest zwalnianie ludzi z pracy i zamykanie placówek służby zdrowia. Czy jako szef resortu zdrowia przez ostatnie miesiące czuje się pan za ten krach odpowiedzialny?

- Wina? Nie. W tempie najszybszym z możliwych tworzyliśmy istotne i podstawowe dla lecznictwa ustawy. Zarzucano nam brak rozporządzeń wykonawczych,

chaos, opieszałość legislacyjną. Nie wszystkie zarzuty tyczyły nas. Ale powiem na przykład, że nie było w resorcie pieniędzy na zatrudnienie kilku dobrych prawników, którzy nadaliby tempo tworzeniu nowych uregulowań... Ale przecież jednak pracowaliśmy i dziś, gdy kondycja służby zdrowia jest tak zła, można już oprzeć się choćby na wdrożonej 15 stycznia ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

- A ocena stanu lecznictwa?

- Jest fatalnie. Widzę wyraźnie w polskim lecznictwie straszne kontrasty. Z jednej strony - funkcjonują supernowoczesne, naprawdę na światowym poziomie ośrodki diagnostyczne i lecznicze. Z drugiej zaś - są wiejskie ośrodki czy też osiedlowe przychodnie ubogie w kadre oraz aparaturę. Widzę też stale rozbudzanie popytu społeczeństwa na kosztowne i najnowocześniejsze metody lecznicze i diagnostyczne bez równoczesnego zastanowienia się nad źródłami ich finansowania. Przerża mnie też kierowanie tych nawet skromnych środków, jakimi dysponujemy na medycynę naprawczą przy braku, niemal zupełnym zaniku, promocji zdrowia. Współcześnie mówić to w pełni przekonany, nie ma państwa, które mogłyby zaspokoić wszystkie potrzeby zdrowotne swoich obywateli, także te o najwyższym standardzie. Nigdzie tak nie jest. Ba, nawet ostatnio w krajach bardzo bogatych przejawia się tendencja do ograniczania usług zdrowotnych i leczniczych, wynika to z eksplozji kosztów utrzymania społeczeństwa medycyny. Ludzie muszą zrozumieć, że ich popyt na usługi medyczne będzie podlegał weryfikacji, jej rodzaj można wybrać. Nasi obywatele mówią w takich razach o podatkach, jakie płacą ... Wiemy jednak przecież, że opłaty na ZUS nie mają nic wspólnego z budżetem lecznictwa. ZUS-owi nie starcza na terminowe wypłaty rent, emerytur i zasiłków chorobowych. W praktyce to Sejm „wyrywa” pieniądze dla lecznictwa podczas debaty budżetowej ... Im większy budżet i bogatsze państwo, tym więcej na lecznictwo.

- Zawsze do tej pory narzekaliśmy na brak pieniędzy, ale ostatecznie na zdrowie zawsze się złotówki znalazły. Tym razem ludzie też są o tym przekonani.

- Koniec złudzeń! Pieniądzy nie ma i nie będzie na utrzymanie lecznictwa w dzisiejszym kształcie i na dzisiejszym poziomie. Musi dojść do społecznej dyskusji, podczas której wypracowany zostanie pewien ogólnie dostępny standard świadczeń. Wielkie pole do popisu będą miały władze terytorialne, też dysponujące lokalnym budżetem. Uważam, że znaleźliśmy się w sytuacji, w której nie wolno już ani chwili zwlekać z określeniem poziomu państowej gwarancji bezpieczeństwa zdrowotnego. Trzeba tu jasno ustalić, na co pacjenci mogą liczyć bezpłatnie, a za co będą

musieli płacić. A zatem przed nami debata: związki zawodowe, środowisko medyczne, parlament, rząd. Nie ma tu miejsca na dorabianie ideologii, robienie polityki, uleganie emocjom, na puste słowa. To po prostu konieczność rzetelnej analizy możliwości biednego państwa.

- Reprezentuje pan pogląd niezbyt popularny. Ludzie nie chcą nadal tracić pieniędzy, uprawnień, przywilejów. Lekarze i pielęgniarki chcą pracować. Nawet DIL wystosowała protest w sprawie proponowanych przez Wydział Zdrowia rozwiązań oszczędnościowych.

- Powiem tak: retoryka protestu nie może przewyższyć retoryki odpowiedzialności. Potrzeba nam wszystkim wielkiej odpowiedzialności i wierzę, że będzie nas na to stać.

- Czyżby nutka optymizmu?

- Tak. Widzę szansę dla naszej gospodarki, a przez to dla lecznictwa. Stworzone zostały podstawy do prawdziwych i głębokich przeobrażeń w służbie zdrowia. Trzeba tylko mówić ludziom prawdę o naszej tragicznej sytuacji finansowej.

- Czyżby zarzut do środków masowego przekazu?

- Man zarzutów bardzo wiele do dziennikarzy, do gazet, telewizji. Wielokrotnie manipulowano informacjami, które dotyczyły mnie i resortu. Stwierdzam z przekonaniem, że wolność informacji nie zawsze jest dobrze spożytkowana. To, o czym dziś rozmawiamy, potrzeba określenia standardu bezpłatnych świadczeń, było przedmiotem mojego wystąpienia w Sejmie w lipcu ubiegłego roku. Nie odnotowano wówczas mojej wypowiedzi, nie skomentowano. Szkoda.

- Do Wrocławia wrócił tylko były minister. Został natomiast ci, których zabrał pan ze sobą po otrzymaniu nominacji.

- Zgadza się. I uważam, że to dla mnie jako tworzącego wtedy ministerstwo, duży plus. Sprawdzili się wrocławscy lekarze jako pracownicy ministerstwa zdrowia i nowy szef ich zatrzymał.

- Co stało się z pana warszawskim mieszkaniem, o którym dość głośno było w połowie roku?

- To nie było moje mieszkanie. Ja w nim przebywałem od maja do grudnia. Słynne mieszkanie to cztery pokoje z kuchnią i łazienką na Czerniakowie. To własność Urzędu Rady Ministrów, to lokal służbowy. Właściwość URM jest też standardowe (meble paździerzowe) wyposażenie tego mieszkania. Zdalem całość, nie wiem kto tam teraz mieszka. Ja wróciłem tutaj.

- Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała: Ewa CIECIORKO

Przedruk z „Pandy”, nr 6/91  
z 6-12.02.1992 r. za zgodą autorki i  
rozmówcy.

METORG we Wrocławiu informuje:

#### 1. Epidemiologia HIV i AIDS.

W styczniu 92 r. stwierdzono 74 zakażenia wirusem HIV u obywateli polskich, w tym u 44 stosujących dozyne średki odurzające; zgłoszono 2 zachorowania na AIDS, obaj chorzy są homo seksualistami (38 i 47 lat). Od wdrożenia badań, tj. od 85 r. do 31.01.92 r., ogółem stwierdzono 2.074 zakażenia wirusem HIV u obywateli polskich, w tym 1.522 stosuje dozyne średki odurzające.

Rejestr chorych na AIDS obejmuje 87 osób, z których 42 zmarły. W województwie wrocławskim zakażonych wirusem HIV było 68 osób, a chorych na AIDS 12.

2. a) Na receptach zielonych (MZ Pom-32) wypisujemy tylko medycznie bezwzględnie wskazane dla pacjenta przewlekle chorego leki nie objęte wykazem leków podstawowych (art. 8.1) oraz artykuły sanitarne niezbędne dla przewlekle chorego.

b) Lekarz może zapisać na jednej recepcie każdego wzoru (31, 32, 33) większą ilość opakowań jednego leku (nie większą niż na 2-miesięczną kurację) podając na recepcie jego dawkowanie.

c) Na receptach nie należy pisać rozpoznania choroby.

d) Leki w przypadkach chorób przewlekłych wydawane dotychczas bezpłatnie nadal wydawane są wg starych zasad.

3. MZiOS podpisało umowę o współpracy w dziedzinie opieki zdrowotnej, w wyniku której osoby z byłego ZSRR w przypadku nagłych zachorowań mają bezpłatne świadczenia zdrowotne (do 31.XII.92 r.).

4. W społecznej służbie zdrowia woj. wrocławskiego na 31.XII.91 r. zatrudnionych było:

24 850 osób, tj. o 1 855 mniej niż w dniu 31.XII.1990 r., co w przeliczeniu na etaty przeliczeniowe daje 24 301, tj. o 1 138 mniej niż rok wcześniej.

Średnia palca wynosiła (w 1991 roku) 1 635 000 zł  
w tym lekarze 2 610 000 zł (łącznie z dyżurami)

pielęgniarki 1 620 000 zł.

5. W 1991 roku na służbę zdrowia z budżetu wojewody wrocławskiego wydano ogółem 958 755 mln zł - przy planowanych wydatkach rzędu 1 400 mld zł. Oprócz tego, bezpośrednio z MZ i OS otrzymaliśmy dla województwa wrocławskiego 239 755 mln zł, bez kwot, które otrzymała Akademia Medyczna oraz resortowe służby zdrowia.

Spółczna służba zdrowia wypracowała dochody w wysokości 16 mld zł, które w

całości przeznaczyła na poprawę sprawowanej opieki nad pacjentami. Dodatkowo trudne do oszacowania są dary rzeczowe otrzymane przez poszczególne jednostki oraz wysokość finansowania ich przez przemysł, samorządy terytorialne, fundacje itd.

dr Leszek Patka  
Wojewódzki Zespół Medyczny  
Opieki Zdrowotnej  
we Wrocławiu

#### Stanowisko Komisji Placy i Warunków Pracy oraz Komisji Socjalnej NRL i ORL wobec sytuacji lekarzy emerytów i rencistów

Na wspólnych posiedzeniach Komisji Placy i Warunków Pracy, oraz Komisji Socjalnej NRL i okręgowych rad lekarskich w dniu 07.02.1992 r., zebrani wypracowali stanowisko wobec trudnej sytuacji lekarzy emerytów i rencistów treści następującej:

1. Wobec zagrożenia bezrobociem w kraju, należy obawiać się pozbawienia możliwości kontynuowania pracy zawodowej przez kolegów pobierających emeryturę i renty, a zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin.

2. Istnieje kolizja interesów pomiędzy młodymi kolegami po stażu, poszukującymi zatrudnienia, a wymienioną grupą pracujących lekarzy emerytów i rencistów.

3. Komisje w jednakowej trosce o wymienione grupy lekarzy, zwracają się z prośbą do okręgowych rad lekarskich, które najbardziej zorientowane są w skali omawianych problemów na terenach objętych ich działalnością, o wnikliwe zapoznanie się z każdym indywidualnym przypadkiem lekarza emeryta czy rencisty, który zwróci się o pomoc w swojej sprawie do okręgowej rady lekarskiej. Kryteria, które naszym zdaniem należy brać pod uwagę, winny objemować rzeczywistą sprawność lekarza do wykonywania pracy, zapotrzebowanie na jego pracę, jego sytuację materialną i psychologiczną, okręgowe rady lekarskie z racji swoich ustawowych uprawnień zobligowane są do negocjacji w omawianych sprawach z lekarzami wojewódzkimi, czy kierownikami placówek służby zdrowia.

4. Kolegów emerytów i rencistów, którzy z różnych przyczyn nie będą mogli podjąć zatrudnienia, okręgowe izby lekarskie winny objąć wszechstronną opieką, wynikającą z ich ustawowych powinności.

5. Komisja Placy i Warunków Pracy, oraz Komisja Socjalna NRL, za pośrednictwem Naczelnego Rady Lekarskiej podejmą starania zmian w istniejącym ustawodawstwie emerytalno-rentowym. W szczególności starania dotyczyć będą zniesienia limitów zarobkowania w ramach praktyki prywatnej, jaką podjąć mogą lekarze emeryci i renciści.

W dniu 15.01.1992 r. w sali wykładowej Kliniki Okulistycznej odbyło się zebranie Koła Terenowego Izby Lekarskiej przy PKS-1. W spotkaniu prowadzonym przez przewodniczącą koła, p. prof. dr hab. H. Kustrzycką wzięli udział: prorektor ds. klinicznych AM, p. prof. dr hab. T. Heimrath, przewodniczący KZ NSZZ „Solidarność” AM p. dr hab. J. Jakubaszko, dyrektor PSK-1, dr M. Kowalski oraz przedstawiciele Prezydium Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

W trakcie trwającej ponad 2,5 godzin dyskusji poruszone następujące problemy:

1. **Zasady funkcjonowania przychodni międzylakadowej.** Kolo izby lekarskiej uważa, że przychódnia międzylakadowa, powołana decyzją Senatu AM i mająca za zadanie sprawowanie opieki nad pracownikami AM i szpitali klinicznych, powinna stać się przychódnią na bazie finansowej Akademii Medycznej.

2. **Zmniejszenie dodatku usługowego dla nauczycieli akademickich.** Uważamy, że zmniejszego dodatku usługowego doprowadzi do ograniczenia, a w niektórych jednostkach nawet do zawieszenia działalności usługowej, zwłaszcza wysokospecjalistycznej. Dodatek ten winien jednoznacznie wynikać z opracowanego zakresu czynności usługowych wykonywanych przez nauczycieli akademickich-lekarzy. Powinien być wypłacany razem z pensją w Akademii Medycznej.

3. **Możliwość pojęcia działalności gospodarczej w poszczególnych jednostkach organizacyjnych PSK.** Zwrócono uwagę, że zgodnie z ustawą o szkolnictwie wyższym i statusem Uczelni pracownie AM mogą prowadzić działalność gospodarczą, a środki finansowe zarobione tą drogą mogą pozostawać do dyspozycji uczelni.

4. **Udział przedstawicieli koła izby lekarskiej w negocjacjach płacowych z dyrekcją PSK-1.** W pracach komisji działających na szczeblu dyrekcji PSK oraz w Radzie Klinicystów powinien brać udział przedstawiciel koła terenowego izby lekarskiej.

5. **Koncepcja utworzenia szpitala uniwersyteckiego inkorporowanego w strukturę Akademii Medycznej.** Zebrani członkowie koła wyrazili zdecydowany pogląd o konieczności szybkiego podjęcia prac nad przekształceniem szpitali klinicznych w szpital uniwersytecki i włączenie go w strukturę Akademii Medycznej.

Opr. G. Szybko-Machaj

**Protokół  
ze spotkania przedstawicieli  
Delegatur DIL województwa  
walbrzyskiego z Lekarzem  
Wojewódzkim w Walbrzychu,  
które odbyło się w dniu 22  
stycznia 1922 r.**

Zebranie otworzył i powitał wszystkich zebranych Przewodniczący Delegatury Walbrzyskiej DIL - dr Jan Adamus. Następnie dr L. Romaszkan poprosił Lekarza Wojewódzkiego - dr Witolda Rejdycha o przedstawienie stanu i kondycji finansowej służby zdrowia oraz planu działania w najbliższym okresie.

Główny Lekarz Wojewódzki, dr W. Rejdych powiedział między innymi o:

- funduszu płac, który jest nieprzekraczalny w związku z prowizorium budżetowym na I kwartał tego roku,

- zapasach leków w lecznictwie zamkniętym, które należy ograniczyć do 1-2 dniowych, co będzie ściśle kontrolowane przez nadzór farmaceutyczny,

- zlikwidowaniu przemysłowej służby zdrowia poprzez przejęcie jej przez podstawową opiekę zdrowotną,

- oddaniu dla ogółu mieszkańców poradnictwa specjalistycznego (jak przychodnie PKP, MSW, MON),

- ograniczeniu etatów, dyżurów i zlikwidowaniu nadgodzin, z możliwie pełnym zatrudnieniem dotychczas pracujących lekarzy, gdyż ochrona zatrudnienia kadry nawet kosztem przerzucenia do innych placówek lub wprowadzenia zmian pracy - leży w intencjach działania Lekarza Wojewódzkiego,

- ograniczeniu bądź zlikwidowaniu łóżek specjalistycznych tam, gdzie są niewykorzystane,

- stopniowym zmniejszeniu państwowych placówek służby zdrowia (prywacjacja),

- skróceniu czasu leczenia pacjenta. Pełna diagnostyka w przychodniach, nie w szpitalach,

- redukcji etatów sekretarek medycznych, rejestratorki (przeanalizować etyczność).

Główny Lekarz Wojewódzki poinformował również o:

- ograniczeniu specjalizacji,

- prowadzeniu leczenia przez lekarza „domowego”. Cała organizacja ma nastąpić do 5 lat,

- nowym cenniku za usługi w służbie zdrowia, który ma być wprowadzony przez Ministerstwo jeszcze w tym roku,

- opracowywaniu przez Ministerstwo nieobligatoryjnego limitu zatrudnienia,

- wstrzymaniu inwestycji.

Rok bieżący będzie rokiem bolesnym dla przetrwania tej sytuacji przez społeczeństwo, ale decydować będzie rachunek ekonomiczny. Dyrektorzy jednostek nie będą ulegać presji pracowników, związków

zawodowych ani społeczeństwa. Od nich też oczekuje (do 15 lutego) propozycji redukcji obiektów służby zdrowia. Wojewoda, zależnie od budżetu jakim będzie dysponował, będzie decydował o finansowaniu obiektów służby zdrowia na swoim terenie, reszta będzie oddana pod samorząd terytorialny.

Następnie w toku dyskusji zasygnalizowano o takich sprawach jak:

- sprzeczności przepisów Ustawy z 19 XI z Ustawą o uprawnieniach do leków (dr Radziszewska - Kłodzko),

- receptach - zaznaczenie uprawnień (dr Kaczmarzyk - Dzierżoniów),

- aktualizacji alfabetycznego spisu leków wraz z cennikiem 1 raz w roku (dr Iwanowski - Bielawa),

- możliwości doboru współpracowników i personelu pomocniczego przez lekarza (dr Iwanowski),

- zła ustanowiona o podstawowej opiece zdrowotnej (dr Borowski - Bielawa),

- brak zarządzeń wykonawczych o izbach lekarskich. Sprawa nie została załatwiona przez Naczelną Izbę Lekarską i Ministerstwo do dnia dzisiejszego - dr Jan Adamus - Walbrzych,

- nie odbierane wyniki badań celowanych przez pacjentów - dr Ziolkowski - Walbrzych,

- pozostawienie wypracowanych oszczędności w jednostce służby zdrowia (dr L. Romaszkan - Walbrzych),

- sprzedaż usług przez Kolumnę Transportu Sanitarnego i Pogotowie Ratunkowe, co ograniczy ich bezcelowe wyjazdy (dr Romaszkan),

- sprawa prowadzenia gabinetów lekarskich prywatnych przez cudzoziemców i lekarzy z innego województwa (rejestracja prowadzenia działalności w Urzędzie Skarbowym, bez zgody Lekarza Wojewódzkiego) - dr Romaszkan, dr Iwanowski, dr Lula (Świdnica),

- egzekwowanie prawa wykonywania zawodu i jego ochrona - dr Romaszkan, dr Jerzy Adamus - Walbrzych,

- zbyt skąpe informacje w środkach masowego przekazu (szczególnie telewizja) o sytuacji w służbie zdrowia - dr Jerzy Adamus,

- powolna pauperyzacja środowiska lekarskiego - dr Jerzy Adamus,

- przewidywana likwidacja przychodni to pogorszenie warunków pracy lekarza - dr Iwanowski, dr Kaczmarzyk,

- brak odzwierciedlenia w płacy lekarza jego udziału w wypracowanych środkach finansowych - dr Iwanowski, dr Kaczmarzyk,

- potrzeba wzmacnienia współpracy pomiędzy Dyrekcją a przedstawicielami Izby Lekarskiej - dr Kaczmarzyk - Dzierżoniów.

Na zakończenie Lekarz Wojewódzki życzył wszystkim zebranym lepszej

współpracy pomiędzy dyrekcją a przedstawicielami izb lekarskich oraz podziękował wszystkim za spotkanie.

**Protokołowała:  
Mirosława Hyra  
Walbrzych, dnia 30.01.1992 r.**

**Protest  
członków Koła Izb Lekarskich  
przy Szpitalu nr 1 i 2  
w Jeleniej Górze**

Środowisko lekarskie Szpitala nr I i II w Jeleniej Górze stanowczo protestuje przeciwko przedstawionym nam przez Dyrekcję formom zmniejszania wydatków w Szpitalu Wojewódzkim. Zgłaszymy konieczność szczegółowej analizy podziału budżetu Służby Zdrowia w województwie jeleniogórskim i dofinansowania Szpitala Wojewódzkiego z uzyskanych w wyniku tej analizy oszczędności.

Nie zgadzamy się z uszczuplaniem niebyvale niskich wynagrodzeń lekarzy przez wprowadzenie pracy zmianowej. Rozwiążanie takie zdezorganizuje pracę oddziałów szpitalnych, doprowadzi do wprowadzenia ograniczenia ilości planowych zabiegów operacyjnych, oraz do ograniczenia wykonywanych dotychczas badań specjalistycznych dla potrzeb terenu. Wprowadzenie zmianowej pracy do wszystkich oddziałów może dać oszczędności w skali roku w wysokości ok. 290 mln (obliczenia wykonane w oparciu o stawki przysługujące specjalistom II-go stopnia), co jest mało istotne w stosunku do potrzebnych oszczędności.

Proponowane przez lekarzy na zebraniu Izby Lekarskiej Szpitala Wojewódzkiego nr II w dniu 24.01. br. oszczędności mogą dać znacznie większą ilość pieniędzy. Są to:

- 1) zlikwidowanie samochodów służbowych (w liczbie ok. 30 w całym województwie oraz dotacji),

- 2) wprowadzenie dyżurów inspekcyjnych pod telefonem w miejsce stacjonarnych,

- 3) przeanalizowanie celowości finansowania tzw. „Szpitala w Budowie” oraz Ośrodka Badawczo-Rozwojowego Medycyny Społecznej,

- 4) ewentualne wprowadzenie w szpitalach i przychodniach cegiełek o różnych nominalach, jako dobrowolne datki na cele regionalnej służby zdrowia.

Szpital Wojewódzki jest jedyną w województwie jednostką o najwyższym standartie usług z pełnoprofilowym zespołem specjalistów. Dokonywanie cięć budżetowych w tej placówce jest posunięciem godzącym w podstawowe potrzeby społeczeństwa.

### Wnioski:

1) prosimy o analizę budżetus służby zdrowia w celu dotacji, które zabezpieczą podstawowe funkcje Szpitala Wojewódzkiego przynajmniej na dotychczasowym poziomie,

2) dofinansowanie Szpitala, w którym leczeni chorzy przywożeni są z terenów województwa i w ten sposób inne placówki nie ponoszą kosztów leczenia tych chorych,

3) dofinansowanie apteki szpitala wojewódzkiego w związku ze wzrostem kosztów leków.

Oszczędności dokonywane w dalszym ciągu wewnątrz samego szpitala (polegające na zlikwidowaniu posiłków dla lekarzy dyżurnych 8.000 zł stawka dziennia na żywienie - proponowane obniżenie wynagrodzenia za dyżury lekarskie przez zmniejszenie liczby godzin dyżurów do 10 na dobę, oraz zlikwidowanie dyżurów specjalistycznych (laryngologia, okulistyka, neurologia) nie są w stanie pokryć deficytu budżetowego szpitala.

Rezerw należy szukać poza szpitalem wojewódzkim.

(kilkadziesiąt podpisów lekarzy)

Do wiadomości otrzymuję:

1) Wojewoda Jeleniogórski, 2) Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Jeleniej Górze, 3) Lekarz Wojewódzki, 4) Przewodniczący Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, 5) Delegatura DIL w Jeleniej Górze, 6) Komisja Zdrowia przy Urzędzie Miasta w Jeleniej Górze, 7) Zarząd Regionu NSZZ „Solidarność”.

## Wrocławski Szpital Uniwersytecki

Wobec ogromu zmian jakie nastąpiły w ciągu ostatnich lat, zrozumiale jest, że istotnej reformie uleg muszą również struktury wyższych uczelni medycznych. Dotychczasowy model tkwi korzeniami w rozporządzeniach ustawy o społecznych zakładach służby zdrowia z roku 1948. Rozporządzenia te, zawierające szereg ogólników, często sprzecznych ze sobą, mówią zarówno o samodzielności budżetowej szpitali klinicznych, jak również o sprawowaniu nadzoru finansowego przez Władze Akademii Medycznej. W świetle tego modelu dyrektor szpitala klinicznego pozostaje zwierzchnikiem kierowników klinik w sprawach administracyjno-gospodarczych, a lekarze - nauczyciele akademicki otrzymują wynagrodzenie z budżetu szpitala za tzw. „godziny usługowe” w jednakowym wymiarze bez względu na rodzaj specjalizacji i charakter pełnionej pracy. Rozwiązań takie doprowadzały niejednokrotnie do absurdalnych sytuacji w których np. dział

osobowy szpitala zastanawiał się, czy należy wyrazić zgodę na urlop 6-tygodniowy dla lekarza - nauczyciela akademickiego (gdy przepisy dotyczące pracowników służby zdrowia stanowiły inaczej). Nauczyciel akademicki w czasie zajęć dydaktycznych, przeprowadzając badanie fizyczne pacjenta, zastanawiał się, czy ta część pracy zakwalifikowana zostanie jako usługowa, czy dydaktyczna, a kierownik laboratorium miał wątpliwości, czy może udostępnić sprzęt zakupiony z funduszy szpitala dla badań, w których odczynniki pochodzą ze środków przyznanych przez uczelnię na działalność naukową. W przypadku Wrocławskiej Akademii Medycznej struktura taka doprowadziła do równoległego istnienia działów technicznych, placowych, zaopatrzeniowych i innych, zarówno w ramach Akademii jak i wszystkich czterech Szpitali Klinicznych. Zróżnicowana kondycja placowa poszczególnych szpitali, doprowadziła do istotnych różnic w wysokości dodatku usługowego i wynagrodzeń za dyżury zakładowe pełnione przez lekarzy - nauczycieli akademickich, przy czym z punktu widzenia Ustawy o Szkolnictwie Wyższym, jedynym ich pracodawcą pozostaje Akademia Medyczna.

W takiej sytuacji zrozumiale stają się stanowiska Senatu AM, Rady Wydziału Lekarskiego AM, KZ NSZZ „S” AM i Kół DIL wszystkich szpitali Klinicznych zmierzające do stworzenia Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego zintegrowanego w sposób scisły ze strukturami Akademii Medycznej. Zarówno Ustawa o Szkolnictwie Wyższym jak również nowa Ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej, w pełni umożliwiają funkcjonowanie takiego modelu. Jednym z wielu argumentów przemawiających za celowością scisłej integracji bazy usługowej, dydaktycznej i naukowej Uczelni jest przyszłość Akademii Medycznych, która (zarówno na podstawie związków historycznych, jak również krystalizującego się stanowiska Ministerstwa Edukacji Narodowej i Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego) rysuje się w formie bezpośredniego związku z Uniwersytetami. Takie rozwiązanie może przynieść istotne korzyści tylko wtedy, gdy Akademia Medyczna „wniesie w wianie” nie tylko zakłady teoretyczne, ale przede wszystkim szeroką bazę wysokospecjalistycznych klinik.

Istotnym aspektem tego zagadnienia jest uwypuklony w uchwale Rady Wydziału Lekarskiego AM z dnia 24.01.1992 r. fakt istnienia aktów własności, z których jednoznacznie wynika, że większość obecnej bazy szpitalnej Akademii Medycznej stanowiła w przeszłości majątek Uniwersytetu Wrocławskiego. Wydawać by się mogło, że istnieją istotne przesłanki do stworzenia silnego ośrodka usługowo-dydaktyczno-naukowego pełniącego wysokospecjalistyczne funkcje, w którym istnieje

ustalona odpowiedzialność za decyzje organizacyjne i finansowe. Niemniej intencje ostatnich projektów MZ i OS dotyczące przyszłego modelu Akademii Medycznych wydają się inne. Projekty te zakładają bowiem, że szpital kliniczny stanowi odrębne miejsce pracy dla nauczyciela akademickiego (co m.in. prowadzić może do likwidacji dodatku za dyżury pełnione w dni świąteczne). Zakres obowiązków i sposób ich wynagradzania ustalany ma być przez dyrekcję szpitala indywidualnie z każdym z nauczycieli w formie odrębnej umowy o pracę. Scisłe limity zatrudnienia personelu medycznego nie uwzględniają specyfiki klinik (przy zupełnym braku takich limitów w stosunku do personelu administracyjnego), a całość tych projektów w sposób jednoznaczny zmierza ku całkowitemu oderwaniu szpitali klinicznych od uczelni, a tym samym pozbawieniu jej bazy usługowej.

A.Boznański  
III Katedra i Klinika Pediatrii  
i Alergologii AM.

Z tych powodów na wniosek Koła Izby Lekarskiej przy Akademii Medycznej we Wrocławiu i Komisji Zakładowej NSZZ Solidarność AM doszło do zwołania 24 lutego nadzwyczajnego posiedzenia Senatu uczelni na temat proponowanych przez Ministerstwo projektów rozporządzenia. Zebrali się także Komisje Zakładowe Solidarności Akademii Medycznych w Polsce na konferencji w Zagórzu Śl. w dniach 21-23 II 92 i podjęły następującą uchwałę:

Zagórze Śląskie, 23.02.1992 r.

Komisja Koordynacyjna Komisji Zakładowych NSZZ „Solidarność” Akademii Medycznych na wspólnym posiedzeniu w dniu 22.02.1992 r. z Przedstawicielem Konferencji Rektorów Akademii Medycznych, Prof. dr. Władysławem Pierzchałą, Rektorem Akademii Medycznej we Wrocławiu, Prof. dr. Zbigniewem Knapkiem i Prorektorem ds Klinicznych, Prof. dr. Tadeuszem Heimrathem, przedstawicielami Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, z jej wiceprzewodniczącym dr. Zdzisławem Planiakiem, przedstawicielami Kola Dolnośląskiej Izby Lekarskiej AM we Wrocławiu oraz przedstawicielem Sekcji Medycznej Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego - poddała analizie projekt Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie tworzenia i organizacji szpitali klinicznych.

W oparciu o przeprowadzoną dyskusję zaproponowano poprawki do cytowanego projektu zarządzenia. Wnoszone przez nas propozycje zmian są odzwierciedleniem dążenia do nowej koncepcji działania i

organizacji Akademii Medycznej. W ramach tej koncepcji przewidujemy pełną inkorporację szpitali klinicznych do uczelni a docelowo utworzenie szpitala uniwersyteckiego.

Propozycje zmian do zarządzenia MZiOS są odzwierciedleniem przedstawionych idei, które mogą być zrealizowane jeżeli zostaną spełnione następujące warunki:

- nadzór nad działalnością szpitala klinicznego będzie spełniać rektor uczelni,
- zostanie uznany prawnie zakład jako równorzędna z kliniką jednostka organizacyjna,
- proponowane zmiany nie będą stały w kolizji z aktualnymi aktami prawnymi.

Redakcja Biuletynu informuje, że otrzymała do wiadomości pismo Fabryki Leków Sp. z o.o. „Torf Corporation” adresowane do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej Mariana Miśkiewicza o następującej treści:

*Szanowny Panie Ministerze  
Wobec trudnej sytuacji finansowej emerytów i rencistów Prezes Zarządu Torf Corporation, Pani Barbara Piasecka-Johnson, zdecydowała wprowadzić na okres zamknięty pewną ilość Preparatu Torfowego Tolpa Tabletki (PTT) do sprzedaży w aptekach po kosztach wytwarzania, o czym z przyjemnością informuję Pana Ministra.*

Ponadto Dyrektor Generalny Torf Corporation, Dr nauk med. Bogdan Szelepin powiadania, że postanowiono na czas określony pewną ilość leku udostępnić najuboższym chorym tj. emerytom i rencistom stosując 30% bonifikatę. Ponieważ w aptekach lek Preparat Torfowy „Tolpy” tabletki będzie miał od tego dnia dwie ceny, konieczne staje się ewidencjonowanie ilości sprzedanego leku z 30% bonifikatą. W związku z powyższym zwraca się, by lekarze leczący emerytów bądź rencistę preparatem PTT „Tolpa” tabletki - zechcieli, na recepcie wypisywać nr emerytury bądź renty, co upoważni farmaceutę do sprzedaży leku z bonifikatą. Jednocześnie informuje, że ze: HYPOCALEN GEL ORAZ CHAMOSALDONT GEL UZYSKAŁY ZGODĘ M.Z. i O.S NA SPRZEDAŻ PRZEZ APTEKI BEZ RECEPT LEKARSKICH.

Przedstawiony przez nas projekt stanowi modyfikację Zarządzenia Ministra i traktowany jest przez środowisko jako akt prawnny o charakterze przejściowym do czasu przygotowania i wprowadzenia w życie pełnej koncepcji szpitala uniwersyteckiego.

Następują podpisy przedstawicieli Komisji Zakładowych  
KZ NSZZ „Solidarność” AM, Białystok, Gdańsk, Katowice, Lublin, Łódź, Poznań, Szczecin, Wrocław.

## JESTEŚMY W EUROPĘ

Napastliwość prasy i opinii publicznej jest mocno odczuwana i bolesnie odbierana przez polskie środowisko lekarskie, zupełnie bezradne wobec zaistniałego stanu materialnego służby zdrowia, implikującego takie gwałtowne reakcje społeczeństwa. Nie inaczej bywa jednak i w krajach bogato żyjących. Tam też - jak np. w Niemczech - lekarze miewają podobne problemy. Świadczy o tym nadślana nam ulotka Stowarzyszenia Lekarzy w Niemczech, której fragmenty drukujemy:

„ODEZWA do wszystkich lekarzy i lekarzy w Niemczech!

Cierpimy! I Wy zapewne także! Nie zgadzamy się, aby obniżać rangę stanu lekarskiego kłamstwami i pomówieniami! WZYWAMY DO OPORU PRZECIWKO POLITYCE, KTÓRA:

- niszczy naszą wydolną służbę zdrowia, gdyż rzekomo jest ona za droga
- ogranicza, biurokratyzuje i zezwala na zbieranie najbardziej intymnych danych o pacjencie
- uniemożliwia pacjentom leczenie stosownie do możliwości nowoczesnej medycyny
- rozpowszechnia nieprawdę, gdyż nie ma żadnej „eksplozji kosztów”, nie ma za wysokich lekarskich honorariów ani też braku finansów w służbie zdrowia.

WSZYSCY LEKARZE MUSZĄ SIĘ BRONIĆ:

- w interesie pacjentów
- w interesie poprawy ambulatoryjnego i stacjonarnego leczenia
- w interesie możliwości leczniczych naszego systemu zdrowotnego.”

No i co? Jak widać, jesteśmy już w Europie!

Z.G.

### ACENOL CUM COFFEINO

MZiOS Zew. nr 3178

Skład: Paracetamol 250mg  
Coffeine - Natrium benzoicum 80 mg

#### Właściwości i działanie:

Pracetamol działa przeciwbólowo i przeciwbiegunkowo. Dodatek kofeiny wzmacnia działanie przeciwbólowe.

#### Wskazania:

- bóle głowy, migrena
- bóle zębów
- bóle w przebiegu zapalenia zatok obocznych nosa
- bóle mięśniowe, stawowe, kostne
- bóle w przebiegu półpaśca, zapalenia korzonków nerwowych i rwy kulszowej
- stany przeziębieniowe, grypa
- przypadki uczulenia na salicylany, uniemożliwiające ich stosowanie

Uwaga: leku nie podaje się dzieciom

#### Przeciwwskazania:

Alergia na lek, ciężkie zaburzenia czynności wątroby i nerek, niedokrwistość, nadciśnienie tętnicze. Ostrożnie stosować w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Okres ciąży.

#### Interakcje:

Lek wzmacnia działanie środków przeciwwzakrzepowych z grupy kumaryny i środków analeptycznych.

#### Dawkowanie:

Przeciętnie dawka jendorazowa wynosi 1-2 tabletki. Średnia dawka dzienna wynosi 5-6 tabletek.

#### Działanie niepożądane:

Stosowany przez dłuższy czas lub przedawkowany może spowodować upośledzenie czynności wątroby, nerek, trombocytopenię, methemoglobinemię.

#### Opakowanie:

Fiolka ze szkła bezbarwnego zawierająca 20 tabletek.

#### Producent:

Farmaceutyczna Spółdzielnia Pracy „GALENA”  
ul. Krucza 62 Wrocław  
tel. 61-06-51 telex 712256 fsp  
fax 61-66-67

# OGŁOSZENIA O PRACY

## Torf Corporation

Fabryka leków z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Mydlanej nr 2

**zatrudni w dziale nauki i rozwoju 3 lekarzy medycyny w pełnym wymiarze etatu.**

Wymagane kwalifikacje:

- 1) jedna osoba z tytułem doktora, znajomością języka angielskiego, prawem jazdy, wiek około 40 lat;
- 2) dwie osoby, wskazana specjalizacja I stopnia, znajomość języka angielskiego, prawo jazdy, wiek około 30 lat.

Szczegółowe informacje pod numerem telefonu: 48-56-67, 48-61-56 albo 48-52-11 wew. 280.

## Zespół Opieki Zdrowotnej w Legnicy

ogłasza konkurs na stanowisko

## Ordynatora Oddziału Noworodkowego

Od kandydata wymagane są kwalifikacje zawodowe określone w załączniku do Rozp. MZiOS z dnia 28 listopada 1990 r. (poz. 497).

## Zespół Opieki Zdrowotnej Wrocław-Śródmieście

ogłasza konkursy na stanowiska

## ordynatorów

w Szpitalu im. L. Rydygiera:

- I oddziału chorób wewnętrznych,
- II oddziału chirurgicznego.

Bliższe informacje w Dyrekcji ZOZ-u

# Polskie Towarzystwo Balneologii

W związku z narastającą falą prywatyzacji w służbie zdrowia, my lekarze fizjoterapii i balneoklimatologii zrzeszeni w Polskim Towarzystwie Balneologii Bioklimatologii i Medycyny Fizycznej pragniemy zwrócić uwagę Kolegów wszystkich innych specjalności na niebezpieczeństwa wynikające z tworzenia tzw. gabinetów fizykoterapii lub odnowy biologicznej.

Jak obserwujemy, niedoceniane dotychczas w Polsce metody leczenia fizycznej stały się ostatnio atrakcyjną formą przyciągania pacjentów do prywatnych gabinetów lekarskich i nie tylko lekarskich! W obecnej chwili powstają jak grzyby po deszczu liczne gabinety: magnetoterapii, laseroterapii, masażu limfatycznego, odchudzania komputerowego, krioterapii, akupunktury, akupresury, elektroakupunktury, kręgarstwa itp.

Energia fizyczna stosowana w tych zabiegach jest na ogół мало znana osobom aplikującym ją i opiera się na bardzo pobicznej znajomości zagadnienia. Osobnym problemem jest to, że niektóre z tych energii na Zachodzie zostały już dawno wycofane jako szkodliwe (np. odchudzanie komputerowe, solaria typu lóżeczko). My, z przerąbaniem obserwujemy, że działalność w tych gabinetach jest prowadzona bez jakiegokolwiek nadzoru fachowego, a zezwolenia na prowadzenie tego typu gabinetów o charakterze terapeutycznym wydawane są przez Wydział Inicjatyw Gospodarczych Urzędu Miejskiego. Nie trzeba mieć żadnych dokumentów potwierdzających uprawnienia do działalności leczniczej.

Szczególnie niepokojący jest fakt, że działalnością tą, w przeważającej części zajmują się przede wszystkim magistrowie rehabilitacji ruchowej, a ostatnio nawet mgr psychologii, którzy przecież nie mają żadnych uprawnień do leczenia. Mogą jedynie wykonywać, zgodnie z wykształceniem, kinezyterapię na zlecenie lekarza

prowadzącego. Nie wolno im podejmować samodzielnie żadnego leczenia.

Ze względu na żywiołowe stosowanie leczenia fizycznego pragniemy przypomnieć Kolegom, że specjalizacja z fizjoterapii i balneoklimatologii jest specjalizacją II o uzyskiwaną po 3-letnim stażu specjalizacyjnym obejmującym leczenie: fizyko-terapeutyczne (wykorzystywanie czynników fizycznych), kinezyterapeutycznych, masaż leczniczy, leczenie balneologiczne i leczenie klimatyczne. Pragniemy również zaznaczyć, że do programu studiów medycznych dotychczas nie wprowadzono zajęć z medycyny fizycznej i balneoklimatologii, w związku z czym jesteśmy jedynymi specjalistami w tej dziedzinie upoważnionymi do zlecania i nadzorowania leczenia fizycznego!

Jako towarzystwo naukowe, popieramy proces prywatyzacji, tworzenie prywatnych przychodni i spółek lekarskich, prywatnych gabinetów lekarskich, w których jeżeli będzie stosowane leczenie fizyczne, będzie ono prowadzone przez lekarza specjalistę fizjoterapii.

PS. Informujemy Kolegów lekarzy, że działające na terenie Kraju Polskie Towarzystwo Fizjoterapii zrzesza w przeważającej mierze magistrów rehabilitacji (zostało przez nich założone) oraz techników fizjoterapii tj. osoby, które nie mają prawa prowadzenia samodzielnego leczenia. Nie mają prawa do leczenia w ogóle!

Towarzystwem zrzeszającym lekarzy fizjoterapeutów jest Polskie Towarzystwo Balneologii Bioklimatologii i Medycyny Fizycznej.

Za Prezydium:  
Sekretarz

dr n.med. Andrzej Kierak

Przewodniczący:  
dr med. hab. Jan Łazowski

Kierownik Przychodni  
lek. med. Zofia Imielńska-Banach

## Dyrektor Centralnego Zarządu Służby Zdrowia MSW w Warszawie

### ogłasza konkurs na stanowisko dyrektora:

- Szpitala Specjalistycznego MSW (leczenie nerwic) w Jeleniej Górze,
- Sanatorium MSW w Kudowie, woj. wałbrzyskie.

Ewentualne oferty prosimy kierować do dnia 26.02.br. na adres: Centralny Zarząd Służby Zdrowia MSW, 00-517 Warszawa, ul. Rakowiecka 2 z adnotacją na kopercie „konkurs” lub osobiście, Warszawa, ul. Domaniewska 36/38, piętro III, p. 366. lub 367.

Dodatkowe informacje tel. w Warszawie 60 155 14, 60 133 00 lub 60 156 40.

# ZASTOSOWANIE OLEJU Z WIESIOŁKA W RÓŻNYCH CHOROBACH

Andrzej Cretti

**N**ajważniejszym jego składnikiem jest kwas gammalinolenowy. Z kwasu tego powstaje w organizmie kwas dihomogammalinolenowy, z niego z kolei tworzy się prostaglandyna PGEI. Prostaglandyna ta rozszerza naczynia i obniża ciśnienie tętnicze krwi, hamuje agregację płytka krwi i tworzenie się zakrzepów, hamuje biosyntezę cholesterolu, hamuje procesy zapalne, wpływa na zjawiska immunologiczne. Kwas gammalinolenowy (GLA) jak i dihomogammalinolenowy (DGLA) nie są zawarte w normalnym pożywieniu. Jest w nim kwas linołenowy (LA), z którego powstaje GLA. Jednak wytwarzanie GLA z LA może być niewystarczające, albo z powodu zbyt małej ilości spożywanego LA, albo z powodu niewystarczającego stopnia metabolizowania LA do GLA.

To gorsze metabolizowanie występuje w okresie starzenia się, przy diecie bogatej w tłuszcze nasycone, przy niedoborze magnezu, cynku, witaminy B6, przy spożywaniu alkoholu nawet umiarkowanym.

Najczęściej podnoszoną cechą oleju z wiesiołka jest obniżenie poziomu cholesterolu

w osoczu krwi i zmniejszenie zdolności agregacyjnych płytka krwi, a w ten sposób zapobieganie miażdżycy i chorobie wieńcowej.

Światowa Organizacja Zdrowia w 1977 r. zubliczyła stosowanie oleju z wiesiołka u ludzi powyżej 50. roku życia, zwłaszcza przy zagrożeniu miażdżycą. Według Horrobina (1984) w badaniach z użyciem placebo udowodniono skuteczność oleju z wiesiołka w następujących stanach: podwyższony poziom cholesterolu w osoczu, łagodne nadciśnienie tętnicze, zespół napięcia przedmiesiączkowego, alkoholizm, syndrom Sjogrena, ekzema atopowa.

Po roku 1984 opublikowano następne badania z zastosowaniem placebo, z dobrymi wynikami leczenia w następujących stanach: neuropatia cukrzycowa, choroba Raynaud, niektóre zakresy czynności mózgu w schizofrenii, reumatyczne zapalenie stawów, syndrom drażliwego jelita, jeżeli występuje łącznie z zespołem napięcia przedmiesiączkowego.

Liczne prace wskazują na korzystne działanie oleju z wiesiołka także w innych stanach, a mianowicie: choroba Burgera,

nadpobudliwość dzieci, stwardnienie rozsiane, suchość oczu, łuszczyca, gestoza, bolesność sutków niezależna od napięcia przedmiesiączkowego, marskość wątroby. Są również doniesienia o hamowaniu rozrostu komórek nowotworowych „in vitro” i wspomagającym działaniu oleju z wiesiołka w leczeniu nowotworów złośliwych.

Dotychczas nie stwierdzono żadnego działania ubocznego oleju z wiesiołka.

Oprócz znanego na całym świecie Oenothera biennis szczególną uwagę zwrócono na rosnący w Polsce Oenothera paradoxa (wiesiołek dziwny). Badania docenta Stołyhwy z Politechniki Gdańskiej wykazały, że olej z nasion Oenothera paradoxa zawiera więcej GLA (9,5%) niż olej z Oenothera biennis (7,2%), podobnie więcej LA (73,5%) niż olej z Oenothera biennis (72,1%). Ogółem niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczykowych ma 87,6% a olej z Oenothera biennis 79,4%. Świadczy to o lepszych właściwościach oleju z występującego w Polsce Oenothera paradoxa. Z tego właśnie gatunku wiesiołka polska firma „Agropharm” produkuje preparat pod nazwą „Oeparol”.

**POLSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE  
POLSKO-NIEMIECKIE TOWARZYSTWO WSPÓŁPRACY LEKARZY CARE DEUTSCHLAND E.v.**

*mają zaszczyt zaprosić na seminarium na temat:*

## *Rola i funkcja lekarza rodzinnego na przykładzie modelu niemieckiego*

w dniu 15 marca 1992 r. (niedziela), godz. 10.00

Wrocław, ul. Dobrzyńska 21/23, V piętro,  
sala audiowizualna Wojewódzkiego Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych

*Wykłady będą prowadzone przez specjalistów polskich i niemieckich. Wykłady w języku niemieckim będą tłumaczone simultanicznie na język polski.*

*Zakończenie seminarium około godz. 17.00*

*W czasie przerwy południowej zapraszamy wszystkich uczestników na obiad, a w przerwach między wykładami - na kawę.*

**ODDZIAŁ REGIONALNY  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO**

**I  
SEKCJA KARDIOLOGICZNA TOWARZYSTWA INTERNISTÓW POLSKICH**

*zaprasza*

**LEKARZY MEDYCYNY I STOMATOLOGII, FARMACEUTÓW  
NA III REGIONALNE SYMPOZJUM**

**„POSTĘPY FARMAKOTERAPII I NOWE LEKI”**

W DNIU 28.03.1992 ROKU W KINIE „MUZA” W LUBINIE W GODZ: 9.00-17.00

**W PROGRAMIE**

**WYSTAWA FIRM FARMACEUTYCZNYCH:**

BEECHAM, BOEHRINGER INGELHEIM, CIBA-GEIGY, ELI LILLY, GLAXO, GÖDECKE PARKE DAVIS, HOECHST, H. MACK Nacht, KNOLL, KRKA, LEK LJUBLJANA, MEDAGRO, MSD, „MUNDIAL” SA-FISONS, PFIZER, SANDOZ, SCHERING, SCHWARZ PHARMA, TORF COR, UPJOHN.

**POSIEDZENIA NAUKOWO-SZKOLENIOWE:**

SESJA I - „POSTĘPY W PATOFIZJOLOGII I TERAPII ASTMY OSKRZELOWEJ I STANÓW OBTURACYJNYCH OSKRZELI” - prof. dr hab. J. Małolepszy Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu.

WYSTAWA FIRM: abc MED, BIOTECHNOLOGIA, BLOODNOWA, BYLIMEX, SZANESEL.

SESJA II - „POSTĘPY W LECZENIU CHOROBY NIEDOKRWIENNEJ SERCA” - przewodniczący: prof. dr hab. K. Wrabec - Ordynator Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu.

WYSTAWA FIRM: ASPEL, ERBE-SCHILLER, BIO-FOCUS, PRO MEDICO POLAND, PROSTER, HEWLETT PACKARD.

SESJA III - „POSTĘPY FARMAKOTERAPII W CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ” - prowadzi Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Akademii Medycznej we Wrocławiu, przewodniczący sesji, dr n.med. J. Wnukiewicz.

MINI WYSTAWA I TARGI FIRM STOMATOLOGICZNYCH

SESJA IV V I D E O, prezentują firmy farmaceutyczne.

*Przewodniczący Oddziału Regionalnego  
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego  
Ziemi Lubińskiej  
prof. dr hab. J. Bielawski*

*Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego  
lek. A. Kwaśniewski  
Sekretarz  
Oddziału Regionalnego PTG  
Ziemi Lubińskiej*

*Przewodniczący Sekcji Kardiologicznej  
Towarzystwa Internistów Polskich  
prof. dr hab. K. Wrabec*

**Posiedzenie naukowe Wrocławskiego Oddziału PTG odbędzie się: 12.03.1992 r.  
w sali wykładowej Klinik przy ul. Dyrekcyjnej 5/7 o godz. 11.45**

Posiedzenie przy poczęstunku sponsorowanym przez firmę FRESENIUS

Program:

I - Przyjęcie protokołu poprzedniego zebrania

II - Referaty:

1 - Przedstawiciel firmy ETHICON - E. Grossman. Materiały szewne firmy ETHICON - Johnson Johnson.  
2 - A. Aroński, Z. Krbler (Kat. i Kl. Anestezjologii i Intensywnej Terapii): Nowe Kierunki zwalczania hipowolemii.

III - Wolne wnioski.

*Sekretarz  
Wrocławskiego Oddziału PTG  
lek. med. Mariusz Zimmer*

*Przewodniczący  
Wrocławskiego Oddziału PTG  
Prof. dr hab. Janusz Woyton*

**Zarząd Głównego Polskiego  
Towarzystwa Medycyny Ogólnej  
i Środowiskowej**

zawiadamia, że w dniach

**17-19 września 1992 roku odbędzie  
się w Lublinie**

**III Zjazd Członków Towarzystwa pod hasłem:**

**„Lekarz podstawowej opieki  
zdrowotnej jako obserwator,  
badacz i promotor zdrowia  
w środowisku”.**

Zgłoszenia udziału w Zjeździe i ewentualne referaty prosimy przesyłać do 31 marca 1992 roku na adres:  
Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa  
Medycyny Ogólnej i Środowiskowej  
Lublin, ul. Jaczewskiego 2

Tym osobom, które przesyłają zgłoszenia udziału w Zjeździe zostanie wysłany Komunikat Szczegółowy.

*V-ce Przewodniczący PTMOiS  
lek. med. Andrzej Sokolowski*

**Towarzystwo Internistów Polskich  
Oddział we Wrocławiu**

**Polskie Towarzystwo Reumatologiczne  
Oddział we Wrocławiu**

**A k a d e m i a M e d y c z n a w e  
Wrocławiu**

**Okręgowy Szpital Kolejowy we Wrocławiu**

mają zaszczyt zaprosić na  
I WROCŁAWSKIE

**SYMPOZJUM REUMATOLOGICZNE**

**Postępy w rozpoznawaniu  
i leczeniu  
reumatoidalnego  
zapalenia stawów**

**19 marca 1992**

**Wrocław, Hotel Wrocław godz. 9.00**

*Podpisy za Komitet Organizacyjny  
Doc. dr Jacek SZECHIŃSKI*

**ZARZĄD DOLNOŚLĄSKIEGO ODDZIAŁU  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA  
PEDIATRYCZNEGO**

uprzejmie zaprasza na

**P O S I E D Z E N I E N U K O W E**

które, odbędzie się w dniu 12 marca 1992 r. o  
godz. 12.15  
w skali wykładowej Instytutu Pediatrii  
Wrocław, ul. C. Skłodowskiej 50

**Program:**

Posiedzenie sprawozdawczo-wyborcze.

I. Sprawozdanie z działalności Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego - Kol. Kol. Jan Pellar, Eusemia Nawrocka, Maria Domanasiewicz.

II. Wybory Zarządu Oddziału, Komisji Rewizyjnej i Delegatów na Walne Zgromadzenie.

III. Mgr inż. Hanna Brasse: Firma „Hipp” - filozofia działania i jej produkty.

W ramach szkolenia podyplomowego obecność  
wszystkich lekarzy obowiązkowa. Lekarze  
zamiejscowi korzystają z delegacji służb. na  
podstawie Dz.U. 1953 r. 48.321.

*Sekretarz  
Zdzisława Iwanicka*

*Przewodniczący  
Jan Pellar*

**POLSKIE TOWARZYSTWO HISTORII MEDYCYNY I FARMACJI**

Oddział we Wrocławiu

**POLSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE - SEKCJA GERIATRYCZNA**

Oddział w Kłodzku

**DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA - KOŁO ZIEMI KŁODZKIEJ**

**TOWARZYSTWO MIŁOŚNIKÓW ZIEMI KŁODZKIEJ**

**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w KŁODZKU**

zapraszają  
na

**POSIEDZENIE NAUKOWE**

w dniu 21 marca 1992 roku (sobota)

o godzinie 11.00

w Muzeum Ziemi Kłodzkiej w Kłodzku, ul. Łukasiewicza 4

**Program:**

1. Eugeniusz Kaczmarek. Z dziejów medycyny Ziemi Kłodzkiej i jej polskich tradycji.

2. Andrzej Syroka. Apteki kłodzkie.

3. Adolf Andrejew. Kacper Schwenckfeldt, śląski lekarz, renesansowy badacz przyrody.

4. Krystyna Toczyńska-Rudysz. Zarys dziejów Muzeum Ziemi Kłodzkiej (ze zwiedzaniem ekspozycji muzealnej).

Katowice, 1992-02-12

Dolnośląska Izba Lekarska  
Wrocław

W związku z prowadzoną kampanią dezinformacji dotyczącej konkursu na stanowisko Dyrektora Szpitala Klinicznego nr 5 Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, przedstawiamy odpowiedź na artykuł w Gazecie Wyborczej dodatek Katowicki nr 33 i artykuł w numerze 8 Polityki z dnia 22.II.92, które odzwierciedlają nasze stanowisko w tej sprawie.

**PRZEWODNICZĄCA  
Miedzyzakładowej Komisji Koordynacyjnej  
NSZZ „Solidarność”  
Śląskiej Akademii Medycznej  
dr n. med. Elżbieta Mansfeld**

Po zapoznaniu się z treścią artykułu „S broni Prof. A. Gierek-Łapińskiej” zamieszczonego w Gazecie Katowickiej nr 33 z dnia 8-9 lutego 1992 roku, podписанego przez Marię Markowską-Sondej, Miedzyzakładowa Komisja Koordynacyjna czuje się zobowiązana do zajęcia stanowiska. NSZZ „Solidarność” podjął ponownie legalną działalność we wszystkich swoich jednostkach organizacyjnych w 1989 roku. Celem skoordynowania działalności, jak i wylonienia ciała reprezentującego związek w skali Uczelni, Komisje Zakładowe poszczególnych szpitali klinicznych i innych jednostek organizacyjnych utworzyły Miedzyzakładową Komisję Koordynacyjną. Wyjątek stanowi Szpital nr 5, gdzie pracuje pani Profesor Ariadna Gierek-Łapińska. „Solidarność” została tam powołana dopiero w marcu 1991 roku, to jest przed ogłoszeniem konkursu na stanowisko dyrektora.

Ta Komisja jako jedyna nie przystąpiła do Miedzyzakładowej Komisji Koordynacyjnej separując się tym samym od spraw Śląskiej Akademii Medycznej. Miedzyzakładowa Komisja Koordynacyjna reprezentuje ponad 1200 członków NSZZ „Solidarność”. Komisja Zakładowa Szpitala nr 5 - około 80.

Podanie tych faktów jest o tyle istotne, że tytuł artykułu jak i jego treść mówią o poparciu „Solidarności” dla pani Profesor, co dla niezorientowanego czytelnika mogło oznaczać poparcie ze strony związku w Uczelni.

Ponadto może to również sugerować brak poparcia NSZZ „Solidarność” dla władz Śląskiej Akademii Medycznej.

Otoż stwierdzamy z całą mocą, że tak Rektor Prof. Władysław Pierzchała jak i Senat Śląskiej Akademii Medycznej mają pełne poparcie Miedzyzakładowej Komisji

Koordynacyjnej NSZZ „Solidarność” w trudnym dziele wypracowania koncepcji autonomicznej Uczelni w dobie reformy systemu. Podstawowym dokumentem regulującym funkcjonowanie Uczelni jest jej statut. Demokratyczne siły Uczelni rozpoczęły pracę nad nim jeszcze w latach 1980-1981 i już wtedy przyjęto zasadę nie łączenia stanowisk. Wprowadzenie stanu wojennego pozwoliło zawiesić uchwalone statuty Uczelni, pozwoliło tym samym wrócić w niektórych przypadkach do myślenia i rozwijania sprzed Sierpnia 80.

Aktualne demokratyczne wybrane władze Uczelni, podejmując uchwałę o nienależeniu stanowisk kierownika katedry i dyrektora szpitala klinicznego, nota bene stało się to przed dniem konkursu, powróciły konsekwentnie do wcześniej wyrażonego stanowiska.

Senat podjął również uchwałę, że dyrektor szpitala musi być zatrudniony na całym etacie. Obie uchwały są związane z nowymi zadaniami, przed jakimi stoją dyrektorzy szpitali w aktualnej sytuacji finansowej służby zdrowia jak i docelowym jej modelem. To co kiedyś można było robić w ramach półetatu, obecnie będzie wymagało wielu działań i pełnej dyspozycyjności. Z drugiej strony wzrastające zadania naukowe, dydaktyczne i usługowe dla samodzielnych pracowników nauki - nie powinny znajdować się w kolizji z zadaniami administracyjnymi. Podjęte uchwały dotyczą wszystkich pracowników Śląskiej Akademii Medycznej, bez wyjątku.

I na koniec odnośnie zwycięstwa w konkursie. Warto pamiętać, że postępowanie konkursowe ma na celu jedynie wyłonienie kandydata na dyrektora, a nie dyrektora. Kandydat ten jest następnie opiniowany przez Senat, a w oparciu o te opinie decyzje podejmuje Rektor. W przypadku konkursu na dyrektora Szpitala Klinicznego nr 5 wyglądało to następująco: Opinia Komisji Konkursowej - w pięcioosobowym składzie 3 głosy za panią Profesorem, 2 przeciw.

Opinia Senatu - 5 za, 22 przeciw, 3 wstrzymujących się.

Przedstawiliśmy stanowisko Miedzyzakładowej Komisji Koordynacyjnej NSZZ „Solidarność” Śląskiej Akademii Medycznej starając się uniknąć emocji i sensacji. Mamy nadzieję, że nasze poparcie dla Rektora i Senatu Śląskiej Akademii Medycznej zasługuje na taki sam tytuł i miejsce w Waszej Gazecie.

**Przewodnicząca  
Miedzyzakładowej Komisji Koordynacyjnej  
NSZZ „Solidarność”  
Śląskiej Akademii Medycznej  
dr n. med. Elżbieta Mansfeld**

do wiadomości:

Dyr. Departamentu Nauki i Kształcenia, Rektor ŚAM, Teleexpress, Aktualności Regionalne TV, Tygodnik „Solidarność”, Regionalna Sekcja Służby Zdrowia, Zarząd Regionu, Poseł Elżbieta Seferowicz, Dziennik „Nowy Świat”

## Spółka Wzrok

Otrzymaliśmy kopię listu, którą drukujemy ze skrótami:

Jelenia Góra, 5.02.1992 r.

*Pan Profesor dr hab. Tadeusz CHRUŚCIEL  
Naczelnik Izby Lekarskiej w Warszawie*

Szanowny Panie Profesorze,  
opublikowany w styczniowym numerze „Biuletynu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej”, skierowany do Pana Profesora list Pani Profesora dr hab. H. Zygielskiej-Mach, wyrażający dezaprobatę autorki w kwestii pozytywnego zaopiniowania możliwości wykonywania zawodu lekarza w Polsce przez okulistów rosyjskich oraz zawierający niewyszukany atak na Panią dr n.med. I. Barczyk, ordynatora oddziału okulistycznego jeleniogórskiego szpitala, poruszył mnie do tego stopnia, że ośmieniam się wypowiedzieć w tej sprawie.

Swoje uprawnienie do tego wystąpienia uzasadniam tym, że od 25 lat jestem pacjentem okulistów; przez ten czas przebywałem w wielu szpitalach, klinikach i przychodniach w Polsce, gdzie stykałem się z lekarzami tej specjalności. (...)

W listopadzie ubiegłego roku byłem pacjentem nowosybirskiej Kliniki Mikrochirurgii Oka, kierowanej przez Pana Prof. Łantucha, gdzie przeszedłem operację rewaskulizacji oka. Jako pacjent mam więc pewien pogląd na sprawy okulistyki, nie tylko w krajowym wymiarze.

Być może moje obserwacje i wrażenia z pobytu i operacji w Nowosybirsku nie będą właściwym wykładnikiem poziomu i fachowości tej kliniki oraz pracujących tam lekarzy, ale muszę powiedzieć, że takiego poziomu wiedzy, oprzyrządowania technicznego i organizacji pracy służb medycznych nie widziałem ani w RFN, ani w USA. Również sam budynek kliniki, jego urządzenie i wyposażenie są na wysokim światowym poziomie. Pan Profesor ŁANTUCH, szef tej kliniki, ma bardzo szerokie kontakty naukowe z całym niemalże światem (USA, Japonia, Singapur i in.) toteż można powiedzieć, że jedynie z pozytkiem dla świata lekarskiego, przede wszystkim zaś dla pacjentów, można by wykorzystać wiedzę i metody nowosybirskich okulistów i mikrochirurgów.

Na koniec pozwolę sobie na krótką refleksję osobistą.

Wykonuję zawód adwokata, tak więc mogę powiedzieć, że znany jest mi mechanizm wykonywania wolnego zawodu, a takim też jest zawód lekarza. Tym bardziej dziwi mnie atakowanie i próba dyskredytowania w oczach środowiska Pani dr Barczyk w sposób, jaki na pewnym poziomie nie

przystoi. Panią dr Barczyk znam osobiście i wiem, że zawód swój wykonuje Ona z wielkim poświęceniem i wiedzą od 33 lat. Przez te lata Pani dr zaskarbiła sobie szacunek, poważanie i wdzięczność pacjentów i współpracowników. Uważam przy tym, że nie jest istotne jakim stylem językowym posługuje się osoba posiadająca niekwestionowaną wiedzę, doświadczenie medyczne oraz stawiającą dobro pacjenta na pierwszym miejscu.

Mam nadzieję, że swoim głosem nie nadwyróżylem cierpliwości Pana Profesora, lecz zapewniam, że ośmieniłem się na zajęcie czasu Pana Profesora tylko dlatego, że z własnych smutnych doświadczeń znam problemy osób dotkniętych schorzeniami wzroku.

Z poważaniem  
Jerzy Dworak

Kopia niniejszego listu przesyłam do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej z prośbą o jego publikację.

aptek, a nie szpitali, czy przychodni.

Podobnie ma się rzecz ze środkami na zwalczanie alkoholizmu i AIDS, które mają jednoznaczne, specjalne przeznaczenie, a tym samym nie powiększają budżetów naszych jednostek i nie wpływają na ich funkcjonowanie.

Budżety MSW, AM i PKP, tzn. jednostek podległych bezpośrednio Ministrowi Zdrowia, nie są nam znane i dlatego również nie mogą byćbrane pod uwagę przy obliczaniu wszelkiego rodzaju wskaźników ekonomicznych. Zresztą, w analizach opracowywanych przez resort - podobne wyliczenia prowadzi się również z wyodrębnieniem budżetów wojewodów od budżetów ministrów.

Środki pozabudżetowe natomiast - wg aktualnego stanu prawnego, praktycznie nie istnieją (z wyjątkiem darowizn), gdyż zakłady pracy nie mają już obowiązku partycipowania w utrzymaniu służby zdrowia, zaś uzyskiwane przez nią dochody nie mogą być odprowadzane na rachunek środków specjalnych.

Zresztą ich wielkość na początku roku, podobnie, jak w/w środków budżetowych, nie jest jeszcze znana, dlatego, choćby z

tego względu, nie mogłyby być brane pod uwagę przy wyliczaniu wskaźnika będącego przedmiotem wątpliwości dr. Pałki.

#### Ad. II.

Za funkcjonowanie służby zdrowia odpowiedzialny jest Wojewoda, gdyż jemu jest ona podporządkowana.

Z uwagi jednak na potrzebę współpracy administracji rządowej z władzami samorządowymi - sytuacja służby zdrowia i wszelkie zamiérzenia z nią związane są szczegółowo omawiane na posiedzeniach Sejmiku, reprezentowanego przez władze terenowe.

Dlatego sugestia zawarta w „oświadczenie”, jakoby podjęte decyzje nie zostały uzgodnione z samorządami, jest również bezpodstawną.

Przedkładając powyższe wyjaśnienia podtrzymuję informacje zawarte w przedstawionym projekcie racjonalizacji działań służby zdrowia woj. wrocławskiego.

**LEKARZ WOJEWÓDZKI**  
lek. chirurg Kazimierz Sroczyński  
Specjalista Organizacji  
Ochrony Zdrowia

URZĄD WOJEWÓDZKI  
we Wrocławiu  
WYDZIAŁ ZDROWIA  
pl. Powstańców Warszawy 1

Wrocław, 1992.02.03.

Pan  
dr n.med. Ryszard MAJ  
Przewodniczący  
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej  
we Wrocławiu

Ustosunkowując się do „oświadczenia” dr Leszka Pałki na temat projektu racjonalizacji działań służby zdrowia o stwierdzam całkowitą bezzasadność zawartych w nim uwag.

#### Ad. I.

Udział wynagrodzeń i pochodnych w ogólnym budżecie służby zdrowia, będącym w dyspozycji Wojewody, wynosi 82%.

Przyjęcie do podstawy wyliczenia elementów wymienionych w „oświadczeniu” nie znajduje podstaw, zarówno ekonomicznych, jak i matematycznych.

Wydatki, o których mowa, finansowane są bezpośrednio przez MZiOS, w cz. 35 - Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, z pominięciem budżetu Wojewody - cz. 85 - budżety wojewodów, i jako takie o nie mogą wchodzić do podstawy w/w wyliczeń.

Np. środki na dopłatę do leków dla ubezpieczonych, przekazywane są sukcesywnie przez MZiOS na konto Wydziału, z przeznaczeniem na refundację wydatków

## Z A W I A D O M I E N I E

**W** poczuciu wielkiej odpowiedzialności za siebie i innych informujemy o terminie tegorocznych **REKOLEKCJI WIELKOPOSTNYCH** dla **PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA** miasta Wrocławia. Termin Rekolekcji został ustalony na III niedzielę Wielkiego Postu, tzn. w dniach od 22-25.03.92 r. w parafii pod wezw. św. Augustyna u OO. Kapucynów przy ul. Sudeckiej. Rozpoczęcie ćwiczeń duchowych o godzinie 19-tej Msza św. z homilią a po niej zostanie przeprowadzona na ukaśta nowa. Na zakończenie Rekolekcji przewidziany jest udział J.E.Ks.Bpa dr. Adama Dyczkowskiego i księży kapelanów Klinik i Szpitali miasta Wrocławia.

Nauki rekolekcyjne poprowadzi Ks. EUGENIUSZ DUTKIEWICZ z Gdańską, znany duszpasterz służby zdrowia miasta Gdańską oraz czynnie zaangażowany w rozwój HOSPICJUM na terenie całego kraju.

## Z A P R A S Z A M Y

**Ks. Józef Gruszka**  
kapelan

# FIRMA „GRYF”

## PIECZĄTKI

tradycyjne, w automatycznych oprawach, w etui wykonywanie ekspresowe!

## DRUKI

recepty, blankiety firmowe, wizytówki i inne czarne i kolorowe

## KSERO

usługi kserograficzne w formatach A-3 i A-4, przy większych nakładach udzielamy rabatu

Wrocław, ul. Boya-Żeleńskiego 8a  
tel. 25-20-09

## Wojewódzki Zespół Sanatoryjno-Szpitalny Leczenia Zeza i Niedowidzenia w Sobótce

ul. Żymierskiego 3, telefon 162-777

organizuje w miesiącach wakacyjnych 2-tygodniowe wczasy dla dzieci zeujących i niedowidzących wraz z ich rodzicami. Zapewniamy noclegi i wyżywienie w najbliższych ośrodkach wczasowych oraz badania i ćwiczenia oczu przez specjalistów naszej placówki. Terminy zgłoszeń do 31 marca 1992 r.

Dyrektor  
lek. med. Krystyna Agopowicz  
Specjalista chorób oczu

# Lekarz obcokrajowiec w Polsce

Lekarze, którzy ukończyli studia w jednym z byłych KDL-ów mają prawo do automatycznego uznania dyplomu za równorzędnego z dyplomem lekarza uzyskanym w Polsce (Konwencja Praska z 7.VI.1972 r., Dz.U. Nr 5 z 1975 r.). Pozostali lekarze w zasadzie powinni noszyskować dyplom w polskich Akademias Medycznych.

Zezwolenie na wykonywanie zawodu lekarza wydaje Minister Zdrowia i Opieki Społecznej na podstawie wniosku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej pozytywnie zaopiniowanej przez Okręgową Izbę Lekarską. Zezwolenie to uprawnia obcokrajowca do wystąpienia do wybranej Okręgowej Izby Lekarskiej o wydanie zaświadczenie zezwalającego na wykonywanie zawodu lekarza w Polsce. Zaświadczenie to („prawo praktyki”) może zawierać ograniczenie miejsca pracy i termin ważności. Załatwienie wszystkich formalności trwa parę tygodni i tylko wyjątkowo - parę miesięcy.

Zdarza się, że obcokrajowiec-lekarz, a zwykle jest to obywatel (byłego?) ZSRR, pisze podanie do ministra zdrowia, że jego marzeniem jest praca w Polsce i zarazem podniesienie na wyższy poziom opieki zdrowotnej w Polsce. Na tej podstawie otrzymuje drogą pocztową niezwykle cenny dokument, jakim jest zaproszenie na przyjazd na rozmowę kwalifikacyjną do Polski. Zaopatrzony w „putiówkę” i wspomniane zaproszenie, przekracza granicę poza kolejnością, bez wielodniowego oczekiwania. Często już następnego dnia, niekiedy nawet bez śladowej znajomości języka polskiego („przecież wszyscy obowiązkowo uczą się języka rosyjskiego”), domaga się prawa wykonywania zawodu lekarza w Polsce.

Nie wszyscy jednak takie zezwolenie otrzymują. Brak zezwolenia z reguły nie przeszkadza w podjęciu czynności zawodowych. Wydatnej pomocy udzielają różne fundacje, spółki i firmy prywatne. Wystarczy przejrzeć działy ogłoszeń gazet warszawskich. Można się poddać leczeniu metodami medycyny naturalnej (zatem my badamy i leczymy metodami medycyny nienaturalnej? sztucznej?) - chińskiej, koreańskiej, mongolskiej i tybetańskiej. Ostatnio można uzyskać niekonwencjonalną, manualną pomoc według zasad medycyny syberyjskiej (nareszcie Polacy nie muszą odbywać dalekiej podróży na Syberię w zaplombowanych, bydlęcych wagonach, aby zapoznać się ze wspaniałymi metodami „lecznictwa syberyjskiego”). Superspecjaliści zajmują się akupunkturą, akupresurą, masażami wschodnimi (!), ziołolecznictwem i psychoterapią. Uczę jak należy się samoregulować i wykorzystywać własną osobę do leczenia samego siebie! Inni „lekarze” polepszają wzrok i słuch, przyśpieszają naukę języków obcych (ale sami nie potrafią nauczyć się języka polskiego), leczą na odległość z fotografii. Żyłą działalność przejawiają również specjaliści od leczenia głodem albo uzdrawiającym ogniem.

Przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 4.12.1991 r.

Od redakcji:

W sprawie renegocjowania Konwencji Praskiej Rada DIL podjęła uchwałę kierując odpowiedni wniosek do Naczelnej Izby Lekarskiej.

## Towarzystwo Osiągania Ludzkich Możliwości

pragnie stworzyć we Wrocławiu ośrodek na wzór istniejący w Filadelfii i Bridgewater, kontynuujący profilowaną przez Wojewódzką Poradnię Mózgowych Porażeń Dziecięcych (Wrocław, ul. Gwiaździsta) rehabilitację zgodnie z zasadami metody Domana, przeprowadzający wszechstronne i równoczesne badania dzieci, by dla każdego ustalić indywidualny program rehabilitacyjny.

Zainteresowanych informujemy, że list ze szczegółowym opisem sytuacji istniejącej Poradni i wizji planowanego ośrodku jest do wglądu w redakcji Biuletynu.

Informujemy, że posiadamy również - do wglądu dla zainteresowanych - opracowanie prof. dr Mardret Feldkamp „Metodę usprawniania mózgowego porażenia dziecięcego wg Domana. Neurofizjologiczne założenia terapii”.

# Przerowadzka do Francji

Witold Cezary Kapuściński

**W**listopadzie 1990 r. zostałem zaproszony na zebranie Komisji Zakładowej „Solidarność” AM we Wrocławiu, gdzie pod presją dawnych kolegów i przyjaciół wyrzuciłem z siebie opowieść o tym co robię od sierpnia 1982 r. i jakie wynikają z tego wnioski ogólne. Wysoka komisja jednak nie zadowoliła się słowem mówionym, kazali mi coś napisać, a więc napisałem:

Nie jestem kimś zupełnie nowym na łamach „Naszym Zdaniem”, bo już w 1981 r. zamieściłem tam kilka artykułów, w których starałem się możliwie barwnie opisać otaczający mnie bezsens. Zachwalając uroki absurdum, działań pozorowanych i osiągnięć fasadowych spodziewałem się sprawić ówczesnym władzom sporo radości a sobie zapewnić szybki awans socjoprofesjonalny. Reakcja władz był opaczna. Zamiast mi podziękować w ten czy inny sposób, zapakowały mnie po prostu do pudła, na 3 miesiące, wykorzystując do tego istniejący stan wojenny.

Obecnie, po 10 latach mam więc znów coś napisać do tej gazety. Tym, którzy mnie nie znają, wyjaśniać muszę co robiłem, gdy mieszkałem w Polsce. Otóż do sierpnia 1982 r. byłem pracownikiem usługowo-naukowo-dydaktycznym AM we Wrocławiu. Zasadnicze więc moje zajęcie polegało na zapisywaniu papieru formatu A-4. W pocie czoła tworzyłem ambitne plany prac, kwiecte sprawozdania i genialne prace naukowe. Ta pisanina, mało szkodliwa dla postępu cywilizacji ogólnej, nie była aż tak bezsensowna, jak by się zdawać mogło na pierwszy rzut oka. Odnosne władze były na zapisany papier niesłychanie łakome. Zamiast więc do punktów skupu, oddawałem moje wyroby owym władzom, co zapewniało mi względnie bezpieczną egzystencję a także powolne wspinanie się po szczeblach kariery profesjonalnej aż do stopnia bodajże adiunkta naukowego. W miarę jednak jak się wspinałem, czynność ta przynosiła mi coraz to mniej zadowolenia, bo blokowała mi możliwość zajęcia się czymś ciekawym lub czymś pozytycznym, lub chociaż dobrze płatnym.

W sierpniu 82' przeniosłem się więc do Francji. Dzięki uprzejmości znajomego Profesora uzyskałem punkt oparcia w postaci pół etatu szpitalnego w Klinice Ocznej Uniwersytetu w jednym z miast francuskich, co wystarczyło całkowicie na skromne utrzymanie i pozwalało mi zająć się poważnie problemem uzyskania pozwolenia na

zawodowe i samodzielne leczenie oczu na terenie Francji.

Po pewnym czasie okazało się, że moja bezprzydatność dla tubylczej ekipy okulistycznej nie jest absolutna. Nie mając praktycznie żadnych obowiązków mogłem całymi dniami śleźać nad oczami króliczymi, usiłując wydzieć zamknięte w nich tajemnice przyrody. Było to ciekawe, pozyteczne dla przyszłych pokoleń i nawet doraźnie opłacalne finansowo. Niestety, uzyskanie stabilizacji zaowodowej i finansowej na bazie tego zajęcia okazało się niemożliwe. Gdy więc w 1985 r. uzyskałem niezbędne papiery, zacząłem szukać pracy, która mogłaby zapewnić mi długotrwałe korzyści materialne. Dostać w miarę godziwą posadę w jakimś szpitalu było raczej niemożliwe, bo lekarze miejscowi posiadali lepsze papiery. Wejście w sektor prywatny utrudniał brak kapitału, a także nieznajomość zasad funkcjonowania tego sektora i panujących tam zwyczajów.

Mimo to, na początku 1987 r. wziąłem pożyczkę i zakupiłem klientelę od lekarza, który zamierzał się przenieść. Dnia 1 lutego 87 r. zacząłem więc pracować jako okulista na swoim terenie i jednocześnie zacząłem uczyć się w przyspieszonym tempie podstawowych zasad funkcjonowania prywatnego przedsiębiorstwa medycznego.

Główna zasada, której tu trzeba ściśle przestrzegać brzmi: „mój klient to mój pan”. Dobry lekarz nigdy nie zapomina, że nawet najbardziej wymagający, bezczelny i agresywny klient to jego dobro, o które trzeba zabiegać, aby nie poszło do sąsiada-konkurenta. Inaczej mówiąc - w razie potrzeby należy urobić się i nagadać, ale klient musi opuścić gabinet ZADOWOLONY (!) i pełen szczerzych chęci powrotu i przeprowadzenia wszystkich swoich krewnych i znajomych.

Oczywiście, każdemu należy dać jakąś diagnozę. Może to być: osłabienie ogólne, brak witamin, przewianie, cholesterol, niedobór magnezu, spazmofilia, alergia i depresja. Każdemu klientowi należy zapisać jakieś leki. Nie wolno tu być oszczędnym, wręcz przeciwnie, im więcej leków tym lepiej. A jest tu co zapisywać. Potężny przemysł farmaceutyczny oferuje na każdą dolegliwość dziesiątki przeróżnych pigulek i kropli.

Ani rozpoznań, ani też leków nie należy rozdawać w sposób przypadkowy. Wręcz przeciwnie, muszą być one starannie

dopasowane do oczekiwania klienta i jego poziomu intelektualnego.

Ani rozpoznań, ani też leków nie należy rozdawać w sposób przypadkowy. Wręcz przeciwnie, muszą być one starannie dopasowane do oczekiwania klienta i jego poziomu intelektualnego.

Zarówno w czasie badania, jak i podczas zapisywania baterii leków, dobry lekarz nieustannie mówi. Celem tego słotoku jest rozwijanie u klienta zainteresowania funkcjonowaniem własnego organizmu i rozbudzanie lęku przed czującychymi na chorobami.

W tym miejscu wyjaśnić muszę, że opisane sposoby leczenia pacjenta (obsługiwanie klienta) nie powstały z chęci zysku lecz z instynktu samozachowawczego lekarzy. W typowym przedsiębiorstwie lekarskim 60% dochodu brutto zużyte zostaje na pokrycie kosztów funkcjonowania przedsiębiorstwa. Koszty te są stale czyli zupełnie niezależne od ilości klientów. Pozostałe około 40% dochodu to dochód netto czyli zarobek lekarza. Jak łatwo obliczyć, na takim układzie już 20% spadek klienteli powoduje 50-procentowy spadek zarobku lekarza. Od lekarza pracującego stale pod takim batem ekonomicznym trudno wymagać, aby marudnym i zdrowym klientom nie zapisywał pigulek i nie kazał przychodzić do kontroli.

Sumy, które płacą klienci przedsiębiorstwom medycznym zwarcane są im przez państwo za pośrednictwem Ubezpieczalni Społecznej. Oczywiście wydatki te rosną z roku na rok w postępie geometrycznym, podobnie jak rosną straty flakonów i pudełek w szafach obywateli francuskich. Rząd francuski głośno lamentuje z powodu coraz to większej dziury w budżecie, ale zaradzić zhu nie potrafi. Walczyć otwarcie z prywatnym sektorem medycyny lewicowe rządy francuskie nie mogą, bo - coż za paradoks - okazuje się, że w dziedzinie lecznictwa zamkniętego sektor prywatny jest znacznie tańszy niż państwo. Z powodu przerostu biurokracji i zlej organizacji leczenie chorego w szpitalu państwowym kosztuje prawie trzy razy tyle co w prywatnym, który tutaj nazywa się szumnie kliniką.

Na tym kończę moją opowieść i pozdrawiam serdecznie wszystkich znajomych i przyjaciół.

Przedruk z „Naszym Zdaniem” nr 9/1991 r.

---

Dr nauk medycznych Witold C. Kapuściński, absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu, był adiunktem Kliniki Ocznej we Wrocławiu. Był jednym z redaktorów „Naszym Zdaniem” - pisma Komisji Zakładowej NSZZ „Solidarność” Akademii Medycznej (do 13 grudnia 1981), teraz jest jego korespondentem zagranicznym.

Internowany kilka miesięcy w Nysie, od kilku lat na stałe mieszka we Francji, w maleńkim, 15-tysięcznym miasteczku, które nazywa Zielarzewem.

**Terminy dyżurów członków  
Prezydium i spotkań komisji  
problemowych**

**Poniedziałek**

R. Łopuch  
12.00 - 13.30

B. Bruziewicz-Miklaszewska  
13.00 - 15.00

**Wtorek**

M. Jagas  
14.00 - 15.00

J. Kasprzak-Wójtowicz  
13.00 - 15.00  
W. Bendorż  
13.00 - 15.00

**Środa**

Z. Plemieniak  
13.00 - 15.00

**Czwartek**

W. Iwanowski  
10.00 - 11.00

T. Heimrath  
13.00 - 14.00

R. Łopuch  
13.00 - 14.00

M. Jagas  
14.00 - 15.00

L. Czarnecki  
14.00 - 15.00

A. Pawlak

**Piątek**

T. Bujko  
11.30 - 13.30

**Radca prawny**  
mec. M. Koziółek  
wtorek - czwartek  
13.00 - 15.00

**Spotkania Komisji**

Komisja Legislacyjna  
parzyste wtorki

Komisja Kształcenia  
1 piątek miesiąca

Komisja Współpracy z Zagranicą  
3 piątek miesiąca

Terminy spotkań pozostałych  
Komisji bez zmian

**Wykaz lekarzy, którzy otrzymali prawa wykonywania zawodu  
w miesiącu lutym 1992 r.**

**Wrocław**

1. Roman Czyżewski  
Wrocław, ul. Staffa 50  
ZOZ Krzyki

2. Anna Kadecka  
Wrocław, ul. Inżynierska 58/14  
ZOZ Jelcz-Laskowice

3. Marita Marszalska  
Wrocław, ul. Bajana 24/20  
Klinika Chorób Wewnętrznych

4. Katarzyna Grabarczyk  
Wrocław, ul. Monte Cassino 1/1

5. Wojciech Sulka  
Wrocław, ul. Jackowskiego 61/20  
Specjalistyczny Szpital Zespolony

6. Marta Rzeszutko  
Wrocław, ul. Kopernika 16/2  
Zakład Anatomii Patologicznej AM

7. Elżbieta Zwolska  
Wrocław, ul. Lidzbarska 11  
Wrocławski Rejonowy ZOZ

lek. dent.

1. Jolanta Markiewicz  
Wrocław, ul. Kuźnicza 43/45 m 5

2. Ryszard Kaczyński  
Wrocław, ul. Stolarska 77  
emeryt

3. Joanna Grabarczyk  
Wrocław, ul. Monte Cassino 1/1

**Legnica**

lek. dent.

1. Lidia Barys  
Lubin, ul. Leśna 24  
ZOZ Lubin

**Jelenia Góra**

lek. med.

1. Danuta Rozbicka  
Lubań, ul. Łużycka 41A/5  
ZOZ Lubań

2. Elżbieta Wawszczyk  
Wrocław, ul. Kapliczna 2/11  
ZOZ Lubań

3. Mariusz Wapiński  
Lubań, pl. Lompy 4/18  
ZOZ Lubań

4. Janusz Zabłocki  
Trójca 93, woj. jeleniogórskie  
ZOZ Zgorzelec

lek. dent.

1. Beata Paruzel  
Lubań, ul. Dymitrowa 4  
ZOZ Lubań

**Wałbrzych**

lek. med.

Dariusz Pinkiewicz  
Świdnica, ul. Henryka Pobożnego 6/9  
ZOZ Nowa Ruda

lek. dent.

Beata Mięciel  
Ząbkowice Śl., ul. Świerczewskiego 54  
ZOZ Ząbkowice Śl.

Z wielką przyjemnością informujemy, że na Krajowym Zjeździe Norweskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Oslo, w listopadzie 1991 r., Barbara Gąsior-Chrzan, lekarka z Wrocławia, otrzymała doroczną nagrodę - stypendium firmy Hoffmann - La Roche, w wysokości 25 000 koron, za badania poświęcone roli lizozymu w chorobach skóry.

Jest to bardzo duże i prestiżowe wyróżnienie, przyznawane raz w roku, jednej osobie, po szczegółowym zapoznaniu się Komisji z wynikami prac badawczych wielu kandydatów.

**WYDAWCA:** DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA 53-333 Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 22-50-56, 22-50-57. Konto BGŻ Wrocław 893022-9537-132-1.  
**Komitet redakcyjny:** W. Bednorz — redaktor naczelny, J. Bromirska, A. Głowacki, J. Piekarski, U. Pudys, T. Wilniewczyc — korekta.

**Redakcja zastrzega sobie prawo skracania materiałów oraz zmian w tytułach.** Numer zamknięto 28.02.92 r.

Opracowanie graficzne i projekt winiety: Piotr Kawecki.

Skład komuterowy: Orpha sp. z o.o., tel. 44-90-65.

Druk: Agencja Wydawnicza Apla.

Izba Rzemieślnicza we Wrocławiu  
posiada

**DO  
WYNAJĘCIA  
GABINETY  
LEKARSKIE**

przy ul. Kaszubskiej 4  
(boczna ul. Pomorskiej 4).

Szczegółowe informacje - tel. 44-86-91 wew. 68, 74 lub osobiści w siedzibie Izby we Wrocławiu, Pl. Solny 13.

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

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

Biuletyn w swoim założeniu jest miesięcznikiem, a jego adresatem jest około 8000 lekarzy z województw: jeleniogórskiego, legnickiego, wałbrzyskiego, wrocławskiego.

**Aktualny cennik:**  
ogłoszenia drobne - 3000 zł za słowo,  
ogłoszenia duże - 5000 zł za cm<sup>2</sup>.

Zastrzegamy sobie prawo zmiany cen.

# Czy zasadne było przyznanie odszkodowania?

Barbara Świątek

**60**

letni mężczyzna - późniejszy powód w procesie cywilnym - zatrudniony był w charakterze palacza centralnego ogrzewania. Od wielu lat leczył się w Poradni Ogólnej i rozpoznano u niego miażdżycę tętnicy głównej i naczynie wieńcowe serca, nadciśnienie tętnicze krwi, przebyty (13 lat wcześniej) zawał mięśnia sercowego, chorobę wieńcową serca, zmiany zwydrodnienniowe stawów i przewlekłe zapalenie oskrzeli. Lekarz leczący go nie uważa, by stan zdrowia stanowił przeciwwskazania do wykonywania pracy palacza w malej kotłowni.

Pewnego dnia, gdy w godzinach popołudniowych przeszedł do kotłowni zmiennik, powód siedział na krześle i skarzył się na bóle i zawroty głowy. Już wcześniej - od około 2 miesięcy - skarzył się na podobne dolegliwości, ale w tym dniu nasilenie ich było znaczne. Wezwano żonę, która zabrała powoda do domu. Na drugi dzień udali się do lekarza neurologa. Miesiąc wcześniej lekarz ten (do którego powód zgłosił się jeden raz) odnotował skargi na zawroty głowy, podwójne widzenie a w badaniu „objaw Romberga”, ściąga w stronę prawą, objawy oponowe ujemne, odruchy wygórowane”. Badanie neurologiczne wykonane po raz drugi nie wykazało uchwytnych zmian - lekarz odnotował skargi na bóle i zawroty głowy oraz nieco podwyższone ciśnienie krwi. Udzielił kilka dni zwolnienia z pracy, skierował do badań dodatkowych. W kolejnych dniach wykonano jeszcze dwukrotnie badanie neurologiczne (w różnych ośrodkach) i po 8 dniach od pierwszej wizyty, wobec utrzymujących się dolegliwości, skierowano powoda do obserwacji szpitalnej na oddział neurologiczny.

Przy przyjęciu do szpitala powód podał, że tydzień wcześniej wystąpiły u niego nagle bóle i zawroty głowy, drętwienie prawej połowy twarzy, podwójne widzenie, zaburzenia mowy. W badaniu fizykalnym stwierdzono dobry stan ogólny, niewielkie zwykłe ciśnienia krwi a w badaniu neurologicznym: „zaznaczony niedowład połowiczny prawostronny i zaburzenia mowy”. W badaniu okulistycznym stwierdzono przewlekłe zmiany związane z miażdżycą tętnic. W badaniu TK głowy - „uogólnione zaniki korowo-podkorowe obu półkul mózgu, poza tym prawidłowy

stan mózgowia i przestrzeni płynów wewnętrzczaszkowych”. W badaniu eeg stwierdzono zmiany uogólnione - zmiany ogniskowych nie zarejestrowano.

Po miesięcznym leczeniu powoda wypisano ze szpitala z rozpoznaniem ostatecznym: rozsiany proces miażdżycowy, naczyniopochodne uszkodzenie pnia mózgu, prawostronny niedowład połowiczny.

Po wyjściu ze szpitala powód kontynuował leczenie w Poradni Neurologicznej. Lekarka wpisała do historii choroby rozpoznanie szpitalne. Po pewnym czasie rozpoznanie skróciła do przebytego „udaru mózgowego” a następnie „wylewu krwi do mózgu”. Badanie neurologiczne, przeprowadzone w 8 miesięcy po leczeniu szpitalnym, wykazało:

„niedużego stopnia niedowład połowiczny prawostronny i objawy pozapiramidowe w postaci przymusowych ruchów żuchwy”.

Powód ubezpieczony był od następstw nieszczęśliwych wypadków w PZU. W myśl obecnie obowiązujących przepisów ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, cytuję: „obejmuje ponadto odpowiedzialność za zawały serca i udary mózgu” (Obwieszczenie Prezesa PZU z dnia 17 stycznia 1990 r. - załącznik nr 1, 6 - Monitor Polski 7/90, poz. 53). W przypadku tych schorzeń - niezależnie od okoliczności zachorowania - PZU wypłaca jednorazowe odszkodowanie w zależności od wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu. Na marginesie: takie globalne traktowanie tych schorzeń, zwłaszcza w odniesieniu do definicji nieszczęśliwego wypadku (5 cyt. przepisu: „za nieszczęśliwy wypadek uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł”) - wydaje mi się co najmniej kontrowersyjne, ale jeżeli kondycja materialna PZU pozwala na wypłacanie takich odszkodowań, tym lepiej dla osób ubezpieczonych.

Wracając do przypadku - lekarka przychodni wypełniając druk zgłoszający wypadek podała, że powód przebył „udar mózgowy”. Lekarze zaufania PZU przyjęli istnienie u powoda 70% trwałego uszczerbku na zdrowiu (związanego oczywiście z przebytym udarem) i powód otrzymał bardzo wysokie odszkodowanie. Po jego uzyskaniu powód doszedł do logicznego wniosku, że skoro zachorował w pracy, a

# Czy zasadne było przyznanie odszkodowania?

dokończenie ze str. 19

zachorowanie było „nieszczęśliwym wypadkiem” - to wypadek ten był wypadkiem przy pracy i z tego tytułu należał mu się dałkowe świadczenia m.in. jednorazowe odszkodowanie od Zakładu Pracy. Na żądanie powoda powołano w zakładzie pracy komisję, która sporządziła Protokół ustalenia przyczyn i okoliczności wypadku przy pracy i po zasięgnięciu opinii lekarza neurologa nie przyjęła, by zachorowanie powoda było wypadkiem przy pracy, tj. spowodowane było przyczyną zewnętrzną, związaną z pracą. W opinii lekarza neurolog przyjął, że powód cierpi na samoistne, przewlekłe schorzenie w postaci uogólnionej miażdżycy naczyń, w tym naczyń mózgowych, z naczyniopochodnym, uogólnionym uszkodzeniem mózgu, objawiającym się zanikiem korowo-podkorowym z zespołem piramidowo-pozapiramidowym, nie miał natomiast u niego miejsca udar mózgowy. Lekarz nie przyjął także związku przyczynowego pomiędzy rozpoznawanym schorzeniem a wykonywaną pracą. Powód nie zgodził się z wnioskami komisji i skierował sprawę do Sądu Pracy. Sąd zaczął opracowanie stosownej opinii sądowo-lekarskiej Zakładowi Medycyny Sądowej. Zespół Opiniujący tego Zakładu wydał - przy współudziale specjalisty neurologa - opinię, podzielającą stanowisko poprzedniego biegłego. Nie ulegało bowiem wątpliwości, że zachorowanie powoda nie zostało spowodowane nagłym (a więc jednorazowym) zdarzeniem, stanowiącym w myśl definicji wypadku przy pracy z e w n e t r z n ą przyczynę zachorowania. Zachorowanie spowodowane było przyczyną w e w n e t r z n ą.

Czy powodowi należało się odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków? Według mnie nie - uzyskał je tylko dzięki rozpoznaniu u niego przez lekarkę przychodni udaru mózgowego - przy czym rozpoznanie to było niczym nieuzasadnione i niezgodne z rozpoznaniem postawionym w szpitalu. Lekarka nie miała prawa do takiego sformułowania rozpoznania; sądzę, że po prostu nie przywiązywała wagi do ścisłości rozpoznania i nie zdawała sobie sprawy z ewentualnych skutków takiego postępowania. Uważam, że nawet jeśli lekarz praktyk nie w stanie śledzić zmieniających się szybko - zwłaszcza ostatnio - przepisów prawnych, musi być ścisły i rzetelny w działalności orzeczniczej, bo tylko wtedy nie narazi siebie i innych na konflikt z prawem.

Barbara Świątek

## Drogi Chochliku!

Czytając swój list do Ciebie z przerażeniem zwróciłem uwagę na dwa błędy w nim zawarte.

Jeden z całą pewnością popelniłem ja, otóż „foci encephalomalatici focales” to oczywiste masło maślano!

Natomiast drugi - nie wiem, czy jest moim błędem czy też błędem drukarskim. Nie jest to tak bardzo istotne, ważne że został popelniony, oczywiście „suspicio” a nie „suspirio” - przepraszam.

Z poważaniem  
dr Michał Jeleń



# ZAPISKI EMERYTA

Może jest to oznaką starości, ale wydaje mi się, że kiedyś wszystko było lepsze. W zależności od wieku moich kolegów to magiczne „kiedyś” przesuwa się w czasie o kilkanaście lat w jedną lub drugą stronę. Jest oczywiście przekleństwem ludzi w pewnym wielu, że za dużo pamiętają z przeszłości. Ja osobiście pamiętam przedwojenne kasy chorych. Lekarze byli godziwie opacani, zachowany był pewien standard opieki zdrowotnej, ludzie płacili ubezpieczenia. Praca w Kasie Chorych podnosiła prestiż lekarza. Na wzorcu polskich kas chorych wiele krajów oparło swoje systemy ubezpieczeniowe. Sądzę, że obecnie większość lekarzy jest przekonana, że powinno się wprowadzić podobny model w naszym kraju. Kasy Chorych lub inne firmy ubezpieczeniowe łącznie powiązane z siecią gabinetów prywatnych - jest to system, o którym marzy każdy lekarz. I żaden minister w moim przekonaniu nie zdążył nam tego wybić z głowy. Oplata mogłaby być zróżnicowana - niższa za pewien minimalny standard świadczeń, wyższa także za usługi specjalistyczne. Pośrednio takie rozwiązań wymusiliby dbanie o własne zdrowie i szacunek dla pracy służby zdrowia. Unaoczniby także wszystkim jak drogie są usługi medyczne. Społeczeństwo przez swoich przedstawicieli może dokonać świadomego wyboru takiego lub innego modelu opieki zdrowotnej. Takie jest jego prawo! Tymczasem odnoszę wrażenie, że parlamentarzyści, Rząd RP i Prezydent chowają głowy w piasek, w którym od dawna cały zagrzebany siedzi Minister Mierzewski.

A jakieś to dobre były kiedyś czekoladki Piseckiego, wódki Baczewskiego - ale to już chyba starcze majaczenia.

dr Józef - emeryt

czy zostawiliśmy coś w jamie brzusznej  
OPEROWANEGO WYKAZE SEKCJA ZWŁOK ...

