



BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

MAJ 1993

6

**W CZERWCU
WYBORY**

16

**WROCŁAWIANIN
W GHADAMESH**

10

**JA JAKO
LEKARZ**

11

**SZPITAL W
TRZEBNICY**

15

**NOWE ZASADY
OGŁASZANIA
SIĘ**

LEKARZE STRAJKUJĄ

Sytuacja w służbie zdrowia dramatycznie pogarsza się z miesiąca na miesiąc. Zadłużenie przychodni i szpitali mniej więcej dwukrotnie przekroczyło już sumę z końca ubiegłego roku. Postępuje dekapitalizacja sprzętu, droższą lekami, rząd nie wywiązuje się z nakazanej mu przez parlament indeksacji płac, trwają ciągle przetargi polityczne o przyszły kształt reformy.

Oświadczenia w sprawie akcji protestacyjnej w służbie zdrowia: Rady Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, NSZZ „Solidarność” Służby Zdrowia, Rady Wojewódzkiej Federacji Zw. Zaw. Pracowników Ochrony Zdrowia oraz Ruchu Wolnych Demokratów – czytaj na s.3



Manifestacja pracowników służby zdrowia, oświaty i kultury we Wrocławiu, 13 maja Fot. K. Pajdzik

RADA OCHRONY ZDROWIA PRZY PREZYDENCIE

Z propozycją, aby została powołana RADA OCHRONY ZDROWIA PRZY PREZYDENCIE wystąpili przedstawiciele Dolnośląskiej Izby Lekarskiej (podczas wizyty Lecha Wałęsy 16 kwietnia we Wrocławiu). Przemówienie wiceprezesa DIL – Ryszarda Łopucha oraz fotoreportaż – s. 8-9

Spotkanie przedstawicieli izb lekarskich – saksońskiej i dolnośląskiej

O tworzeniu samorządów lekarskich w Polsce i w Niemczech, ich organizacji, programie działań, problemach lekarzy w nowym systemie polityczno-społecznym oraz możliwościach współpracy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej i Saksońskiej Izby Lekarskiej mówiono na spotkaniu w zgorzeleckim domu Kultury, 24 kwietnia.

dalszy ciąg na str. 5

**SPIS TREŚCI - „BIULETYN”
- MAJ**

**OŚWIADCZENIA W SPRAWIE
AKCJI PROTESTACYJNEJ.....3**

Dolnośląska Izba Lekarska
NSZZ „Solidarność” Służby Zdrowia
Wojewódzka Federacja ZZ POZ
Ruch Wolnych Demokratów.....6

ARTYKUŁY – WYWIADY

M. Myśkow: W czerwcu
wybory!.....6
K. Pajdzik: Rada Ochrony Zdrowia
Przy Prezydencie.....8
J. Bielawski: Ja jako lekarz.....10
W. Bednorz: Szpital w Trzebnicy.....11
A. Wojnar: Wrocławianin w
Ghadamesh.....16
K. Pajdzik: Spotkanie przedstawicieli
izb lekarskich – saksońskiej i
dolnośląskiej.....12
A. Gubiński: Etos lekarza.....14
K. Pajdzik: Nowe zasady
ogłaszania się.....15
A. Kubów: Jak przeciwdziałać
kryzysowi zdrowotnemu?.....18
B. Świątek: Co to jest czyn
lubieżny?.....20
Z. Abraszko: Pierwsze kroki.....21
Rozporządzenie MZIOS w sprawie
orzekania o czasowej niezdolności
do pracy.....23
B. Gąsior-Chrzan: Wakacje w
Norwegii.....26
Zapiski emeryta.....32

Z PRAC PREZYDIUM I RADY DIL

Sprawozdanie z posiedzeń.....4
Sprawozdanie z Walnego
Zgromadzenia.....5

Z ŻYCIA AKADEMII.....7

Ważne dla kandydatów na lekarzy
Dodatek usługowy

LISTY.....27

List otwarty
Stypendia niemieckie
Posłowi rada

WHO IS WHO?.....30

ROZMAITOŚCI

Stypendia i staże zagraniczne.....22
Ogłoszenia o pracy.....28
Stopnie specjalizacyjne
uzyskali.....31
Rozrywka32

Terminy dyżurów członków Prezydium i spotkań komisji problemowych

Poniedziałek

R.Łopuch (wiceprezes, przew. Kom. ds.
Reformy Służby Zdrowia i Współpracy z
Samorządem Terytorialnym) 12.00-13.30
B.Bruzewicz-Miklaszewska (przew. Komisji
Współpracy z Zagranicą) 13.00-15.00

Wtorek

A.Szmida (skarbnik) 13.00-15.00
J.Kasprzak-Wójtowicz (przew. Komisji
Legislacyjnej) 13.00-15.00
W.Bednorz (prezes DIL) 13.00-15.00
M.Myśkow (sekretarz DRL) 13.00-15.00

Środa

Z.Plamieniak (wiceprezes DRL) 13.00-15.00

Czwartek

W.Iwanowski (członek DRL) ... 10.00-11.00
R.Łopuch 13.00-14.00
A.Kowalisko (przew. Kom. Kształcenia)
..... 14.00-15.00
M.Jagac (członek DRL) 14.00-15.00
L.Czarnecki (członek DRL) 14.00-15.00
R.Maj (wiceprezes DRL, przew. Kom.
Organizacyjnej) 10.00-11.00
J.Piekarski (przew. Zespołu ds. Prywatnych
Praktyk oraz Kom. Stomatologicznej)
..... 10.00-14.00

Piątek

T.Bujko (przew. Kom. Socjalnej)
..... 11.30-13.30

Radca prawny DIL – B. Kozyra-Lukasiak
poniedziałek, wtorek 13.00-15.00

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

Przewodniczący Dolnośląskiego Sądu
Lekarskiego – L.Zynda
środa 14.00-15.00

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

**Spotkania komisji i zespołów proble-
mowych**

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

**Dyżury członków Lekarskiej Kasy
Pomocy Koleżeńskiej**

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

Dyżury redakcji „Biuletynu DIL”
wtorek, piątek 10.00-12.00
czwartek 9.00-11.00

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

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

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

AKTUALNY CENNIK

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

Format	kolor podstawowy (czerw., nieb., złoty)	pełny kolor (na str.: 8, 9, 16, 17, 24, 25)	pełny kolor (zewnątrzna okładka)
1 strona	6200000	9300000	11160000
1/2 strony	3100000	4650000	5580000
1/4 strony	1550000	2335000	2790000
1/8 strony	770000	1167000	1140000

UWAGA!

Ogłoszenia o pracy oraz informacje o konferencjach, spotkaniach, sympozjach
naukowych umieszczamy bezpłatnie.

Istnieje możliwość indywidualnego negocjowania cen.

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

Komitet redakcyjny: W.Bednorz – redaktor naczelny, K.Pajdzik, J.Piekarski, A.Wojnar – zastępca
redaktora naczelnego.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania materiałów oraz zmian w tytułach.
Numer zamknięto 19.05.1993 r.

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

15 kwietnia

Kol. Ryszard Łopuch przedstawił sprawozdanie ze spotkania z przewodniczącym sejmiku samorządowego, prof. Leonem Kiersem. Prof. L. Kiers podjął się mediacji w sporze wrocławskiej służby zdrowia z wojewódzkim wydziałem zdrowia.

Na spotkanie z prezydentem Lechem Wałęsą (16 kwietnia, PZL „Hydra” we Wrocławiu) delegowano kolegów: Włodzimierza Bednorza, Ryszarda Łopucha, Marka Myśkowa, Zdzisława Plamieniaka oraz Andrzeja Szmide. Kol. R. Łopuch przedstawił projekt Rady Ochrony Zdrowia przy Prezydencie. (Patrz: s.8-9)

22 kwietnia

O przebiegu prac Komisji Wyborczej mówił jej przewodniczący – kol. Marek Myśkow. Rada przegłosowała ostateczny skład komisji oraz podjęła uchwałę o przeprowadzeniu wyborów do końca czerwca 1993 roku.

Skarbnik DIL – kol. Andrzej Szmida poinformował zebranych, że w dalszym ciągu niektórzy lekarze nie płacą składek członkowskich, ponieważ są przekonani, że pracodawca obligatornie odtrąca im na ten cel pieniądze.

Rada jednogłośnie zdecydowała przeznaczyć 20 mln zł na zakup i zainstalowanie centrali telefonicznej we wrocławskiej siedzibie DIL.

24 kwietnia

Odbędzie się w Zgorzelcu spotkanie Prezydium DIL z przedstawicielami Saksońskiej Izby Lekarskiej. (Patrz: s.12-13)

Kol. Alicja Kowalisko – przewodnicząca Komisji Kształcenia DIL przedstawiła sprawozdanie ze spotkania (7 kwietnia) Komisji Kształcenia NRL z przedstawicielami okręgowych izb lekarskich. Dyskutowano nad nowym programem specjalizowania się oraz programem kształcenia lekarzy rodzinnych. Stwierdzono, że:

– oprócz proponowanej w projekcie formy specjalizacji – rezydentury – powinno wprowadzić się formy alternatywne (przynajmniej początkowo, w okresie przejściowym),

– wydziały szkolenia podyplomowego ciągle nie wiedzą, kiedy i według jakiego programu powinny kształcić lekarzy rodzinnych,

– przy opracowaniu powyższych programów nie konsultowano się z izbami lekarskimi ani towarzystwami naukowymi.

W numerze czerwcowym „Biuletynu” opublikujemy artykuł na ten temat.

6 maja

Dolnośląska Izba Lekarska zwróciła się do Naczelnej Rady Lekarskiej z prośbą o mediację w sporze z wojewodą wrocławskim – powiadomił zebranych kol. W. Bednorz. W Warszawie odbyło się spotkanie poświęcone temu konfliktowi. Uczestniczyli w nim przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej, Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, ministerstwa zdrowia, administracji państwowej, Dolnośląskiej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Federacji Związków Zawodowych Służby Zdrowia. Przeciwnie wojewodzie wrocławskiemu, prof. Januszowi Zaleskiemu wysunięto zarzut naruszenia dwóch ustaw: o izbach lekarskich oraz o związkach zawodowych. Poruszono sprawę odroczenia wrocławskiej służby zdrowia w grudniu 1992 roku. Według kol. W. Bednorza wojewoda wrocławski skonsolidował przeciwko sobie wszystkie organizacje służby zdrowia.

Dolnośląska Izba Lekarska przygotowuje się do seminarium organizowanego wspólnie z firmami komputerowymi, które odbędzie się 3 czerwca we wrocławskiej siedzibie DIL. Seminarium będzie poświęcone problemom komputeryzacji placówek służby zdrowia. Udział w nim weźmie m.in. pełnomocnik ministra zdrowia ds. komputeryzacji służby zdrowia – p. Borkowski. Firmy komputerowe przygotowują wystawę, przedstawią swoje oferty oraz pokryją koszty związane z organizacją seminarium.

17 maja w programie telewizyjnym pt.: „Ława” wezmą udział dyrektor

wrocławskiego wojewódzkiego wydziału zdrowia – dr Stanisław Cebrat oraz Ryszard Łopuch

13 maja

Zaproszonej na obrady kol. Zdzisławie Abraszko z Legnicy kol. R. Łopuch wręczył nagrodę w wysokości 2 mln zł za pracę nadesłaną na konkurs „Pierwsze kroki”, ogłoszony przez redakcję „Biuletynu”.

Kol. Lech Czarnecki (delegatura wałbrzyska) omówił przebieg 96. Dni Lekarskich – corocznie organizowanej kilkudniowej konferencji szesnastu niemieckich izb lekarskich.

Odbyła się ona na początku maja br.

Następnie dyskutowano nad pismami:
– zastępcy dyrektora gabinetu wojewody C. Kocińskiego przedstawiającym program działań wojewódzkiej administracji w służbie zdrowia;
– dyrektora wrocławskiego wydziału zdrowia, S. Cebrata.

Zwrócono m.in. uwagę, że w powyższych pismach:

– nie wspomina się o współpracy z samorządem lekarskim;

– zabrania się podejmowania prywatnej praktyki w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym dany lekarz jest zatrudniony;

– wymaga się złożenia oświadczeń przez lekarzy prywatnie praktykujących o miejscu prowadzenia praktyki oraz godzinach przyjęć.

Postanowiono zaprosić dyrektorów zoz-ów na spotkanie (wtorek, 18 maja, godz. 15⁰⁰) poświęcone powyższym problemom oraz obecnej sytuacji służby zdrowia

Uwaga! Kolor tuszu.

Wojewódzki Inspektorat Nadzoru Farmaceutycznego we Wrocławiu, poprzez DIL, uprzejmie prosi P.T. lekarzy o niestosowanie do pieczęci lekarskich czarnego tuszu.

W uzasadnieniu tej prośby podnosi się trudność w kontrolowaniu recept w przypadku stosowania czarnego wizerunku pieczęci (fałszowanie recept przy pomocy technik kserograficznych). Powyższa prośba nie ma charakteru nakazowego.

Jerzy Piekarski

Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia członków Kasy Pomocy Koleżeńskiej przy DIL we Wrocławiu

Walne Zgromadzenie członków Kasy Pomocy Koleżeńskiej otworzyła przewodnicząca kol. Krystyna Gniatkowska-Gładysz, która przywitała zebranych. Następnie, po sprawdzeniu obecności, poinformowała, że w Walnym Zgromadzeniu uczestniczy 25 członków, co nie stanowi quorum. Dla uprawomocnienia Walnego Zgromadzenia odczekano 15 min. Drugą część zebrania rozpoczęto przy tej samej liczbie zebranych.

Program Walnego Zgromadzenia obejmował:

1. Informacje przewodniczącej Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej o dotychczasowej działalności, zamierzeniach, problemach.
2. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.
3. Wolne głosy w dyskusji.

1. Przewodnicząca Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej w sprawozdaniu z działalności Kasy poinformowała zebranych, że aktualna liczba członków wynosi 256 osób, zrezygnowało z członkostwa 18 osób, które wycofały swoje wkłady. Zarząd Kasy zbiera się co miesiąc, w każdą pracującą sobotę na zebraniach, podczas których przyznaje pożyczki nie oprocentowane oraz oprocentowane. Informacje o formach i zasadach przyznawania pożyczek wielokrotnie podawano w „Biuletynie”. W okresie 12. miesięcy działalności Kasy udzielono pożyczki nie oprocentowane 84. członkom Kasy – na ogólną sumę 420 mln zł oraz 25. członkom pożyczki oprocentowane na sumę 890 mln zł. Średnio na jednym spotkaniu zarządu Kasy przyznawano 8-10 pożyczek. Spośród pożyczkobiorców 20 członków nieregularnie spłaca zaciągnięte pożyczki. Zarząd Kasy ze zrozumieniem podchodzi do trudności kolegów, przesuwając terminy płatności. Przy udzielaniu pożyczek bierze się pod uwagę termin składania podania, członkostwo założycielskie, przypadki losowe. W okresie działalności udzielono 5 pożyczek losowych (umotywowanych).

Przewodnicząca poruszyła również

sprawę funduszu pożyczkowego. Uchwaloną na I Zjeździe Delegatów DIL kwotę w wysokości 500 mln zł na pożyczki oprocentowane dla członków Kasy – VI Zjazd odrzucił (27 lutego 1993 r.).

Na zakończenie kol. K. Gniatkowska-Gładysz poinformowała zebranych o trudnościach niektórych kolegów – członków Kasy z wpłacaniem składek i rat pożyczek. Zwróciła się także do zebranych z prośbą o większą aktywność w swoich środowiskach, w celu pozyskania nowych członków, co pozwoli na zwiększenie kwot pożyczek.

Wnioski zebranych przedstawione przez przewodniczącą Kasy:

- o umożliwienie pracownikom etatowym DIL wejście w grono członków Kasy;
- dotyczący zyrantów (drugim zyrantem może być członek DIL).

2. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej przedstawił przewodniczący Piotr Laska. Stwierdził, że w okresie sprawozdawczym Komisja Rewizyjna odbyła dwa spotkania. Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości. Prowadzenie dokumentacji oraz sposób przyznawanych pożyczek Komisja Rewizyjna uważa za zgodny ze statutem.

Komisja Rewizyjna przedstawiła Walnemu Zgromadzeniu kilka propozycji do zaopiniowania:

- umożliwienie otrzymania pożyczki po: uzyskaniu członkostwa, opłaceniu wkładu oraz trzymiesięcznej składki;
- informowanie członków Kasy o zaleganiu ze spłatą składek z jednoczesnym zobligowaniem ich do uregulowania zaległości w ciągu 1 miesiąca;
- wstrzymanie udzielania pożyczek w okresie wakacyjnym, w celu zwiększenia kapitału (2 miesiące);
- comiesięczne publikowanie informacji Kasy w „Biuletynie”;
- kapitalizowanie części składek – przeznaczenie odsetek na pożyczki,

3. Wolne głosy w dyskusji.

Kol. Janusz Morasiewicz zaproponował, aby:

- zarząd Kasy wystąpił do Prezydium DIL z propozycją udzielania pożyczek oprocentowanych jedynie członkom Kasy;
- część składek kapitalizować, a jedynie odsetki przeznaczać na pożyczki, następnie tylko członkom Kasy, z

procentu kapitałowego udzielać „pożyczki darowane”,

- wniosek kol. K. Gniatkowskiej-Gładysz dotyczył pracowników DIL wyłącznie w okresie ich pracy w DIL.

Kol. Helena Balicka zaproponowała udzielać pożyczki niskooprocentowane osobom specjalizującym się.

Kol. Andrzej Wojnar przedstawił trzy propozycje:

- zwiększyć składki ze 100 tys. zł do 200 tys. zł (miesięcznie);
- zwiększyć pożyczki z 5 mln zł do 10 mln zł;
- udzielać pożyczki krótkoterminowe w wysokości 10 mln zł.

Kol. Zbigniew Machaj podał wniosek, by wysłać do wszystkich członków Kasy ankietę z prośbą o zaopiniowanie powyższych postulatów.

Na tym zebranie zakończono.

Komisja Informacyjna DIL uprzejmie prosi wszystkich prywatnie praktykujących lekarzy o szybkie przekazanie aktualnych danych, które są niezbędne do publikacji izbowego, ogólnodostępnego informatora o praktykach lekarskich. Prosimy o poszerzone informacje o podspecjalizacjach, posiadanym sprzęcie oraz preferowanych przez siebie sposobach lub zakresie leczenia. Wspomniane, dodatkowe informacje, będące w sprzeczności z uchwałą Rady DIL o ogłaszaniu się lekarzy, będą opublikowane w dodatkowym, wewnętrznym informatorze, przeznaczonym tylko dla lekarzy, ewentualnie także dla farmaceutów.

Uprzejmie prosimy tych lekarzy, którzy nie wyrażają zgody na publikację swych personaliów o niezwłoczne powiadomienie DIL o takiej decyzji. Brak wspomnianej negacji będziemy traktować jako domyślną zgodę na umieszczenie danych o lekarzu w informatorach DIL.

Jerzy Piekarski

Do przewodniczących kół Komisja Wyborcza zwraca się z apelem o sprawne przeprowadzenie wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy. Najistotniejszą sprawą jest zawiadomienie wszystkich lekarzy zatrudnionych w danym rejonie wyborczym. Należy pamiętać o kolegach emerytach. Lekarze pracujący wyłącznie prywatnie również mają prawo wskazać Wasz rejon wyborczy jako swój.

Przypominamy, że decyzją Zjazdu wybieramy jednego delegata na 20 lekarzy. Wobec licznych zapytań dotyczących § 7, ust. 2 podajemy przykład: 30 lekarzy – 1 delegat, 31 lekarzy – 2 delegatów.

W ramach ogólnej liczby delegatów należy uwzględnić reprezentację lekarzy stomatologów.

W celu ustalenia terminu zebrania jak i we wszystkich wątpliwych sprawach przewodniczący koła zobowiązany jest kontaktować się z wyznaczonym członkiem Komisji Wyborczej.

W wypadku konieczności pomieszczenia kosztów związanych z organizacją zebrania (zawiadomienia, kawa, napoje, wynajem sali) należy – po wyborach – wystąpić z udokumentowanym (rachunki) wnioskiem do Rady DIL o refundację. Zebrania wyborcze na terenie miasta Wrocławia, wymagające dużej sali, należy przeprowadzić w siedzibie DIL przy ul. Matejki 6 – po uprzednim uzgodnieniu z Biurem DIL.

*Przewodniczący Komisji Wyborczej
Marek Myśków*

Zbliża się koniec kadencji

W CZERWCU WYBORY

Zgodnie z uchwałą Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 22 kwietnia 1993 roku do końca czerwca mają być przeprowadzone wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Delegatów, który odbędzie się w październiku.

Powołana Komisja Wyborcza, której przewodniczącym został kol. Marek Myśków rozpoczęła intensywne przygotowania w celu przeprowadzenia wyborów. Wyłoniono również zastępców w poszczególnych delegaturach: wabrzyjskiej – kol. Zbigniewa Adamusa, jeleniogórskiej – kol. Aldonę Białą, legnickiej – kol. Waldemara Jastrzębskiego.

Pierwszy i zarazem najważniejszy etap prac komisji obejmuje ustalenie okręgów wyborczych. Nieocenione usługi oddaje nam w tej pracy system komputerowy DIL. Mimo to komisja napotyka na mnóstwo trudności, zwią-

zane głównie z ustaleniem przynależności kolegów do poszczególnych rejonów wyborczych, w szczególności emerytów, rencistów i pracujących wyłącznie na własny rachunek.

Zwracamy się do wszystkich kolegów z apelem o czynne włączenie się do prac związanych z wyborami na terenie działania kół. W interesie całego środowiska lekarskiego leży wybór najbardziej godnych zaufania kolegów, takich, którzy poświęcą swój czas sprawom i interesom wszystkich naszych kolegów i koleżanek.

W najbliższym czasie prześlemy kolegom materiały dotyczące wyborów.

Liczymy na ścisłą współpracę z Komisją Wyborczą i jej przedstawicielami w terenie.

*Przewodniczący Komisji Wyborczej
Marek Myśków*

Rejon wyborczy
(zebranie wszystkich lekarzy)

– szpital, przychodnia



1 delegat na 20 lekarzy



OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

(około 460 delegatów)



przewodniczący, skład			rzecznik, zastępcy	delegaci na
1. Okręgowa Rada Lekarska	2. Okręgowy Sąd Lekarski	3. Okręgowa Komisja Rewizyjna	4. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	5. Krajowy Zjazd Lekarzy

KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

przewodniczący, skład			rzecznik, zastępcy
1. Naczelna Rada Lekarska	2. Naczelny Sąd Lekarski	3. Naczelna Komisja Rewizyjna	4. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

WAŻNE DLA KANDYDATÓW NA LEKARZY

Celem dopuszczenia do egzaminu wstępnego na *Wydział Lekarski i Oddział Stomatologiczny* należy złożyć dokumenty w Dziekanacie Wydziału Lekarskiego przy ul. Mikulicza-Radeckiego 5

Maturzyści z lat ubiegłych muszą złożyć dokumenty osobiście w terminie do 31 maja 1993 r.

Maturzyści tegorocznicy mogą złożyć dokumenty osobiście lub za pośrednictwem szkoły, a także drogą pocztową do 15 czerwca 1993 r. (decyduje data stempla pocztowego). Oryginał świadectwa dojrzałości można donieść do 30 czerwca 1993 r.

UWAGA: Przekroczenie podanego terminu może spowodować niedopuszczenie do egzaminu wstępnego.

Termin egzaminu wstępnego: 1 i 2 lipca 1993 r.

Limit miejsc na Wydziale Lekarskim – 190, Oddział Stomatologiczny – 70. Każdy z dopuszczeniem do egzaminu wstępnego otrzyma zawiadomienie pisemne o miejscu i czasie egzaminu.

Niezależnie od tego szczegółowe informacje dotyczące miejsca i przebiegu egzaminów wstępnych umieszczone zostaną na tablicach informacyjnych przed budynkiem Rektoratu AM we Wrocławiu przy ul. Pastera 1. Egzamin wstępny na Wydział Lekarski i Oddział Stomatologiczny będzie miał charakter konkursowy. O przyjęciu na studia decydować będzie wyłącznie wynik testu egzaminacyjnego. Egzamin obejmować będzie wiadomości z zakresu biologii, chemii, fizyki oraz wybranego języka obcego (język rosyjski, angielski, niemiecki,

francuski). W ramach przyznanego limitu miejsc przyjęci zostaną bez egzaminu wstępnego laureaci centralnej olimpiady fizycznej, chemicznej, biologicznej i matematycznej, skierowani do uczelni przez

Na egzamin należy przynieść: flamastr, cienkopis, ołówek, gumkę, dowód tożsamości oraz otrzymane zawiadomienie o egzaminie wstępnym.

W czasie egzaminu można korzystać z osobistych kalkulatorów. Informacja o terminie ogłoszenia wyników egzaminu wstępnego podana zostanie w odrębnym zawiadomieniu na tablicy informacyjnej przed Rektoratem AM we Wrocławiu.

Egzamin wstępny na pierwszy rok 1993/94 Wydziału Farmaceutycznego i Oddziału Analityki Medycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu odbędzie się 2 lipca 1993 r. w formie testowej z biologii i chemii, i obejmować będzie zakres materiału obowiązujący w szkole średniej.

Termin składania dokumentów do 15 czerwca 1993 r. w Dziekanacie Wydziału Farmaceutycznego pl. Nankiera 1.

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

Limit miejsc na Wydziale Farmaceutycznym 106, Oddział Analityki Medycznej 40

Zasady rekrutacji na pierwszy rok studiów na Wydziale Pielęgniarskim AM we Wrocławiu w roku akademickim 1993/94:

Egzamin odbywa się 1 i 2 lipca 1993 roku.

Kandydaci na Wydział Pielęgniarski przyjmowani są pod warunkiem:

a) posiadania świadectwa dojrzałości i dyplomu ukończenia średniej szkoły medycznej o kierunku pielęgniarskim lub

położnych.

b) lub po 2-letnim Medycznym Studium Zawodowym.

Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje egzamin wstępny w formie pisemnej, składający się z 7 pytań z każdego przedmiotu, a to:

- anatomii z fizjologią,
- pielęgniarstwa,
- języka obcego (do wyboru z 4 podstawowych).

Ostateczny termin składania dokumentów ustala się na 15 czerwca 1993 r. w Dziekanacie Wydziału Pielęgniarskiego ul. H. Worcella 25

Limit miejsc na ww. Wydział w roku akademickim 1993/94 wynosi 24.

Na wyżej wymienione wydziały wymagane są następujące dokumenty:

1) kwestionariusz dla kandydatów na studia wyższe (do otrzymania w Dziekanacie),

2) Oryginał świadectwa dojrzałości (do 30.06).

3) Badania lekarskie i zaświadczenia lekarskie zezwalające na podjęcie studiów w Akademii Medycznej.

4) Cztery fotografie formatu legitymacyjnego.

5) Osoby, które będą starały się o uzyskanie stypendium, miejsca w Domu Studenckim lub posiłków w stołówce AM, dostarczą odręcznie napisane podanie.

Oплата za egzamin wstępny na pierwszy rok studiów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologicznego wynosi 200.000 zł, Wydziału Farmaceutycznego i Pielęgniarskiego – 150.000 zł.

Wpłaty należy dokonać na konto AM we Wrocławiu, numer konta:

AM-93057-3421-131 NBP – Oddział Okręgowy Wrocław

*rzecznik prasowy AM
dr hab. Andrzej Steciwko*

DODATEK USŁUGOWY

Przedstawiamy list wystosowany na wniosek Koła DIL przy AM do wiadomości: KZ NSZZ „Solidarność” AM, kierownika Działu Kadr AM oraz Związku Nauczycielstwa Polskiego.

W. Panowie
Dyrektorzy
Państwowych Szpitali Klinicznych
Nr 1, 3, 4, 5.

W związku z dyskusją odbyłą z Panami Dyrektorami PSK 1, 3, 4, 5 w kwestii wypłacania dodatku usługowego w okresie nieobecności spowodowanej wyjazdami naukowymi lub szkoleniowymi proponuję:

1. Ujednolicenie postępowania we wszystkich szpitalach PSK.

2. Dodatek byłby wypłacany do 7 dni nieobecności, a za następne 7 dni po wystąpieniu z wnioskiem podpisanym przez kierownika kliniki.

3. Dodatek byłby wypłacany po otrzymaniu przez Dział Kadr Szpitala informacji z Akademii Medycznej o wyjazdach nauczycieli akademickich.

Z poważaniem

*Prorektor ds. klinicznych
prof. dr hab. Tadeusz Heimrath*

RADA OCHRONY



W spotkaniu we wrocławskim „Hydralu” (16 kwietnia 1993 r.) prezydenta Lecha Wałęsy z przedstawicielami komisji zakładowych skupionych w dolnośląskim Regionalnym Porozumieniu NSZZ „Solidarność” – „Sieć” uczestniczyli również członkowie Izby: Włodzimierz Bednorz, Ryszard Łopuch, Marek Myśkow, Zdzisław Plamieniak, Andrzej Szmida oraz Jerzy Czernik.

Z propozycją powołania Rady Ochrony Zdrowia przy Prezydencie wystąpił Ryszard Łopuch. Powiedział:

„Panie Prezydencie! Szanowni Państwo! Jestem przewodniczącym Komisji Zakładowej ZOZ Fabryczna Służba Zdrowia. Reprezentuję służbę

zdrowia – największy zakład w całym kraju, zatrudniający 650 tys. ludzi, mający olbrzymi majątek narodowy. Wszyscy państwo jesteście lub będziecie naszymi pacjentami.

Sytuacja wydaje się tragiczna, a jednak na tego typu spotkaniach nie mówi się o tym. Szanowni Państwo, w tym zakładzie w ciągu czterech lat nie nastąpiły żadne zmiany restrukturyzacyjne. Jedyne reformator to Ministerstwo Finansów, które co roku zmniejsza zatrudnienie oraz ilość pieniędzy na podstawową działalność. Brakuje na jedzenie dla pacjentów, na leki, na wszystko...

Przez cztery lata nie dorobiliśmy się jednej dobrej ustawy, która nie byłaby oderwana od realiów życia zakładów opieki zdrowotnej. Zamiast tego zaczynają się kłótnie i bójk polityczne: która partia preforsuje swojego kandydata na wiceministra czy ministra, która partia poprze ustawę o kasach chorych. Skąd my to znamy... We wszystkich województwach jest podobnie.

Proszę Państwa, nie chcę tylko

narzekać. Panie Prezydencie, proponuję rozwiązanie. Na pewno nie będzie to czarodziejska różdżka, która wyczaruje worek pieniędzy i natychmiast postawi na nogi służbę zdrowia. Powtarzam, jej sytuacja finansowa jest fatalna. Po trzech miesiącach działalności w nowym roku ZOZ-y są tak zadłużone, że nie starcza już na pensje. Dlatego proponuję powołać Radę Ochrony Zdrowia przy Prezydencie. Składałaby się ona z przedstawicieli samorządów, związków zawodowych, komisji sejmowej i senackiej oraz doradców (w sumie 20-30 osób). Rada skupiona przy największym autorytecie w kraju pozwoli szybką ścieżką legislacyjną zatwierdzić ustawę o kasach chorych – skróci czas oczekiwania i politycznych przetargów. Mogłaby szybko rozwiązać sprawę zadłużenia służby zdrowia oraz rozstrzygać nasze konflikty, zwłaszcza z administracją.

Pozwolę sobie złożyć na ręce Pana Prezydenta projekt opracowany na piśmie. Dziękuję. (wypowiedź odtworzona z kasy magnetofonowej)



U góry: Andrzej Szmida, skarbnik DIL

Z lewej: Ryszard Łopuch i Jerzy Czernik – członek DIL

ZDROWIA PRZY PREZYDENCIE

Po spotkaniu przedstawiciele Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przekazali wspomniany projekt. Prezydent Lech Wałęsa wyraził zgodę na zorganizowanie Rady Ochrony Zdrowia.

Według Ryszarda Łopucha środowisko lekarskie – poprzez swoich przedstawicieli w Radzie – ma szansę wywierać wpływ na decyzje dotyczące ochrony zdrowia, podejmowane na szczeblu rządowym. Rada powinna wypracować i jak najszybciej wprowadzić ostateczny model reformy służby zdrowia w Polsce, oparty na systemie kas chorych czyli ubezpieczeń społecznych. Celowe byłoby również powołanie takich rad przy wojewodach. W ich skład weszłyby również przedstawiciele samorządów terytorialnych. Wojewódzkie rady konsultowałyby i opiniowały decyzje administracyjne dotyczące służby zdrowia. „Dłużej nie można czekać” - twierdzi Ryszard Łopuch.

Tekst i zdjęcia: Katarzyna Pajdzik



U góry: Ryszard Łopuch, wiceprezes DIL

U dołu: Ludmiła Domagała, przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (województwa wrocławskiego i legnickiego)



U góry: Marek Mysłow, sekretarz DIL



JA JAKO LEKARZ

Janusz Bielawski

Lekarz Bogumiła Boba w dniu 7 lutego wzięła udział wspólnie ze Zbigniewem Bujakiem w *Telekonferencji Dwójki*, gdzie wypowiadała się na temat aborcji i antykoncepcji, choć nie jest specjalistą w tej materii (posiada specjalizację II° z chirurgii urazowo-ortopedycznej i I° z chirurgii ogólnej). Na temat aborcji w naszym kraju wypowiadało się całe mnóstwo osób. Jedni – gruntownie znający problemy, inni – jak to uczyniła posłanka Boba – byle podeprzeć wyznawany światopogląd. Udzieliła potem wywiadu *Gazecie Wyborczej* (24.03.93r. nr 70/1149), gdzie powtórzyła to, co mówiła w telewizji. M. in.: **„Pigułka hormonalna może wywoływać niepłodność, oziębłość i szkodzi na wątrobę. Pamiętam, jak starsi lekarze, myjąc się do operacji, opowiadali o ubocznych skutkach tabletki hormonalnej. Ja sama znam kobietę, u której po jednomiesięcznym stosowaniu pigułki, wystąpiły takie zaburzenia: rozżyła się, mąż ją zostawił, nie wiem, co później z nią się działo. „O spirali:” Tkanka macicy nie jest przystosowana do tego, by ją stale drażnił jakiś mechaniczny element. Wszelkie podrażnienia (mechaniczne, termiczne i chemiczne), do których organizm nie jest przystosowany, mogą wywoływać zmiany nowotworowe. „O prezerwatywie:” W jakiś sposób prezerwatywa może i jest profilaktycznym środkiem. Ale metody naturalne są najkorzystniejsze nie tylko ze względów fizycznych, ale i psychicznych. Uczą człowieka opanowania. (...) Nie ma gwarancji, że przez cieniutką gumkę nie przejdzie. (wirus HIV-red.)”**

Wypowiedzi te spowodowały liczne komentarze prasowe, tak że ostatnio posłanka B. Boba bije rekordy popularności. Jest przy tym bardzo zadowolona z siebie, można było to naocznie stwierdzić podczas oglądania telewizji, co zresztą potwierdza w wywiadzie udzielonym *Gazecie Wyborczej*, mówiąc: **„Jedni uważali, że nie dam sobie rady z posłem Bujakiem ... Poszłam i chyba**

zrobiłam kolegom miłą niespodziankę”. To była duża niespodzianka, zwłaszcza dla tych, co oglądali program. Znając panią posłankę od lat, niczego mądrego nie spodziewałem się, ale to, co mówiła, przeszło wszelkie oczekiwania. Sądzę, że straciła resztki krytycyzmu, jaki niegdyś posiadała. A może nie, może gdzieś w głębi duszy ma wątpliwości co do wiarygodności swoich wypowiedzi i dlatego podpira się co drugie zdanie stwierdzeniem „ja jako lekarz”. Wokół tych wypowiedzi posłanki Boby wytworzyła się, moim zdaniem, dziwna aura, bo choć wszyscy wiedzą, że mówi bzdury, jakoś tego wszystkiego nie umieją lub nie chcą w sposób wyraźny powiedzieć.

Pan Tochman – dziennikarz „Gazety Wyborczej”, przepytывał lekarzy w szpitalu w Pszczynie, gdzie ostatnio posłanka Boba pracuje na 1/4 etatu. Z jednym wyjątkiem (doc. Józef Ulman), wypowiadają się oni bardzo oględnie, np. dr Henryk Białas – „choć oglądał telekonferencję” – odmawia komentarza. Gdy słyszy o kremach z dzieci, mówi ze wstydem: **„To mi się w głowie nie mieści. Ona się chyba przejęczyła.”** Okazuje się, że nie przejęczyła się, skoro powtarza to samo, słowo w słowo, dziennikarzowi *Gazety Wyborczej*. **„Tak, robi się kosmetyki z dzieci. 27 lutego mieliśmy zjazd ZChN. Wtedy opowiadało nam o tym dwóch panów z Polonii londyńskiej*.** (...) Stosuje się ludzkie płody do robienia kremów, np. we Francji. Z byłego ZSRR na Zachód dziennie sływa tona nie narodzonych dzieci. Właśnie w tym celu.”

Inny z lekarzy, dr Wiesław Maroń – ordynator oddziału urazowego niechętnie komentuje publiczne wypowiedzi posłanki Boby, stwierdza jednak, że każde fachowe stwierdzenie powinno być poparte specjalizacją i praktyką. Tyle z Pszczyny.

Ale wracając do artykułu pana W. Tochmana – przytacza on wypowiedź prof. Jacka Żochowskiego, który twierdzi, że opinie pani doktor Boby stawiają polski świat medyczny w

zakłopotaniu, więc najlepiej by było gdyby o posłance Bobie wcale nie mówić. Nie! Przez to, że nie będzie się mówić, pisać i na ten temat – problem nie przestanie istnieć i w krótkim czasie pełna samozadowolenia pani posłanka Boba opowie coś w tym guście: „ta ustawa pozwala na zabijanie dzieci na godzinę przed porodem”, chociaż nie starcza mi wyobraźni, aby coś jeszcze głupszego można było wymyślić. Wreszcie ktoś musi powiedzieć o wypowiedziach posłanki Boby i tej w telewizji, i tej w *Gazecie Wyborczej*, że zademonstrowała przede wszystkim szczytą niekompetencji, ale takie delikatne stwierdzenie byłoby w tonie dotychczasowych wypowiedzi kolegów lekarzy. To były piramidy głupoty i Himalaje nieuctwa!

W tym miejscu sam muszę się podeprzeć tym, że jestem nauczycielem akademickim, posłanka Boba miała u mnie przed laty zajęcia z chirurgii ogólnej i należała do studenckiego koła naukowego, którego byłem opiekunem. Później miałem okazję śledzić jej „karierę zawodową”, kiedy pracowała w Środku Śląskiej. Potwierdzam w całej rozciągłości to, co powiedział dr Białas z Pszczyny Wojciechowi Tochmanowi – **„oddana pacjentowi, potrafi przy łóżku chorego przesiedzieć całą noc.”** Jestem pewien, że robi to naprawdę bezinteresownie, rzec by można, z wewnętrznej potrzeby. Ale jaki z tego pożytek ma pacjent? Tutaj nie chodzi o czułość i troskę. Życzliwość i troska, jakie lekarz powinien okazać pacjentowi, jest ważna, ale na tym działanie lekarza nie może się kończyć. Pacjent oczekuje od lekarza kompetencji, wiedzy, umiejętności podejmowania decyzji, rzetelnej oceny wyników stosowanej terapii, a w specjalnościach operacyjnych, zdolności manualnych, czyli mówiąc wprost zręczności.

Na pewno, a mogę to z całą odpowiedzialnością powiedzieć, jako studentka i później lekarz, była bardzo pilna i pracowita. Jednak ta pracowitość i pilność zazwyczaj nie przynosiły takich

dalszy ciąg na str. 29

Sprawa dewastacji czynnego motelu w Trzebnicy istotnie bulwersuje środowisko medyczne Dolnego Śląska. Oto bowiem bez konsultacji z kompetentnymi gremiami powstaje na fundamentach tego motelu nowy szpital chirurgiczny.

SZPITAL W TRZEBNICY

Włodzimierz Bednorz

1. Profesor Ryszard Kocięba w swoim tekście („Biuletyn”, kwiecień 1993r.) pisze: „w odległości 20 km od Trzebnicy znajdują się cztery oddziały chirurgiczne”. Nie wspomina przy tym nic o zapleczu łóżkowym akademickiego i wojewódzkiego Wrocławia. W ilu regionach kraju jest taka komfortowa sytuacja? Ale tu buduje się nowy szpital. Widocznie zapotrzebowanie na usługi chirurgiczne jest w Trzebnicy większe niż gdzie indziej. Można tylko ubolewać.

2. Ubolewanie wyrażą także pacjenci, którzy będą leżeć na łóżkach w trójce o kilkunastometrowych bokach, którego wierzchołki stanowią: – jedna z najbardziej ruchliwych tras samochodowych w kraju, ogromny zbiornik gnojówki (ferma) i cmentarz. Zaiste miejsce nie nadaje się nawet na motel.

3. Jestem pełen uznania dla fachowej wiedzy i dokonań profesora R. Kocięby i jego zespołu. Niewątpliwie Jego wiedzy i zaangażowaniu należy przypisać fakt, że problem replantacji kończyn zyskał odpowiednią rangę. Demagogią jest jednak przypisywanie drowi Ryszardowi Majowi zamiarów likwidacji oddziału replantacji.

Ale... czy musi on istnieć w Trzebnicy?

Przecież pacjenci przylatujący samolotami i tak lądują we Wrocławiu, po czym jadą 30 km do Trzebnicy. Także prof. Kocięba i część zespołu chirurgiczno-anestezjologicznego mieszka we Wrocławiu.

W „Biuletynie DIL” nr 4/36 profesor przyznaje, że działając w ramach ZOZ-u w Trzebnicy nie otrzymywał specjalnych dotacji i działań w strukturze normalnego oddziału chirurgicznego. Więc może w Trzebnicy był (i nadal jest) specjalny klimat polityczny dla replantacji?

4. Nikt nie wie, ile naprawdę będzie kosztował nowy szpital w Trzebnicy. Oczywiście wraz z wyposażeniem, bowiem z tego, co wiadomo z gazet, większość sprzętu będzie nowa a nie przeniesiona ze starego miejsca. Pan profesor zarzuca drowi Majowi, że „wysłał z palca” sumę 90 mld złotych jako pochodzącą z budżetu. Nie kwestionuje jednak rzędu wielkości tej sumy. Fundacja Polsko-Niemiecka jest de facto organizacją międzyrządową.

Z budżetu pochodzą przecież pieniądze od ministra zdrowia i pani premier. Okoliczne gminy mają coraz mniejszą ochotę na finansowanie i utrzymywanie drogiego szpitala.

W tym samym czasie pilnie potrzeba

pieniędzy w woj. wrocławskim – na:

a) zakończenie budowy oddziału ginekologiczno-położniczego na Brochowie,

b) dokończenie kapitalnego remontu stacji dializ. W naszym województwie mamy jeden z gorszych wskaźników w kraju, jeśli chodzi o ilość stanowisk dializacyjnych na milion mieszkańców. Jeden z trzech pacjentów z niewydolnością nerek umiera, bo nie ma dla niego stanowiska sztucznej nerki,

c) dokończenie budowy pierwszego etapu szpitala w Miliczu (30 km od Trzebnicy!),

d) kapitalny remont pomieszczeń szpitala przejętego od Armii Radzieckiej, gdzie zostanie przeniesiony szpital zakaźny.

Tych inwestycji nie da się skończyć bez udziału budżetu centralnego i licznych fundacji. Nie zapominajmy ponadto o kolosalnych brakach sprzętowych w innych jednostkach służby zdrowia. I oto w tej sytuacji pan profesor R. Kocięba pisze coś o „psuciu znakomitej atmosfery wokół przedsięwzięcia”.

Wydaje mi się, że wokół tej sprawy w świetle opisanych faktów już uniósł się charakterystyczny zapaszek.

Dziekan Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu ogłasza konkurs otwarty na:

1 stanowisko asystenta w II Katedrze i Klinice Chirurgii z możliwością zatrudnienia od nowego roku akademickiego 1993/94.

O stanowisko asystenta mogą ubiegać się osoby posiadające tytuł zawodowy lekarza. Preferowani będą kandydaci po ukończeniu stażu dyplomowego.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają następujące dokumenty:

1. podanie,
2. życiorys z uwzględnieniem pracy naukowej i zawodowej,
3. kwestionariusz osobowy + 1 zdjęcie,
4. spis publikacji,
5. odpis dyplomu ukończenia studiów,
6. odpis zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu,
7. zaświadczenie o średniej ocen z okresu studiów,
8. zaświadczenie o braku zastrzeżeń ze strony okręgowej izby lekarskiej właściwej dla miejsca zatrudnienia (dotyczy lekarzy),
9. ewentualne referencje i opinie

na adres: Dział Kadr Akademii Medycznej we Wrocławiu

ul. Pasteura 1, 50-367 Wrocław

W terminie do dnia 26 maja 1993 r.

Konkurs będzie rozstrzygnięty do dnia 26 lipca 1993 r.

Szczegółowych informacji udziela Dział Kadr, tel. 22-65-22.

Komisja Socjalna DIL
uprzejmie informuje
Koleżanki i Kolegów, iż w
poniedziałki i czwartki w
godzinach od 12.00 do
15.00 w Sanepidzie przy
ul. Składowej we
Wrocławiu można
zaszczepić się przeciw
WZW-B.

Zapraszamy

Spotkanie przedstawicieli izb lekarskich - saksońskiej i dolnośląskiej

dalszy ciąg ze str. 1

Zorganizowało je Prezydium DIL, dużo zaangażowania i pracy włożył w przygotowania Lech Czarnecki.

Sächsische Landesärztekammer liczy Spotkanie przedstawicieli Izb lekarskich – saksońskiej i dolnośląskiej ponad 13 tys. członków – lekarzy, stomatologów, weterynarzy i farmaceutów. Działa od trzech lat. Lekarze zatrudnieni przez kasy chorych zrzeszeni są w odrębnej organizacji – ten podział osłabia środowisko lekarzy.

Przy budowie nowego systemu opieki społecznej saksońscy lekarze wykorzystują doświadczenia zachodniemieckich izb. Wspólna tradycja, sięgająca XIX wieku, jeden język, wszechstronna pomoc – również finansowa ułatwiają integrację zjednoczonego państwa, oraz zbliżenie poziomu leczenia w landach wschodnich do poziomu europejskiego. W byłej NRD większość państwowych placówek zdrowotnych została już sprywatyzowana – na wykupienie ich

lekarze mogli zaciągać w bankach niskooprocentowane (6 – 15%) pożyczki.

Za swoje główne zadania Sächsische Landesärztekammer uważa: ochronę porządku, czuwanie nad przestrzeganiem etyki lekarskiej, organizację kształcenia i specjalizacji oraz reprezentowanie interesów członków izby. Praktycznie wszystkie sprawy zawodowe należą do samorządu lekarskiego, państwo zachowało jedynie kontrolę prawną. Członkowie izby sami ustalają i wprowadzają prawa. Aby sprostać tym zadaniom powołano w izbie rent, emerytur, do spraw kobiet, dla bezrobotnych itp. Zgłoszone przez nie propozycje, wnioski rozpatruje i przegłosowuje zarząd. O szczególnie ważnych sprawach decyduje zjazd 101 delegatów. Organem prasowym izby jest *Arzteblatt Sachsen* – miesięcznik redagowany przez 10-osobowe kolegium redakcyjne. Małe, regionalne izby podporządkowane są strukturze nadrzędnej izby landu. Prawa i obowiązki samorządu lekarskiego określa ustawa zatwierdzona jeszcze w byłej NRD. Obecnie trwają prace nad przygotowaniem nowej ustawy.

Lekarze pracują i pełnią funkcje w niemieckiej izbie społecznie. Mają własną administrację, liczącą ponad 20 osób. Główna siedziba mieści się w Dreźnie. Comiesięczne, obligatoryjne składki wynoszą – w zależności od grupy zaszeregowania – od 0,6% do 1,2% pborów. Podobnie jak w Polsce izba ma problemy z wyegzekwowaniem od wielu członków składek. Według wiceprezesa Petera Schwenke – 31 grudnia ub.r. brakowało z tego tytułu w kasie izby 350 tys. marek. W ciągu dwóch godzin zasygnalizowano jedynie niektóre sprawy. Na dokładne omówienie wszystkich problemów musielibyśmy poświęcić dwa tygodnie czasu. Dlatego już dziś zapraszam państwa do nas na kolejne spotkanie – powiedział na zakończenie wiceprezes Saksońskiej Izby Lekarskiej.



U góry: Zaproszeni goście, pierwszy z prawej – wiceprezes Saksońskiej Izby Lekarskiej
Poniżej, od lewej: Zdzisław Plamieniak, Hildegarda Naczyńska-Janas, Barbara Bruzewicz-Miklaszewska



Tekst i zdjęcia: Katarzyna Pajdzik

HISZPANIA

**10-lub 17-dniowe
WCZASY** niemieckiej
firmy „Kylital-Reisen”

– Lioret de Mar
lub Csileli:

– dobre hotele
– wyżywienie trzy
razy dziennie
– przejazd lux
autokarem.

● **TERMINY** wyjazdów:

2 – 11.07, 12 – 21.07,
16 – 25.07, 23.07 – 1.08,
2 – 11.08, 12 – 22.08
23.08 – 1.09, 3 – 12.09,
13 – 22.09 24.09 – 2.10.93

● **CENY** już od 540 DM
– w zależności od terminu
i standardu hotelu (płatne
w dniu wyjazdu) oraz
300000 zł.

● **Biuro** załatwia wizy
zbiorowe.

● **Polecamy** ponadto
Grecję, Włochy i wczasy
krajowe.

**ZAPRASZAMY
BUT „EL'DORADO –
Kylital Reisen”**

Wrocław, Podwale 62
(budynek redakcji „Słowa
Polskiego”), tel.44-84-05
fax.22-47-96.



W przerwie: Po lewej Aldona Białas, przewodnicząca delegatury jeleniogórskiej



Powitane przemówienie prezesa DIL, Włodzimierza Bednorza



Jerzy Czarnecki, główny organizator spotkania



Niemieccy lekarze przeglądają pamiątkowe albumy

ETOS LEKARZA

Arnold
Gubiński
komentuje
„Kodeks etyki
lekarskiej”

CZEŚĆ OGÓLNA

Art. 4.

Dla wypełnienia swoich zadań lekarz musi mieć wolność postępowania zgodnego ze swoim sumieniem oraz swobodę działań zawodowych, zgodnych ze współczesną wiedzą medyczną.

Przepis ten zabezpiecza swobodę działania lekarza polegającą na tym, że nikt go nie może zmusić do postępowania sprzecznego z jego sumieniem, a więc przekonaniem wpływającym ze

światopoglądu, wierzeń religijnych, przekonań moralnych. Przykładowo może odmówić dokonania aborcji, mimo że zabieg ten jest uprawniony ze względu na stan kobiety lub okoliczności poczęcia. Tego zabiegu winien się podjąć inny lekarz, który nie znajdzie się w konflikcie ze swym sumieniem. Podobnie, co jest przykładem czysto teoretycznym, lekarz wyznający wierzenie Świadców Jehowy mógłby uchylić się od dokonania transfuzji krwi.

Przepis zapewnia lekarzowi swobodę działań zawodowych w takich ramach, w jakich jest to zgodne z zasadą *legis artis*. Ma więc możliwość wyboru spośród różnych metod leczenia dopuszczonych przez naukę jako zgodnych z wiedzą medyczną. Administracja służby zdrowia różnych szczebli od ministerialnego do dyrektora szpitala nie jest władna narzucić lekarzowi sposobu leczenia. Winna natomiast ułatwiać lekarzowi dostęp do zdobyczy nauki, informować go o stosowanych metodach leczenia i ich wynikach. Powstaje natomiast kwestia stosunku ordynatora oddziału do lekarza prowadzącego. Ordynator spełnia bowiem podwójną funkcję – do jego kompetencji należą bowiem tak obowiązki administracyjne jak i obowiązki lecznicze. Jest on obok lekarza prowadzącego odpowiedzialny za leczenie chorych, znajdujących się w oddziale, którym kieruje. Jego zadanie polega na doradzaniu lekarzowi prowadzącemu, okazywaniu mu pomocy, przekazywaniu doświadczenia. Nie można jednak wykluczyć powstania rozbieżności stanowiska między ordynatorem a lekarzem prowadzącym w kwestii metody leczenia pacjenta. Istnieje wiele dróg do rozwiązania powstałej sytuacji: zasięgnięcie opinii kolegów, zwrócenie się do uznanego specjalisty z prośbą o konsultację. Bywa jednak, że z różnych względów jest nie – możliwe pogodzenie różnych stanowisk. Należy przyjąć, że w takiej sytuacji ostatnie słowo należy do ordynatora.

Lekarz prowadzący może zażądać jednak, aby ordynator wydał mu podanie na piśmie i może złożyć pisemne oświadczenie, dlaczego zajmował w sprawie leczenia chorego odmienne stanowisko niż ordynator.

Art. 5.

Izba Lekarska jako samorząd zawodowy jest powołana do czuwania nad

przestrzeganiem zasad deontologii lekarskiej i godności zawodu przez wszystkich wykonujących zawód lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Pojęcie godności zawodu można rozumieć jako wzorzec – w ocenie społecznej – zachowania, sposobu bycia, postawy lekarza. Innymi słowy chodzi o takie zachowanie, sposób bycia, postawę lekarza, które nie przyczyniają ujmę lekarzowi jako członkowi zbiorowości zawodowej i nie narażają na szwank opinii korporacji lekarskiej.

Na godność zawodową lekarza może np. ujemnie rzutować abnegacki tryb życia – brudny, zaniedbany ubiór, niezachowywanie higieny osobistej, brak dbałości o wygląd zewnętrzny – niegolenie się, noszenie się w sposób dziwaczny lub wywołujący śmieszność. Godzić w godność osobistą lekarza może stosunek do innych osób, np. kłótniowość, agresywność, używanie słów nieobyczajnych – tak w toku wykonywania czynności leczniczych jak i innych sytuacjach życiowych...

Naruszanie godności zawodu może ściśle wiązać się z wykonywaniem czynności zawodowych, względnie im towarzyszyć. Jego wyrazem może być pazerność. Lekarz utrzymuje się z wykonywania swego zawodu, pobiera więc, jeśli prowadzi prywatną praktykę, honorarium za swe czynności. Honorarium to, jeśli chodzi o wybitnych specjalistów może być wysokie. Jest to oczywiste. Ale naruszeniem godności zawodu byłoby zmierzanie za wszelką cenę do podnoszenia swych zarobków, np. przez narzucanie pacjentom dodatkowych wizyt, nie uzasadnionych realną potrzebą, pobieranie wynagrodzenia za czynności zbędne czy wręcz niedokonane. Naruszeniem godności zawodu byłoby naruszenie spokoju, porządku czy bezpieczeństwa publicznego, publiczne pokazywanie się w stanie nietrzeźwym czy w stanie zamroczenia narkotycznego. Takie postępowanie rzutuje ujemnie na opinię o konkretnym człowieku, ale często może być uogólniane, rozciągane na całą grupę zawodową.

prof. Arnold Gubiński – prawnik,
ekspert przy Naczelnej Radzie lekarskiej

NOWE ZASADY OGŁASZANIA SIĘ

Katarzyna Pajdzik

1 lipca 1993 roku wejdzie w życie uchwała w sprawie ogłaszania się lekarzy, podjęta przez Dolnośląską Radę Lekarską (21.01.1993 r.).

Projekt opracowała mgr Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL, na podstawie propozycji innych okręgowych izb lekarskich oraz publikowanych w *Biuletynie*: projektu uchwały i uwag nadsyłanych przez lekarzy z całego Dolnego Śląska.

Uchwała określa, jakie informacje powinno zawierać ogłoszenie lekarza o działalności leczniczej, gdzie i w jakiej ilości mogą być one zamieszczane. Przypomnijmy:

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

Lekarz może ogłaszać się jedynie w rubrykach ogłoszeń lekarskich – w prasie codziennej i periodykach, księgach adresowych i książkach telefonicznych, również w czasopiśmie medycznych i katalogach usług medycznych.

Liczba tablic ogłoszeniowych wynosi dwie: w miejscu odbywania praktyki oraz

w innym dodatkowym (po uzyskaniu zgody DIL i zarządcy budynku lub posesji).

Uchwała zabrania wszelkich sposobów ogłaszania, które naruszyłyby zasady etyki i deontologii lekarskiej.

Za nieuczciwą reklamę uważa się podawanie zwyczajowych określeń, obietnic czasu, sposobów leczenia i płatności oraz pomijanie danych (np. nazwiska).

Naruszeniem godności stanu lekarskiego jest umieszczanie ogłoszeń w aptekach, na słupach ogłoszeniowych, przystankach komunikacyjnych oraz wydawanie poradników i ulotek zmierzających do pozyskiwania pacjentów, również ogłaszanie się w radiu i telewizji, posługiwanie się agentami reklamowymi.

Pełny tekst uchwały opublikowaliśmy w lutym numerze *Biuletynu*. W marcu zamieściliśmy artykuł mgr Beaty Kozyry-Łukasiak przedstawiający przepisy prawne regulujące ogłaszanie się.

Nad przestrzeganiem uchwały czuwać będzie Dolnośląska Izba Lekarska (jej sądownictwo), sprawy nie uregulowane postanowieniami uchwały rozstrzygnie jej Rada.

Na posiedzenie Prezydium DRL w dniu 18 marca zaproszono wrocław-



skiego architekta miejskiego, prof. Jerzego Rozpędowskiego. Stwierdził on, że obecnie lekarze umieszczają tablice, gdzie chcą i w dowolnej ilości. Sami wyznaczają wielkość, kolor i treść. Ponad 200 tablic postawiono „na dziko”, nie pytając o zgodę architekta miejskiego, konserwatora zabytków czy – w niektórych wypadkach – zarządzającego budynkiem. Prof. J. Rozpędowski chętnie przystał na współpracę z DIL. Przy wydawaniu pozwoleń na postawienie tablicy ogłoszeniowej będzie kierował się wspólnie ustalonymi wskazówkami dotyczącymi wielkości, koloru, treści. Zaproponował również, by zorganizować akcję ściągania tablic postawionych „na dziko” lub niezgodnych z uchwałą DRL. Do pomocy można poprosić Straż Pożarną oraz Straż Miejską. Kosztami zostaną obarczeni właściciele tablic.

Na zakończenie Prezydium DIL postanowiło wystosować pisma w tej sprawie również do architektów wojewódzkich w Legnicy, Jeleniej Górze i Wałbrzychu.

**NOWOCZESNE
LECZENIE CHOROBY I BEZLEKOWE
ZWALCZANIE BÓLU
PRYWATNY GABINET LEKARSKI**
W W. UL. BISKUPIA 5/5 (ROG DŁAWSKIEJ)
INFORMACJA: TEL. 67-16-19, 67-99-05



Autor w pracowni histopatologicznej szpitala w Syrcie

Do jednego z ostatnich numerów *Biuletynu* zakwalifikowałem do druku i nieco redaktorsko skróciłem artykuł dra A. Białasa o jego pobycie w Nigerii. Wśród innych krajów afrykańskich, gdzie pracowali także lekarze z Polski, wymienia on między innymi Libię. I właśnie w Libii w latach 1982-1986 pracowałem w szpitalu w Syrcie jako specjalista histopatolog. Chciałem poniżej przekazać relację z turystycznego pobytu w Ghadamesh – pustynnej oazie na styku trzech granic. Do tego miejsca docierają jedynie nieliczni obcokrajowcy, jako że turystyki w naszym pojęciu w Libii nie ma, a oaza ta leży wiewięset kilometrów w głąb pustyni.

Siedząc w długie zimowe wieczory nad mikroskopem w poszukiwaniu charakterystycznych elementów utkania histologicznego zmian tkankowych, czy pisząc pracę na kolejny Zjazd Pato-

logów, przysmykam czasem oczy – chwila relaksu i widzę znowu bezkresną libijską pustynię. Kamienistą pustynię, która dochodziła pod drzwi mego hoszu, domu w Syrcie, gdzie spędziłem ponad trzy lata. Syrta położona jest w połowie drogi między Trypolisem a Benghazi tuż nad brzegiem Morza Śródziemnego. W tym arabskim mieście w zbudowanym przez Bułgarów szpitalu o nowoczesnej architekturze pasującej do tego monotonnego krajobrazu, pracowałem jako lekarz histopatolog organizując od podstaw, zaraz po przyjeździe, diagnostyczną pacownię mikroskopową. Prawie cały personel medyczny szpitala to Polacy, w większości wrocławianie. Ale praca zawodowa o egzotycznym kolorycie to temat na inne wspomnienia, dziś chcę opowiedzieć o jednej z nielicznych tutejszych rozrywek – o turystyce, o wyjazdach samochodami na bliższe i dalsze wypady.

Ponad 3500 km od kraju, z dala od rodzin, nękami upałem i amebą, skorpionami, żmijami piaskowymi i pają-

kami o wdzięcznej nazwie „czarna wdowa” znajdowaliśmy czas na zwiedzanie Libii. Sprowadziłem tam z Polski drogą morską „malucha” 126p, którego ochrzciliśmy uroczyście „Dzamilla”, co po arabsku znaczy: piękna. Spisywał się w tamtejszym klimacie znakomicie. Przejechałem nim w Afryce w sumie ponad 20 tysięcy kilometrów bez poważniejszej awarii. Najdalsze wyprawy to Benghazi, Apolonia, Cyrena i Tobruk oraz 700 km na południe w głąb pustyni do stolicy dawnego Fezzanu – Sebhy. Oczywiście kilkakrotnie byłem moją Dzamillą w Trypolisie oraz, po drodze, w Leptis Magna – największych, najwspanialszych starorzyskich wykopaliskach w Libii.

Jedna z naszych wypraw wiodła do Ghadamesh. Przejechaliśmy 2500 km w 5 dni dużym fiatem razem z kolegą radiologiem, drem Marianem z żoną i naczelną pielęgniarką naszego szpitala – siostrą Heleną.

Pierwszego dnia wyruszamy zaraz po pracy, spiesząc się, by dotrzeć do

WROCLAWIANIN W GHADAMESH

– saharyjskiej oazie na styku granic Libii,
Algerii i Tunezji

Tekst i zdjęcia: Andrzej Wojnar



U góry: jedna z bram do „podziemnego miasta”
Z lewej: Żywi turyści wraz z przewodnikiem w „mieście umarłych”



Z lewej: Główne wejście do szpitala



Z prawej: Uroklify zakątek Ghadameshu

Trypolis, mamy tam pierwszy nocleg na kampie „Dromexu”. Następnego dnia wcześniej rano wyjazd. Mijamy Azizję nazwaną na cześć sultana tureckiego Abdul Aziza, dalej Bir Ganem z współczesnym pomnikiem libijskim przedstawiającym karabin i na 250 kilometrów zamyka nam drogę rozległy płaskowyż, na skraju którego, tuż nad przepaścią, rozłożył się Nalut.

Drapimy się do tego miasta serpentynami wykutymi niemal w pionowej ścianie. Mieszkają tu Berberowie. Obok hotelu resztki ruin twierdzy tureckiej – z hotelu zaś rozległy widok na starą część Nalutu na zboczach przepastnych krańców płaskowyżu ze spichlerzem obronnym z około 500 komórkami na zboże i oliwę. Po przejechaniu dalszych 110 km kamienistej pustyni oaza Sinewan. Po lewej stronie drogi zamek dolny (Gasr Lotani) dalej fort powłoski i z prawej zamek górny (Gasr Fogani). Wokół palmy i drzewa cierniowe (*Acacia tortilis*). Za Sinewanem po obu stronach drogi na bezkresnych

przestrzeniach skamieniałe szkielety muszli (*Alecryona larva*) przypominające do złudzenia szczęki i tak przez Polaków nazywane, skamieniałe inne muszle (*Giura diceras*) oraz skamieniałe rośliny. A więc przed milionami lat było tu morze. Wszystkie te znaleziska chowamy do bagażnika i ruszamy dalej. Drogę coraz częściej przegradzają nam ruchome wydmy piaszkowe, które jak zaspas śnieżne „jezorami” wchodzą na szosę. Odgarniają je co kilkadziesiąt kilometrów spotykane pługi, ale że dziś jest niewielki wiatr, jedziemy bez przeszkód dalej. Drogę Nalut – Ghadamesh wybudowali w 1972 roku Czechosłowacy. Przedtem był tu szlak pustynny z kamiennymi słupami postawionymi przez Włochów. Na każdym podana jest odległość z Trypolisu do Ghadameshu. Niektóre z nich zachowały się w doskonałym stanie. Przy jednym z nich robimy zdjęcie i znajdujemy kwiaty pustyni (*Astericus pygmaeus*), które polane wodą natychmiast otwierają się. Właściwość tę

zachowują ucięte i wysuszone przez wiele miesięcy. Po przejechaniu 460 km od Trypolisu po prawej stronie drogi koło oazy T g u t t a widzimy na wzniesieniu twierdzę berberyjsko-turecką z wieżą i niżej szczyt w kształcie gwiazdy.

Pustynia zmienia charakter z kamienistej na piaszczystą, bardzo rzadko pojawiają się kępki palm, a na jezdnii coraz częściej i coraz wyższe wydmy piaszkowe z powodu wzmagającego się pod koniec dnia wiatru. Tak po 580 km dojeżdżamy zmęczeni i zapiaszczeni do Ghadameshu – zielonej perły pustyni, jak przeczytaliśmy w przewodniku opracowanym przez naszych poprzedników, Polaków z innych kontraktów. Ale dziś już tej zieloności palm wśród piasków nie zobaczymy. Zmierzchnięta tu bardzo szybko. Jest już całkiem ciemno. Znajdujemy z łatwością jedyny tu hotel o nazwie Ain Faras (Źródło Klaczy), leżący w starej części miasta. Hotel ten zbudowali około 50 lat temu Włosi, którzy cudnie wkomponowali go w zabytkową zabudowę oazy. Z zewnątrz sprawia wrażenie obronnej pustynnej twierdzy, a wewnątrz ma małe dziedzińce z podcieniami i roślinnością oraz małymi fontannami – palmami wyrastającymi niemal spod drzwi pokoju. Pusto. Jesteśmy jedynymi nocującymi tu turystami. Klimatyzator w pokoju sprawny. Gorąca ciemna noc, migocą bardzo liczne i jasne gwiazdy, słychać cykady. Wybraliśmy się tutaj w listopadzie, bo w lecie temperatura w cieniu jest w granicach 50°C.

W taką też być może upalną noc, jak mówi legenda, samotny jeździec zabłądził przed tysiącami lat na pustyni, skończył się zapas wody ... wtedy to klacz wyczuła ją i zaczęła kopać piasek, aż spod kopyt trysnęło źródło nazwane później Źródłem Klaczy i teraz właśnie śpimy kilkanaście metrów od tego miejsca. Jutro pójdziemy je oglądać.

dalszy ciąg na str. 29



Na horyzoncie wzniesienie z zamkiem Złego Ducha

CHIRURGIA

szkolenie podyplomowe przeznaczone dla ordynatorów oddziałów chirurgicznych, lekarzy chirurgów, lekarzy specjalizujących się w chirurgii z regionu

Termin: 8 czerwca 1993 r.

Miejsce: Wrocław, Dobrzyńska 21, sala wykładowa V piętro

Prowadzący szkolenie: Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego AM we Wrocławiu

Kierownik naukowy:

Prof. dr hab. Mieczysław Bernat

9⁰⁰-10⁰⁰ „Chirurgiczne leczenie zwężeń piersiowego odcinka przełyku” –

dr n. med. KRZYSZTOF GRABOWSKI

10¹⁰-10⁵⁰ „Rak przełyku”

– dr n. med. MARTA STRUTYŃSKA-KARPIŃSKA

10⁵⁰-11³⁰ Przerwa

11³⁰-12⁰⁰ „Uchyłki przełyku”

– lek. med. LESZEK CZAPLA

12¹⁰-12⁵⁰ „Schorzenia wpustu”

– dr n. med. ANDRZEJ LEWANDOWSKI

13⁰⁰-13³⁰ „Zabiegi endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego”

– lek. med. JAROSŁAW WIERZBICKI.

Kierownik naukowy kursu

Prof. Mieczysław BERNAT

Uwaga!

Opłata za udział w kursie w kwocie 20.000 zł pobrana będzie na miejscu w dniu kursu.

JAK PRZECIWDZIAŁAĆ KRYZYSOWI ZDROWOTNEMU ?

Adam Kubów

Kryzys zdrowotny, w ostatnich latach wyraźnie zaistniał w polskiej rzeczywistości. Jego syntetycznymi wyznacznikami są przede wszystkim podwyższona umieralność i krótsze trwanie życia wielu grup ludności (por. tabela). Natomiast do najważniejszych przejawów tego kryzysu zaliczyć należy:

– większą liczbę ciąż patologicznych, urodzeń przedwczesnych i urodzeń z niedowagą,

– pogarszanie się wskaźników antropometrycznych i nasilenie się zaburzeń rozwojowych młodzieży,

– wzrost odsetek pracowników zapadających na różnorodne schorzenia zawodowe,

– wzrost zapadalności na choroby związane ze złym stanem środowiska, niewłaściwym odżywianiem się, złym stanem sanitarnym,

– wzrost natężenia zgonów, głównie męczyzn,

– wysokie natężenie zgonów niemowląt,

– wyraźny wzrost natężenia zgonów na choroby układu krążenia,

– postępujący wzrost umieralności na nowotwory.

Przyczyny te narastały w całym okresie powojennym. Wiązały się między innymi z przyjętą strategią rozwoju kraju, która opierała się na założeniu, że nieprodukcyjne działy gospodarki takie jak szkolnictwo czy ochrona zdrowia to wyłącznie konsumenci dochodu narodowego, a nie producenci ważnych usług społecznych, wzbogacających dochód narodowy, bezpośrednio i pośrednio. Takie ukształtowanie się świadomości polityków i planistów powodowało, iż zawsze wtedy, gdy pojawiał się problem braku środków, wyraźnie spadał udział wydatków państwa na ochronę zdrowia i inne działy sfery niematerialnej. W latach 1960-1989 udział wydatków

państwa na ochronę zdrowia w dochodzie narodowym brutto w Polsce spadł z 4% do 3% (w 1989 roku łącznie z wydatkami na opiekę społeczną).

Realizacja takiej strategii rozwoju kraju, promującej rozwój sfery materialnej i niedostrzeganie kreatywnej roli szkolnictwa czy ochrony zdrowia, będących integralnym elementem systemu gospodarki powodowały, iż zmiany w dziedzinie ochrony zdrowia pozostawały w rażącej dysproporcji w stosunku do potrzeb wynikających ze zdrowotnych skutków nasilania się zagrożeń oraz, niezależnego od tego zjawiska, systematycznego starzenia się społeczeństwa.

Proces nasilania się zagrożeń wyrażał się przede wszystkim w:

– terytorialnym upowszechnieniu się zanieczyszczeń powietrza i wody,

– wzrastającej radioaktywności budownictwa mieszkaniowego,

– żywiołowo rozwijającej się motoryzacji,

– zamieraniu ruchu masowej kultury fizycznej,

– upowszechnianiu się palenia papierosów,

– osłabionym oddziaływaniu większości zorientowanych prozdrowotnie norm prawnoadministracyjnych,

– słabnącym znaczeniu oświaty zdrowotnej.

Jak wielkie są dysproporcje między rzeczywistym a pożądanym stanem zdrowotności polskiego społeczeństwa prezentuje tabela.

Porównania powyższe wskazują, iż Polska zarówno pod względem stanu zdrowia ludności, jak i potencjału infrastruktury lecznictwa plasuje się na niekorzystnej pozycji. Ponadto prognoza stanu zdrowia społeczeństwa polskiego na lata 1990-1993 zakłada

Stan zdrowia społeczeństwa polskiego oraz potencjał infrastruktury społecznej w zakresie leczenia w Polsce w 1991 r.

Wyszczególnienie	1991	Wielkości optymalne
Liczba zgonów niemowląt na 1000 urodzeń – żywych	15,0	10
Dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku – 60 lat	15,1	20
Zachorowania na 100 tys. ludności:		
– zatrucia pokarmowe	89,2	22
– kiła	5,5	0
– WZW	96,0	25
– gruźlica	43,1	34
– nowotwory złośliwe	218,9 ^a	99,5
Personel medyczny na 10 tys. ludności:		
– lekarze	21,6	25,6
– lekarze dentyści	4,6	5,7
– pielęgniarki	53,3	63,9
– położne	6,2	8,7
Łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności	56,8	114,0
Przychodnie na 100 tys. ludności	16,5	25
Ośrodki zdrowia na 100 tys. ludności	8,6	16
Karetki sanitarne na 100 tys. ludności	12,1	17
Apteki na 100 tys. ludności	12,2	13,5

Oznaczenia: a – 1989 r.

szybki wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne oraz choroby związane z zanieczyszczeniem środowiska.

W warunkach recesji i kryzysu gospodarczego, gdy nie można liczyć na pewny i wyraźny wzrost nakładów na ochronę zdrowia, należy skoncentrować się na rozwiązaniach proefektywnościowych i prooszczędnościowych. Nie rozwiążą one zapewne problemów kryzysu zdrowotnego i kryzysu ochrony zdrowia, lecz mogą zapobiec ich dalszemu pogłębianiu się.

Podstawy rozwiązań sprzyjających gospodarności w użytkowaniu środków daje ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Wyrażają się one w:

- tworzeniu warunków wewnętrznej konkurencji w ochronie zdrowia, polegającej na możliwości alokacji środków publicznych w jednostkach o różnej formie własności, w zależności od ich skuteczności, społecznej akceptacji i efektywności,

- wyposażeniu publicznych zakładów opieki zdrowotnej w prawo dysponowania 70% środków budżetowych (lub 70% wpłaty przeznaczonej do budżetu), jeśli nie zostały one wykorzystane w danym roku,

- tworzeniu nowego systemu infor-

macji ekonomicznej poprzez wprowadzenie obowiązku rejestracji pełnych i zdezagregowanych kosztów ZOZ,

- zwiększeniu autonomii i samodzielności dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej uzyskujących status zakładu samodzielnego.

Proefektywnościowy charakter ustawy będzie w rzeczywistości sprzyjać interesom polityki zdrowotnej pod warunkiem, że zakładami opieki zdrowotnej kierować będzie kadra z umiejętnościami menadżerskimi. Dobrze byłoby również, żeby otrzymywane przez zakłady środki przekraczały niezbędne minimum ich funkcjonowania, umożliwiające racjonalizację procesu zarządzania zakładami.

Optymizm w tej kwestii może budzić fakt, iż według badań przeprowadzonych w latach 1990-1991 w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, ponad połowa kadry kierowniczej ochrony zdrowia reprezentuje sylwetki sprzyjające odnoszeniu sukcesów menadżerskich. Można wyrażać nadzieję, że zmiana sposobów sterowania systemem zdrowia sprzyjać będzie rozwojowi menadżeryzmu w służbie zdrowia.

Rozwiązań problemów kryzysu zdro-

wotnego należy poszukiwać nie tylko w sferze ochrony zdrowia, czyli w sferze podaży usług zdrowotnych, lecz także w sferze konsumpcji tych usług. W strategii – zarówno europejskiej, jak i polskiej podkreśla się konieczność zmiany postaw społeczeństwa z biernych na aktywne w odniesieniu do spraw własnego zdrowia. Aktywność tę można rozpatrywać w aspekcie prozdrowotnych zachowań jednostki oraz w aspekcie reakcji jednostki na dostrzeżone symptomy choroby. Liczne badania bowiem potwierdzają powszechnie znane zależności między paleniem papierosów a występowaniem chorób układu krążenia czy chorób nowotworowych. W rzeczywistości tych zależności jest znacznie więcej. Również w przypadku, gdy już zaistnieje choroba, dominują postawy nadmiernie lękliwe, prowadzące do zbyt częstego korzystania z porady lekarza, co w konsekwencji prowadzi do przeciążenia służby zdrowia. Zmiana postaw w kierunku zwiększenia poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie znalazła odzwierciedlenie m.in. w idei szkoły promującej zdrowie (SzPZ), która została zrealizowana w Europie w 1992 r. w wyniku porozumienia pomiędzy WHO-EURO, Radą Europy oraz Komisją Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej w postaci Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Do tej sieci we wrześniu 1992 r. włączyło się 16 polskich szkół podstawowych. Polski projekt SzPZ zakłada, iż po trzech latach, w których zostanie stworzony program edukacji szkolnej oraz zostaną przygotowani nauczyciele w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, do Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie zostanie włączonych kilkaset następnych szkół.

Zasygnalizowane problemy wskazują, iż kryzys zdrowotny w Polsce ma wielorakie uwarunkowania. W związku z tym i działania zmierzające do ograniczenia jego skutków muszą mieć również systemowy charakter. Proefektywnościowe rozwiązania w sferze zarządzania zespołami opieki zdrowotnej czy kształtowanie prozdrowotnych postaw społeczeństwa, to tylko nieznaczna, ale ważna część tych działań.

Dr Adam Kubów jest pracownikiem naukowo-dydaktycznym w Katedrze Socjologii i Polityki Społecznej Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu

CO TO JEST CZYN LUBIEŻNY?

Barbara Świątek

Dziesięcioletniego chłopca matka przyprowadziła do badania sądowo-lekarskiego. Skierowany został przez prokuratora w związku z podejrzeniem o dokonanie na jego osobie czynu lubieżnego. Lekarzowi chłopiec opowiedział, że w dzielnicy, w której mieszka, pojawia się mężczyzna, zaczepia chłopców i płaci im za pewne „usługi”. Za namową doświadczonego już kolegi zgodził się pójść – po uzgodnieniu ceny – z tym mężczyzną w ustronne miejsce. Tam mężczyzna obnażył go i dotykał jego narządów płciowych. Otrzymane pieniądze zauważyła matka, która zmusiła syna do wyjaśnień. Badanie lekarskie chłopca wypadło ujemnie. Opisywane przez niego rękoczynny nie pozostawiły bowiem żadnych śladów na ciele.

Przestępstwa seksualne, dokonywane na dzieciach zawsze bulwersują. Są one określane jako przestępstwa przeciwko obyczajności, mówi o nich artykuł 176 k.k.: „kto dopuszcza się czynu lubieżnego względem osoby poniżej lat 15 – podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10”. Badań sądowo-lekarskich związanych z tego rodzaju przestępstwami nie wykonuje się często, zazwyczaj dotyczą one dziewczynek wykorzystywanych przez członków rodziny i ich bliskich znajomych. Rzeczywista liczba takich przestępstw jest, niestety, znacznie wyższa, jednak – z różnych przyczyn – oficjalnie nie zgłasza się ich. Trudno udowodnić taki czyn. Zeznania dziecka często wydają się niezbyt wiarygodne, nie można także wykluczyć wykorzystywania dziecka przy nieporozumieniach rodzinnych. Zdarza się, że do badania dzieci przyprowadzane są przez babcie lub ciotce, gdyż matki chroniąc mężów i konkubinów, przykrywają na pewne fakty oczy.

W takich przypadkach lekarz biegły ma niewdzięczne zadanie. Dziecko nie jest zwykłym rozmówcą, a charakter sprawy doprowadza do dodatkowych zahańowań (aczkolwiek spotkałam się

z kilkuletnimi dziewczynkami, rozprawiającymi swobodnie o seksie, używającymi bardzo jednoznacznego a nawet dosadnego języka). Zazwyczaj zachodzi konieczność konsultacji psychologicznej – psycholog ocenia prawdziwość dziecka. Fizyczne skutki „czynów lubieżnych” (tj. wszelkiego działania mającego na celu pobudzenie lub zaspokojenie popędu płciowego, realizowane poprzez kontakt fizyczny ale także bez takiego kontaktu, np. przez oglądanie obnażonego dziecka) mogą być bardzo różne – od najcięższych obrażeń ciała do braku jakichkolwiek śladów. Do rzadkości, na szczęście, należy podejmowanie przez sprawcę prób odbycia z dzieckiem pełnego stosunku płciowego – działania takie doprowadzają zazwyczaj do poważnych obrażeń narządów płciowych u dziewczynki i odbytu u chłopców. Także inne czyny, np. wprowadzanie palców lub przedmiotów do pochwy lub odbytu pozostawiają ślady, dające się stwierdzić podczas badania, o ile badanie takie zostało przeprowadzone szybko i fachowo. Co pewien czas powtarzają się większe sprawy kryminalne, gdy ten sam sprawca napastuje i wykorzystuje seksualnie kilkoro dzieci. Z własnej praktyki pamiętam sprawę, która dotyczyła młodego mężczyzny – zaczepiał on chłopców i wkładał im do odbytu patyk. Zdarzają się również przypadki zmuszania dzieci do stosunków oralnych, w jednej z takich spraw dziewczynka wypluła na odzież nasienie. Jego badanie pozwoliło na ustalenie grupy krwi sprawcy, co miało duże znaczenie dla jego identyfikacji (na szczęście dziewczynka miała inną grupę krwi niż sprawca i można było stwierdzone w płamach antygeny pochodzące z jej śliny wyeliminować). Na marginesie – wkrótce badania śladów nasienia – poprzez oznaczenie polimorfizmu DNA – umożliwią będą identyfikację sprawcy.

Wracając do tematu – ściąganie przes-

tępstw, o których mowa, jest zawsze z „urzędu”, tj. prowadzi je obligatoryjnie prokurator. Komentatorzy Kodeksu Karnego zgodnie przyjmują, że artykuł 176 k.k. ma na celu ochronę rozwoju psychofizycznego dziecka i jego dobro moralne. Dziecko poniżej lat 15 uważają za „dziecko, które nie osiągnęło jeszcze dojrzałości płciowej”, natomiast osobę w wieku powyżej 15 lat za „dojrzałą płciowo”. Oznacza to, że osoby powyżej 15. roku życia same decydują o swoim życiu seksualnym i podejmowane przez nie dobrowolnie stosunki płciowe nie stanowią już przestępstwa. Natomiast zgoda dziecka poniżej 15 roku życia nie ma żadnego znaczenia prawnego i nie uwalnia sprawcę od odpowiedzialności kamej, o ile był on świadom wieku tej osoby. W praktyce zdarza się, że mężczyzna podejmuje współżycie z dziewczyną za jej zgodą, nie znając jej wieku metrykalnego a oceniając jej wiek po rozwoju fizycznym i ogólnym wyglądzie. Wówczas nie ma podstaw, aby pociągnąć go do odpowiedzialności. Wygląd nie ma natomiast znaczenia, gdy sprawcą jest członek rodziny czy nauczyciel. W praktyce prokurator żąda od medyka sądowego oceny „wyglądu wiekowego” dziewczyny. Ocena wieku na oko jest zawsze nieprecyzyjna, a wygląd dziewczyny na randkach i podczas badania może być skrajnie różny – wystarczy inny ubiór i brak makijażu. Miałam w praktyce przypadek, który dotyczył dziewczynki 13-letniej. Kilku żołnierzy odbyło z nią stosunki płciowe, żaden z nich nie widział jej, bo było ciemno, tylko ją dotykali. Podczas badania stwierdziłam, że dziewczynka ma wyjątkowo dziecienną twarz, jest niska, ogólnie wygląda na osobę poniżej 15. roku życia, ale ma bardzo silnie rozwinięty biust, niespotykany u dziewczynek 13-letnich. Opierając się na jakości biustu sprawcy nie mieli wątpliwości co do wieku tej partnerki seksualnej.

PIERWSZE KROKI

Ogłoszony przez nas konkurs na wspomnienia o początkach pracy w zawodzie lekarza rozstrzygnięty! Redakcja postanowiła przyznać pierwszą i jedyną nagrodę w wysokości 2 mln zł kol. Zdzisławie Abraszko. Gratulujemy. Poniżej rozpoczynamy druk nagrodzonej pracy:

Zdałam ostatni egzamin. Koniec. Skończyłam studia lekarskie. Jestem lekarzem. Wyszedłam z Zakładu Medycyny Sądowej na słoneczną ulicę. Piękna październikowa pogoda. Spadają dojrzałe kasztany z drzew. Pomyślałam o tych latach wyrzeczeń, bez zabaw, randek, kina, teatru, zakuwanie po nocach, czasem do rana, zapychanie głodu chlebem ze stołówki. Smalec na śniadanie, to samo na kolację. Czasem tylko chleb i herbata bez cukru. Mieszkanie w ośmiuosobowym pokoju. Skrupulatne liczenie jak i na co wydać to skromne stypendium.

Były to lata głodne ale miłe. Była równość w biedzie i życzliwość. Nie umrzesz z głodu w akademiku. Poczęstuj cię tym, co jest, z nowej paczki z domu, lub resztą smalcu ze stoika i ostatnim chlebem. Idziesz na randkę z sympatią, koleżanki pożyczą ci najpiękniejszy strój, jaki będzie w akademiku.

Koniec z cyganerią! Muszę być elegancko ubraną kobietą, cenioną, szanowaną i bogatą.

Idąc ulicą Chałubińskiego rozmawiałam o dotychczasowym życiu. Coś osiągnęłam. Miałam wrażenie, że wyszłam na szczyt góry, a teraz co dalej?

Muszę myśleć o przyszłości. Egzaminami zdawałam bardzo dobrze. Należałam do najlepszych studentek. Chciałam zostać w klinice na neurologii. Niestety. Nie ma możliwości zatrudnienia w klinikach. Należy odpracować te pieniądze, które wypracował w ciężkim pocie robotnik na nasze studia. Obowiązuje nakaz pracy. Jeśli pospieszę się z egzaminami, mogę dostać skierowanie do większego miasta w obrębie województwa wrocławskiego.

Nie było uroczystego wręczenia dyplomu, przysięgi Hipokratasa, życzenia pomysłnego startu i dalszego życia. Nic z tego.

Staję przed komisją społeczną, która zadecyduje o mojej przyszłości. Nie ma żadnych rozmów, dyskusji, innych propozycji: Legnica. Tam są wszystkie podstawowe oddziały oraz oddział neuro-

logiczny. Ucieszyło mnie to. Będę miała możliwość załapać się na neurologię. Legnica to tylko 70 km od Wrocławia. Zresztą to tylko dwa lata.

Pojechałam do nieznanego miasta. Nie wiedziałam dokładnie, jak się nazywa: Legnica, Lignica? Wsiadając z pociągu zobaczyłam piękny dworzec. Przed dworcem aleja kasztanów jak we Wrocławiu. Idę dalej. Uroczy drewniany domek jak z bajki, obok staw i stare drzewa. Pytam o szpital.

– Ja nie panimaju – słyszę odpowiedź.

Wreszcie spotykam mieszkańca Legnicy, który wskazał mi drogę. Budynek szpitalny, który ujrzałam, przeszedł moją najgorszą wyobraźnię. Ciąg czynszowych kamienic, niższe, wyższe, szare, bure, postrzelone, a na środku napis: Szpital Miejski w Legnicy.

Nie analizuję, nie myślę, wchodzę. Mały hol czy poczekalnia. Tłum ludzi. Trudno przepchać się. Dotarłam do portiera. Powiedział mi, że dyrektor operuje. Jest jeszcze drugi szpital z interną i neurologią. Podziękowałam i ruszyłam na poszukiwanie następnego szpitala. Znalazłam go na krańcu miasta. Stary budynek przypominający klasztor, są jakieś drzewa i podjazd. Sympatyczny dyrektor przyjął mnie życzliwie. Zatrudnienie na pełnym etacie, w tym 1/2 etatu na internie i pół etatu na neurologii. Pokoik na miejscu. Mogę mieć dyżur szpitalne. Podwiózł mnie samochodem do kierownika Wydziału Zdrowia. Była to pani, osoba tęga, trochę zaniedbana. Podobno kiedyś pracowała jako traktorzystka w ZSRR. Przyjęła mnie radośnie.

– Czekamy na was – powiedziała.

– Nie mam internistów, chirurgów, pediatrów. Zatrudnię każdego lekarza. Podpisałam umowę. Wysłałam w skronkach. Udało mi się – cieszyłam się. Trafiłam na życzliwych lekarzy. Będę pracować na neurologii. Postanowiłam zwiedzić miasto. Zobaczyłam wspaniałe kościoły, zabytkowy kompleks budynków barokowych, lecz, niestety, za-



Lek. med. Zdzisława Abraszko jest specjalistką II stopnia w dziedzinie neurologii, obecnie na emeryturze. Mieszka w Legnicy.

niedbanych. Ciekawe nazwy ulic: Panieńska, Grodzka, Złotoryjska, Chojnowska. Zadowolona pojechałam do domu po ubranie i na spotkanie z przyjaciółmi. Jedna z koleżanek nie studiowała. Pracowała w kopalni.

– Ile będziesz zarabiać? – zapytała.

– 1200 złotych – powiedziałam dumnie. Popatrzyła na mnie ze zdziwieniem.

– Nie szkoda ci tyle lat wyrzeczeń, najładniejszych lat życia, dalej w to bmniesz?

– powiedziała z dezaprobatą.

– Będę miała dodatkowe dyżury – odpowiedziałam.

– Być może zarobisz jeszcze 600 złotych za nie przespane noce. Po dyżurze dalsza praca. Musisz być uprzejma, grzeczna, życzliwa dla pacjentów, chociaż głowa ci pęka z bólu i niewyspania. Nie myślisz o tym?

– Myślę. Utrzymywałam się za 300 złotych i czasem coś odłożyłam.

– Nie masz 19 lat lecz kilka lat więcej. Czas pomyśleć o domu, mężu. Bujasz w obłokach. Tu nie jest ustrój dla inteligencji. Schowaj swój dyplom. Przyjdź do mnie, zatrudnię cię jako gońca. Otrzymasz pensję 2500 złotych i premię do 50%, a po 6 miesiącach mieszkanie. Jak będziesz miała mieszkanie, powiesz dyrektorowi, że skończyłaś właśnie studia. Zatrudnią cię jako lekarza. Dostaniesz jeszcze jakieś odznaczenie! Goniec lekarzem! Frontem do klasy robotniczej!

– Nigdy bym tego nie zrobiła. To jest oszustwo. Ktoś płacił za moje studia.

– Mówisz jak *Trybuna Ludu* – uśmiechnęła się – Zastanów się. Będziesz od dawna głodowe stypendium przez całe życie. Wspomnisz moje słowa. Inteligencja to niewolnictwo dwudziestego wieku w ustroju dyktatury proletariatu – zakończyła.

cdn.

Zdzisława Abraszko

STYPENDIA I STAŻE ZAGRANICZNE

Z Departamentu Nauki i Kształcenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej otrzymaliśmy informator dla kandydatów na stypendia i staże zagraniczne. Opracowano go na podstawie umów kulturalnych (rządowych) zawartych między Polską a innymi krajami europejskimi oraz na podstawie danych przekazanych przez Ministerstwo Edukacji Narodowej.

Proponowane limity wyjazdowe mają charakter stypendiów o określonej długości (np. 4 miesiące) bądź puli tzw. osobo-miesiący. Drugi rodzaj oznacza, że od komisji kwalifikacyjnej zależy, w jaki sposób wyjazdy zostaną podzielone, tzn. pomiędzy ilu kandydatów i na jak długi okres.

Bliższe informacje dotyczące terminów i trybu zgłaszania można otrzymać w redakcji. Poniżej przedstawiamy tablicę zbiorczą (k.p.)

Kraj	Rodzaj wyjazdu				Język				Wiek	Długość pobytu lub liczba osobo-miesiący
	SN	SS	M	SJ	A	F	N	I		
Austria	+	+	-	-	+	-	+	-	40	2 miesiące
Belgia Wspólnota Flamandzka	+	+		-	+	+	-	-	35 35 b.o.	9 miesięcy 6 osobo-mies. 10 dni
Wspólnota Francuska	+	+	+	-	-	+	-	-	b.o. b.o.	3 osobo-mies. 10 dni
Dania	+	+	-	-	+	-	+	+	35 b.o.	4 lub 8 mies. 4 miesiące
Finlandia	+	+	-	-	+	-	+	+	35	4 miesiące
Francja	+	+	+	+	+	+	-	-	35 b.o. 35	60 osobo-mies. 14 dni 1 miesiąc
Holandia	+	+	+	-	+	-	+	+	35 b.o.	15 osobo-mies. 14 dni
Hiszpania	+	+	-	-	+	+	-	+	35	3 lub 6 mies.
RFN	+	-	-	+	+	-	+	-	40 b.o.	12 miesięcy 1 miesiąc
Norwegia	+	+	-	-	+	-	+	+	40	12 osobo-mies.
Szwecja	+	+	+	-	+	-	+	+	35 b.o.	4 miesiące 14 dni
Wielka Brytania	+	-	+	-	+	-	-	-	35 55	3-10 mies. 2-4 tygodni
Włochy	+	+	-	-	+	+	-	+	35	3 lub 6 mies.
USA	+	-	-	-	+	-	-	-	38	12 lub 24 mies.
Rada Europy	+	+	-	-	+	+	+	+	55	2 tyg. - 10 mies.

SN - stypendium naukowe
SS - stypendium szkoleniowe
M - misja

SJ - stypendium językowe
A - angielski
F - francuski

N - niemiecki
I - inne języki

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 kwietnia 1993 r.

w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy

Na podstawie art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1974 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. 1983 r., Nr 30, poz. 143, z 1985 r., Nr 4, poz. 15, z 1986 r. Nr 42, poz. 202, z 1989 r. Nr 4, poz. 21 i Nr 35, poz. 192 oraz z 1991 r. Nr 104, poz. 450, Nr 106, poz. 457 i Nr 110, poz. 474), zarządza się, co następuje:

Par. 1. Orzeczeniem lekarskim, w rozumieniu rozporządzenia, jest orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy, wydane przez lekarza, lekarza dentyście z zastrzeżeniem par. 2 oraz zatrudnionego w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej starszego felczera i felczera.

Par. 2. Orzeczenie lekarskie, o którym mowa w par. 1, oraz orzeczenia stwierdzające przewidywaną datę porodu i datę odbytego porodu mogą wydawać prywatnie praktykujący lekarze i lekarze dentyści, jeżeli złożą oświadczenie we właściwym terenie, ze względu na miejsce wykonywania prywatnej praktyki, oddziale Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, że zobowiązują się do przestrzegania przepisów rozporządzenia, w szczególności w zakresie prowadzenia wymaganej dokumentacji wydawanych orzeczeń i jej udostępniania lekarzom kontroli nad orzecznictwem lekarskim, o którym mowa w par. 17 ust. 1 pkt 2, oraz postępowania związanego z wyczerpaniem okresu zasiłkowego.

Par. 3. 1. Orzeczenie lekarskie jest jednym z elementów postępowania diagnostyczno-leczniczego.

2. Przy wydawaniu orzeczenia lekarskiego należy brać pod uwagę wszystkie okoliczności istotne dla oceny stanu zdrowia pracownika ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju i warunków pracy.

Par. 4. Czasową niezdolność do pracy z powodu choroby stanowi okres:

- 1) ustalony w odpowiednim orzeczeniu lekarskim wydanym pracownikowi,
- 2) udokumentowany okres pobytu pracownika w szpitalu.

Par. 5. 1. Orzeczenie lekarskie jest wydawane na formularzu o czasowej niezdolności do pracy według wzoru ustalonego przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Prezsem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

2. Orzeczenie, o którym mowa w ust. 1, jest poufne.

Par. 6. 1. Orzeczenie lekarskie wydaje się wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia pracownika.

2. W razie potrzeby przeprowadzenia

badania diagnostycznych lub specjalistycznych, orzeczenie lekarskie wydaje się na okres odpowiadający terminom wyznaczonych badań diagnostycznych lub specjalistycznych.

Pracownika należy poinformować o niezbędności przeprowadzenia dalszych badań i w razie potrzeby wystawić mu odpowiednie skierowanie.

Par. 7. 1. Wpis w dokumentacji medycznej, związanej z wydanym orzeczeniem lekarskim, powinien zawierać:

- 1) datę badania, jeżeli badanie jest przeprowadzone w warunkach ambulatoryjnych lub domowych,
- 2) wywiad chorobowy, dane o dotychczasowym leczeniu oraz o przerwach w pracy spowodowanych chorobą,
- 3) wyniki badania przedmiotowego oraz wyniki badań dodatkowych,
- 4) rozpoznanie choroby oraz jej numer statystyczny,
- 5) zastosowane leczenie,
- 6) okres niezdolności do pracy w razie jej stwierdzenia,
- 7) wskazania lekarskie,
- 8) podpis i pieczęć osoby wydającej orzeczenie.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do wpisów w dokumentacji medycznej w razie odmowy wydania orzeczenia lekarskiego.

Par. 8. Orzeczenie lekarskie wydaje:

1) lekarz, lekarz dentysta prowadzący leczenie na okres, w którym pracownik ze względu na stan zdrowia powinien powstrzymać się od pracy, jednak nie dłuższy niż do dnia, w którym według oceny lekarza prowadzącego leczenie niezbędne jest ponowne badanie stanu zdrowia pracownika,

2) lekarz, lekarz dentysta stacji pogotowia ratunkowego (działu pomocy doraźnej) – na okres do 3 dni, a w razie ogłoszenia na danym terenie epidemii lub klęski żywiołowej – do 6 dni,

3) ordynator właściwego oddziału i jego zastępca lub lekarz tego oddziału upoważniony przez ordynatora – na okres po wypisaniu pracownika ze szpitala, z zastrzeżeniem wymagań określonych w pkt 1,

4) starszy felczer, felczer jednorazowo na okres do 7 dni z tym, że łącznie orzeczonego okresu niezdolności nie może być dłuższy niż 14 dni.

Par. 9. 1. Orzeczenie lekarskie wydaje się na okres od dnia badania lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania.

2. Orzeczeniem lekarskim może być objęty okres nie dłuższy niż 3 dni poprze-

dzające badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że pracownik w tym okresie niewątpliwie był niezdolny do pracy, a orzeczenie lekarskie nie zostało wydane we właściwym czasie.

3. Orzeczenie lekarskie może być wydane ponadto na okres wcześniejszy niż 3 dni od dnia badania przez:

1) lekarza psychiatrę – w razie stwierdzenia lub podejrzenia zaburzeń psychicznych ograniczających zdolność pracownika do oceny własnego postępowania,

2) prowadzącego leczenie w zakładzie opieki zdrowotnej lekarza, lekarza dentyście i starszego felczera, felczera, gdy stan zdrowia pracownika nie budził wątpliwości co do niezdolności do pracy, a orzeczenie lekarskie nie zostało wydane we właściwym czasie – z tym, że okres, za który może być wydane to orzeczenie, nie może przekroczyć 10 dni.

4. Wydanie orzeczenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, może nastąpić wyłącznie po analizie ustalonych przyczyn niewydania orzeczenia we właściwym czasie, przeprowadzonej przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej i dokonaniu przez niego odpowiedniego wpisu do dokumentacji lekarskiej.

Par. 10. 1. Pracownik, który nie godzi się z odmową wydania orzeczenia lekarskiego, może w dniu odmowy lub następnym wystąpić do kierownika zakładu opieki zdrowotnej z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania stanu zdrowia.

2. Badanie, o którym mowa w ust. 1, przeprowadza kierownik zakładu opieki zdrowotnej, w razie potrzeby przy udziale odpowiednich specjalistów wymienionych w par. 19 ust. 3 w terminie do 3 dni od daty wniosku.

3. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej stosownie do oceny stanu zdrowia pracownika, który wystąpił z wnioskiem określonym w ust. 1, wydaje orzeczenie lekarskie lub odmawia wydania takiego orzeczenia, dokonując odpowiedniego wpisu do dokumentacji medycznej i powiadamiając lekarza, lekarza dentyście, starszego felczera i felczera prowadzących leczenie.

4. Orzeczenie lekarskie wydane przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej obejmuje okres od dnia odmowy wydania orzeczenia przez lekarza, lekarza dentyście, starszego felczera i felczera prowadzących leczenie, do dnia, w którym przeprowadził badanie.

5. W przypadku gdy kierownik zakładu opieki zdrowotnej nie jest lekarzem, czynności określone w ust. 2-4 wykonywane są przez upoważnionego przez niego lekarza.

6. Przepisów ust. 1-5 nie stosuje się do orzeczeń lekarskich wydawanych przez prywatnie praktykujących lekarzy i lekarzy dentyistów.

Par. 11.1. Okres czasowej niezdolności do pracy w związku z pobytem pracownika w szpitalu liczy się od dnia przyjęcia do szpitala do dnia wypisania ze szpitala.

2. O przyjęciu pracownika szpital zawiadamia bezzwłocznie jego zakład pracy telefonicznie, pocztą lub w inny sposób – nie podając rozpoznania lekarskiego.

3. Zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy za okres pobytu pracownika w szpitalu z zastrzeżeniem par. 26 wystawia na formularzu określonym w par. 5 – ordynator, jego zastępca lub lekarz tego oddziału upoważniony przez ordynatora. Zaświadczenie to należy wystawiać co 14 dni w celu umożliwienia wypłaty zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy.

Par. 12.1. Orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania przez pracownika opieki nad chorym członkiem rodziny wydają:

1) lekarz, lekarz dentyista prowadzący leczenie dziecka do lat 14 lub innego chorego członka rodziny,

2) starszy felczer i felczer prowadzący leczenie innego niż dziecko do lat 14 chorego członka rodziny; przepis par. 8 pkt 4 stosuje się odpowiednio,

3) właściwy ordynator oddziału, jego zastępca lub lekarz tego oddziału upoważniony przez ordynatora – w odniesieniu do:

a) członków rodziny pracownika wypisywanych ze szpitala,

b) matek przebywających w szpitalu wyłącznie z powodu karmienia dziecka piersią lub konieczności pełnienia osobistej opieki nad chorym dzieckiem, ze względu na rodzaj leczonego schorzenia.

2. Orzeczeniami lekarskimi, o których mowa w ust. 1 pkt 1, może być objęty okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że stan zdrowia chorego dziecka do lat 14 lub innego chorego członka rodziny wymagał konieczności sprawowania nad nim opieki przez pracownika.

3. Orzeczeniami lekarskimi, o których mowa w ust. 1 pkt 2, może być objęty okres

nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że stan zdrowia chorego członka rodziny, z wyjątkiem dziecka do lat 14, wymagał konieczności sprawowania nad nim opieki przez pracownika.

4. Orzeczeniami lekarskimi, o których mowa w ust. 1, może być ponadto objęty okres do 10 dni poprzedzających badanie w razie gdy stan zdrowia chorego członka rodziny nie budził wątpliwości co do konieczności sprawowania nad nim opieki przez pracownika, a orzeczenie lekarskie nie zostało wydane we właściwym czasie.

5. Do orzeczeń lekarskich, o których mowa w ust. 4, stosuje się odpowiednio par. 9 ust. 3 pkt 2 i ust. 4.

Par. 13.1. Kobięcie ciężarnej występującej o urlop macierzyński przed porodem lekarz prowadzący leczenie wydaje pisemne potwierdzenie przewidywanej daty porodu.

2. Datę odbytego porodu stwierdza pisemnie:

1) ordynator oddziału, jego zastępca lub lekarz tego oddziału upoważniony przez ordynatora – w razie odbycia porodu w szpitalu lub

2) lekarz albo położna zatrudniona w zakładzie opieki zdrowotnej w pozostałych przypadkach.

Par. 14.1. Nie później niż na 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego lekarz prowadzący leczenie w warunkach ambulatoryjnych, domowych oraz szpitala przeprowadza badania i ocenę, czy stan zdrowia pracownika:

1) rokuje odzyskanie zdolności do pracy przed zakończeniem okresu zasiłkowego,

2) uzasadnia wystąpienie z wnioskiem o przedłużenie wypłat zasiłku chorobowego na okres nie dłuższy niż 3 miesiące,

3) uzasadnia złożenie wniosku o ustalenie prawa do renty inwalidzkiej.

2. Nie później niż na 60 dni przed zakończeniem przedłużonego okresu zasiłkowego lekarz, o którym mowa w ust. 1, przeprowadza badanie i ocenia, czy stan zdrowia pracownika uzasadnia odpowiednie zastosowanie przepisu ust. 1 pkt 1 lub pkt 3 albo uzasadnia złożenie wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

3. Lekarz prowadzący leczenie powinien poinformować pracownika, o terminie badań określonych w ust. 1 i 2 w toku prowadzonego leczenia.

4. Badanie, o którym mowa w ust. 1 i 2 przeprowadza się w domu pracownika, jeśli jest obłożnie chory.

Par. 15. Stosownie do wyników oceny, o której mowa w par. 14. ust. 1 i 2, lekarz prowadzący leczenie:

1) w razie zasadności wszczęcia postępowania o przedłużenie prawa do zasiłku chorobowego – informuje pracownika o celowości niezwłocznego wystąpienia przez niego z odpowiednim wnioskiem o to przedłużenie, a następnie w przedłożonym wniosku dokonuje odpowiedniego wpisu,

2) w razie zasadności wszczęcia postępowania o ustalenie prawa do renty inwalidzkiej – wystawia zaświadczenie o stanie zdrowia dla potrzeb komisji lekarskiej do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, informując pracownika o potrzebie niezwłocznego zgłoszenia wniosku o ustalenie prawa do renty,

3) w razie zasadności wszczęcia postępowania o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego – wystawia zaświadczenie o stanie zdrowia dla potrzeb komisji lekarskiej do spraw inwalidztwa i zatrudnienia, informując pracownika o potrzebie niezwłocznego zgłoszenia wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Par. 16. Kontrola nad orzecznictwem lekarskim polega na ocenie prawidłowości:

- 1) orzeczeń lekarskich,
- 2) stosowania zasad określonych w par. 6 ust. 1 i par. 8 niniejszego rozporządzenia,
- 3) prowadzenia dokumentacji medycznej,
- 4) wpisu numeru statystycznego choroby lub urazu na orzeczeniu o czasowej niezdolności do pracy.

Par. 17.1. Kontrole nad orzecznictwem lekarskim wykonują:

- 1) kierownicy zakładów opieki zdrowotnej,
- 2) wojewódzcy lekarze kontroli nad orzecznictwem lekarskim oraz lekarze kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy oddziałów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

2. Lekarze, o których mowa w ust. 1 pkt 2, przeprowadzają kontrolę wspólnie lub oddzielnie.

Par. 18.1. Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej obowiązani są do:

- a) sprawowania kontroli nad orzecznictwem lekarskim lekarzy, lekarzy dentyistów, starszych felczerów, felczerów prowadzących leczenie w zakładach opieki zdrowotnej – w zakresie określonym w par. 14-16 – przy wykorzystaniu w razie potrzeby konsultacji specjalistycznych,

b) wyjaśniania spraw:

– w których wydane orzeczenia o czasowej niezdolności do pracy budzą wątpliwości zgłaszane przez kierowników zakładów pracy i oddziały Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, przy wykorzystaniu w razie potrzeby konsultacji specjalistycznych,
– określonych w par. 9 ust. 3 pkt 2 oraz w par. 12 ust. 4.

2. W przypadku gdy kierownik zakładu opieki zdrowotnej nie jest lekarzem, czynności określone w ust. 1 wykonywane są przez upoważnionego przez niego lekarza.

Par. 19.1. Wojewódzkich lekarzy kontroli nad orzecznictwem lekarskim powołują wojewodowie spośród specjalistów jednej ze specjalności klinicznych po zasięgnięciu opinii okręgowej rady lekarskiej i po porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej.

2. Lekarzy kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy oddziałów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych powołuje Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na wniosek dyrektorów oddziałów, działających w porozumieniu z okręgowymi radami lekarskimi.

3. Lekarzy konsultantów dla lekarzy określonych w ust. 1 i ust. 2 powołują wojewodowie spośród ordynatorów publicznych szpitali wojewódzkich lub innych specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny – po zasięgnięciu opinii okręgowych rad lekarskich.

4. Obsługę organizacyjną i finansową wojewódzkich lekarzy kontroli nad orzecznictwem lekarskim wykonuje publiczny zakład opieki zdrowotnej wyznaczony przez wojewodę.

Par. 20. Lekarze prowadzący kontrole orzecznictwa lekarskiego mają prawo wstępu do dokumentacji medycznej osób, którym wydano orzeczenie lekarskie, w zakresie niezbędnym do wykonania kontroli.

Par. 21. Lekarze wymienieni w par. 19 obowiązani są do:

1) przeprowadzenia na terenie województwa kontroli nad orzecznictwem lekarskim lekarzy, lekarzy dentyistów, starszych felczerów i felczerów prowadzących leczenie w zakładach opieki zdrowotnej oraz lekarzy, o których mowa w par. 2 – w zakresie określonym w par. 16 przy wykorzystaniu w razie potrzeby konsultacji specjalistycznych,

2) sprawowania kontroli nad prawidłowością działania kierowników zakładów opieki zdrowotnej w zakresie określonym w par. 10. i par. 18,

3) sporządzania protokołów z kontroli

wraz z wnioskami dla kierownika zakładu opieki zdrowotnej i dyrektora oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,

4) przekazywania wojewodom, dyrektorom oddziałów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej na ujednoliconych arkuszach rocznych analiz i wniosków wynikających z kontroli nad orzecznictwem lekarskim przeprowadzonych na terenie województwa.

Par. 22. 1. W razie stwierdzenia powtarzających się i istotnych uchybień w wydawaniu orzeczeń lekarskich:

a) przez lekarzy zakładów opieki zdrowotnej – lekarze kontroli określani w par. 19 występują z wnioskiem do kierownika zakładu opieki zdrowotnej o dodatkowe przeszkolenie lekarza,

b) przez lekarzy, o których mowa w par. 2 – lekarze kontroli określani w par. 19 zobowiązują tych lekarzy do odbycia przeszkolenia.

2. W razie odmowy odbycia przeszkolenia:

a) przez lekarzy, o których mowa w ust. 1 pkt. a), kierownik zakładu opieki zdrowotnej występuje do właściwej terytorialnie okręgowej rady lekarskiej z wnioskiem o wszczęcie odpowiedniego postępowania,

b) przez lekarzy, o których mowa w ust. 1 pkt. b), lekarze kontroli, o których mowa w par. 19, występują do właściwej terytorialnie okręgowej rady lekarskiej z wnioskiem o wszczęcie odpowiedniego postępowania.

3. Kierowników oddziałów szpitali (ordynatorów) zobowiązanych do przeprowadzenia szkoleń, o których mowa w ust. 1, wyznacza wojewoda po zasięgnięciu opinii właściwej terytorialnie okręgowej rady lekarskiej.

4. Kierowników szpitali klinicznych wyższych uczelni medycznych i medycznych jednostek badawczo-rozwojowych zobowiązanych do przeprowadzenia szkoleń, o których mowa w ust. 1, wyznacza odpowiednio rektor lub dyrektor medycznej jednostki badawczo-rozwojowej.

Par. 23. Nadzór nad orzecznictwem lekarskim w szpitalach, o których mowa w par. 11, sprawują kierownicy oddziałów w szpitalach (ordynatorzy), i w szpitalach klinicznych wyższych uczelni medycznych i medycznych jednostkach badawczo-rozwojowych.

Par. 24. Orzeczenie lekarskie wystawione pracownikowi, objętemu opieką przychodni lekarskiej, przeznaczonej dla pracowników danego zakładu pracy, przez lekarza nie zatrudnionego w tej przychodni, powinno być zarejestrowane w przychodni lekarskiej

przeznaczonej dla pracowników danego zakładu pracy niezwłocznie po przekazaniu tego orzeczenia przez zakład pracy.

Par. 25. Właściwość i tryb wydawania decyzji nakazującej wstrzymanie się pracowników od pracy w związku ze zwalczaniem chorób zakaźnych regulują przepisy o zwalczaniu tych chorób.

Par. 26. 1. Za pobyt pracownika w szpitalu uważa się również okres pobytu w sanatorium uzdrowiskowym, jeżeli wojewódzka komisja lecznictwa uzdrowiskowego lub inny dysponent skierowań stwierdzi, że potrzeba leczenia w takim sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z chorobą zawodową lub zagrożeniem taką chorobą, z wypadkiem przy pracy lub chorobą mającą związek ze szczególnymi właściwościami lub warunkami pracy.

2. Jeżeli czasokres leczenia w sanatorium uzdrowiskowym jest dłuższy od przysługującego pracownikowi urlopu, wojewódzka komisja lecznictwa uzdrowiskowego lub inny dysponent skierowań może w części uzupełniającej uznać takie leczenie za okres pobytu w szpitalu.

3. W przypadkach określonych w ust. 1 i 2 orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy wystawia na formularzu określonym w par. 5 po zakończeniu leczenia kierownik sanatorium uzdrowiskowego, na podstawie odpowiedniego stwierdzenia dokonanego przez wojewódzką komisję lecznictwa uzdrowiskowego lub innego dysponenta skierowań.

Par. 27. Przepisy rozporządzenia stosuje się odpowiednio do zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych lub nadzorowanych przez Ministrów: Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych oraz Transportu i Gospodarki Morskiej jak również do pracowników i członków rodzin uprawnionych do korzystania ze świadczeń tych zakładów.

Par. 28. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 grudnia 1988 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy (Dz. U. Nr 42, poz. 337; z 1991 r. Nr 116, poz. 506).

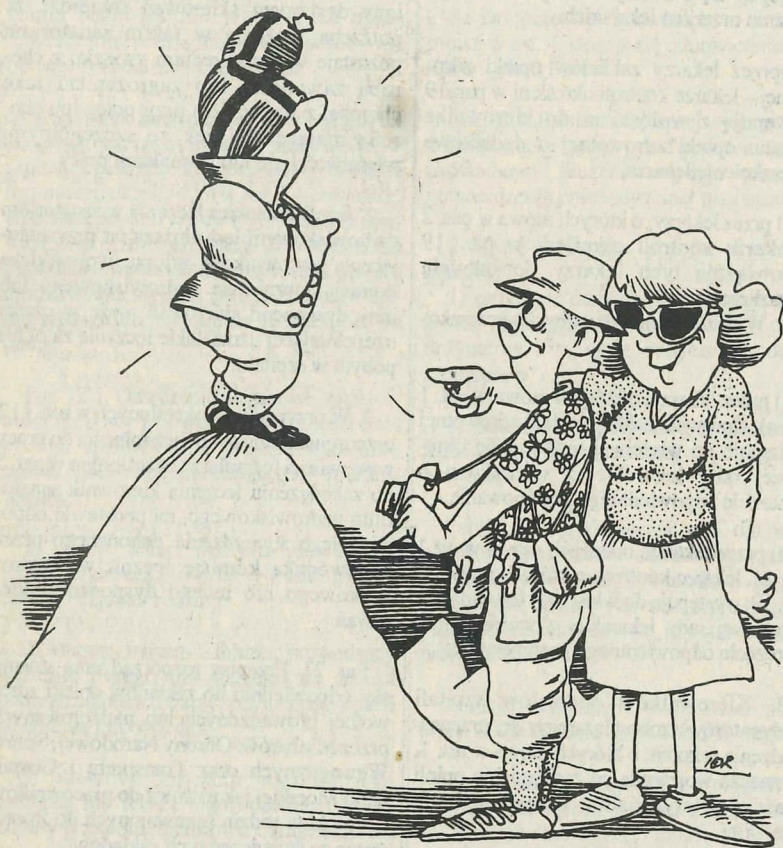
Par. 29. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

W porozumieniu
Minister Pracy i Polityki Socjalnej
Jacek Kuroń

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej
Andrzej Wojtyła

WAKACJE W NORWEGII

CZY TURYSTA MOŻE POZNAĆ PRAWDZIWEGO NORWEGA?



Rolnik uprawiający górskie gospodarstwo, rybak, pieszy turysta wspinający się na wysokie szczyty gór? Kim jest „Den Ekte Nordmann”, Prawdziwy Norweg?

Norweg, który stoi przy kiosku lub w kolejce przed wypożyczalnią filmów video jest tak samo typowy jak ten, który na Lofotach wyciąga z morza sieci pełne ryb.

Chociaż obecnie połowa mieszkańców Norwegii mieszka w miastach lub dużych skupiskach miejsko-wiejskich, to nadal „Prawdziwy Norweg” naznaczony jest narodowo-romantyczną kulturą wiejską. Norwegowie przede wszystkim kochają naturę. Pilnie strzegą własności prywatnej i

chętnie żyją samotnie. Jeszcze całkiem niedawno obowiązywało tutaj prawo pozwalające na budowę domu w takiej odległości, aby sąsiad mógł widzieć jedynie dym swego sąsiada.

Trudno jest jednym zdaniem określić narodowy charakter mieszkańców kraju, którego długość wynosi 2800 km. Z Oslo do Narviku jest taka sama odległość jak z Oslo do Rzymu. Norwegowie mieszkają w dużym rozproszeniu. Cechą, która zdecydowanie wyróżnia ich spośród innych narodów, jest niezwykle umiłowanie przyrody. Europejczycy uważają, że „ten prawdziwy Norweg” to naiwny, dobroduszny,

kochający naturę rybak. Przybysze odbierają Kari i Ola Nordmann'ów jako protestanckich purytanów, skrępowanych formalnymi przepisami i obawiających się kontaktów z obcymi.

Większość ludzi kojarzy Norwegię z przepiękną przyrodą, kryształowo czystą wodą i powietrzem oraz z dumnymi i nieprzystępnymi mieszkańcami. Takie odczucia mogą tworzyć wysokie ceny obowiązujące w tym kraju, zimny klimat, izolacja i duża odległość od kontynentu.

Kari i Ola Nordmann cechują się paradoksalną egalitarną indywidualnością. Z jednej strony starają się oni być jak najbardziej podobni do innych, a z drugiej strony pilnie chronią swoją odrębność.

Norweg bardzo niechętnie mówi o sobie. Europejczycy, Amerykanie przy pierwszym spotkaniu spontanicznie i serdecznie opowiedzą o swoim pochodzeniu, o tym co robią, co lubią, czego nie lubią... W Norwegii powszechnie obowiązuje zasada: nie okazuj czegokolwiek co uważasz, że jest czymkolwiek. Norweg chętnie interesuje się innymi, np. sąsiadami, ale woli nie nawiązywać z nimi bliższych kontaktów. Dlatego tak dobrze sprzedają się lometki w tym kraju.

Norweg większość wolnego czasu spędza w domu razem z rodziną. Obcym jest niezwykle trudno przekroczyć próg jego domu, ale jeśli ktoś raz go przekroczy, uważany jest za przyjaciela.

Turyści spotykają wielu Norwegów w niedzielne przedpołudnie na wycieczkach w górach. Jeśli chcą nawiązać z nimi rozmowę, muszą maszerować, a nie spacerować, a także nie mogą się odróżniać strojem od norweskich turystów. Słowem, muszą upodobnić się do tubylców, gdyż inaczej zostaną potraktowani jak obcy.

Norwegowie są ludźmi szczerze zamkniętymi i odnoszą się do obcych z rezerwą. Jeśli spojrzysz w oczy i uśmiechniesz się przyjaźnie do oczekującego tak jak ty na autobus, to ryzykujesz, że zostaniesz zmierzony od stóp do głów z pomrukiem: „nie znam go”. Po dojechaniu do celu podróży, zamiast powiedzieć: „przepraszam, chcę wysiąść”, siedzący przy oknie typowy Norweg zbiera swoje bagaże i wstaje. Oni nie używają słów do obcych, oni dają sygnały.

Nawiązanie przyjaźni z Norwegiem przypomina wyciskanie bardzo gęstego ketchupu z butelki o bardzo wąskiej szyjce. Ciśniesz butelkę, nic nie wychodzi. Powtarzasz czynność jeszcze raz, jeszcze raz i nic. Bolać cię palce od naciskania i nadal brak rezultatu. Zrezygnowany naciskasz kolejny raz i nagle ketchup wypływa w nadmiarze.

Nawiązanie kontaktu przez turystę zwiedzającego latem piękną Norwegię z prawdziwym, typowym Norwegiem jest bardzo problematyczne.

*Łączę pozdrowienia z Norwegii -
Barbara Gąsior-Chrzan*



✉ LIST OTWARTY

Zarząd Krajowy OZZL zredagował „List otwarty do Premiera i Ministra Zdrowia RP”, w którym domaga się przeprowadzenia kompleksowych rozmów na temat przyszłości służby zdrowia w Polsce. Bezpośrednią przyczyną napisania tego listu było ujawnienie projektu zmian w systemie ochrony zdrowia autorstwa tzw. Międzyresortowego Zespołu..., kierowanego przez wiceministra zdrowia p. Marka Balickiego.

Zapowiedziane w tym dokumencie zmiany stoją w zasadniczej sprzeczności z oczekiwaniami lekarzy i pacjentów w tej sprawie. Podobną ocenę wspomnianego projektu przedstawili liczni reprezentanci samorządu lekarskiego.

Istnieją przy tym inne projekty zmian w służbie zdrowia, wydaje się, że bardziej wychodzące naprzeciw naszym oczekiwaniom, np. dokument przedstawiony przez KSRM. Obawiamy się, że bez naszego zdecydowanego stanowiska projekty te nie zostaną wzięte pod uwagę:

LIST OTWARTY DO PREMIERA I MINISTRA ZDROWIA RP

Szanowna Pani Premier
Szanowny Panie Ministrze

Widzimy pilną potrzebę przeprowadzenia kompleksowych negocjacji na temat przyszłości służby zdrowia w Polsce.

W rozmowach powinni wziąć udział przedstawiciele Rządu, Parlamentu, Samorządu Lekarskiego, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy i reprezentanci pacjentów. Efektem negocjacji byłby społeczny układ: pakt o służbie zdrowia stanowiący propozycje ustaw regulujących:

- finansowanie służby zdrowia
- organizację usług medycznych
- sposób wynagradzania personelu medycznego.

Służba zdrowia w Polsce wymaga zmian ustrojowych, których wprowadzenie jest możliwe tylko przy akceptacji przez każdą ze stron. Dotychczasowe propozycje Ministerstwa

Zdrowia ignorują zupełnie stanowisko lekarzy w tej sprawie, nie wychodzą też naprzeciw oczekiwaniom pacjentów. Ochrona zdrowia jest zbyt poważnym problemem, żeby można sobie pozwolić na chybione decyzje; dlatego jeszcze raz wzywamy do podjęcia kompleksowych negocjacji na ten temat.

✉ STYPENDIA NIEMIECKIE

W. Pani Dr n. med. Barbara Bruziewicz-Miklaszewska
Przewodnicząca Komisji Współpracy z Zagranicą

Dolnośląska Izba Lekarska
50-333 Wrocław
ul. Matejki 6

Szanowna Pani Doktor,
Pozwalam sobie przedstawić Pani zasadnicze informacje, dotyczące stypendiów CARE Deutschland, przyznawanych lekarzom polskim przy współpracy z Polskim Towarzystwem Lekarskim i Polsko-Niemieckim Towarzystwem Współpracy Lekarzy. Stypendia te mają charakter praktyk klinicznych w dwóch szpitalach w Worms i Stuttgarcie. Są przeznaczone dla osób w wieku do 35 lat, posiadających co najmniej pierwszy stopień specjalizacji w oferowanych, licznych specjalnościach oraz wykazujących się dobrą znajomością języka niemieckiego. Rocznie przyznawanych jest 16 dwumiesięcznych stypendiów. Okólniki z ogłoszeniem naboru na następny rok kalendaryzowy rozsyłane są do wszystkich wojewódzkich oddziałów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w drugim półroczu roku poprzedzającego. Polsko-niemiecka komisja kwalifikacyjna dokonuje kwalifikacji kandydatów przeważnie w lutym danego roku stypendialnego. Nabór kandydatów na rok bieżący został już zakończony. Zainteresowanych stypendiami na rok 1994 prosimy o kontakt z Wojewódzkim Oddziałem PTL we Wrocławiu: Przewodniczący prof. dr Mieczysław Ujec, II Katedra i Klinika Ginekologii Akademii Medycznej, ul. Dyrekcyjna 5/7, 50-528 Wrocław, tel. 67 14 29.

Z poważaniem
Lidia Retkowska-Mika
CARE Deutschland
Polsko-Niemieckie Towarzystwo
Współpracy Lekarzy

✉ POSŁOWI RADA

(A) Rada Ekspertów przy Pośle Ziemi Wrocławskiej Ryszardzie Czarnieckim odbyła w niedzielę pierwsze w tym roku posiedzenie. Większość członków rady jest za tym, bym objął proponowaną mi funkcję wiceministra kultury – poinformował Ryszard Czarniecki, rzecznik prasowy ZChN podczas poniedziałkowej konferencji prasowej. – Podjąłem już w tej sprawie decyzję, ale na razie nie chcę jej ujawniać – dodał tajemniczo poseł.

Działająca od maja 1992 roku rada przy pośle postulowała zagwarantowanie odpowiednich nakładów na oświatę, kulturę, służbę zdrowia oraz ochronę środowiska i jak najszybsze wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

W skład rady wchodzi m.in. prof. Waław Leszczyński, prorektor Akademii Rolniczej, Stanisław Kościelniak, doradca ministra ochrony środowiska oraz dr Włodzimierz Bednorz, przewodniczącą Rady Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.
(Gazeta Wyborcza, nr 63/1142)

Złotoryja, dn. 17. 03. 1993r.

Wielce Szanowny

Pan dr n. med. Włodzimierz Bednorz
Przewodniczący Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

W dniu 16. 03. 1993r. w *Gazecie Wyborczej* (w części ogólnopolskiej) ukazała się krótka informacja dotycząca Rady Ekspertów przy Pośle Ziemi Wrocławskiej, Ryszardzie Czarnieckim, w której to notatce został Pan Przewodniczący wymieniony z imienia i nazwiska z zaznaczeniem pełnionej funkcji. Podkreślam, właśnie pełnionej funkcji, a nie miejsca, czy też stanowiska pracy. Taki sposób podania informacji wzbudził mój ogromny niepokój i mam nadzieję, że jest tylko i wyłącznie skutkiem tzw. manipulacji prasowej.

Niepokój mój bierze się stąd, że absolutnie, mimo udziału w większości posiedzeń Rady DIL i dokładnemu przysłuchiwaniu się sprawozdaniom z prac Prezydium DIL, nie mogę sobie przypomnieć, aby ww. gremia desygnowały Pana Przewodniczącego do reprezentowania DIL i współpracy z jakąkolwiek partią polityczną.

Żeby być dokładnie zrozumianym, chcę podkreślić, że nie neguję w tym momencie sympatii politycznych Pana Doktora, gdyż jest to prywatna sprawa każdego z nas, ale takie zestawienie informacji sugeruje

angażowanie się Izby Lekarskiej w działalność polityczną, a dokładnie ze ściśle określonym nurtem życia politycznego.

Uprzejmie proszę o zajęcie stanowiska w tej sprawie na łamach „Biuletynu Informacyjnego DIL”.

Z poważaniem
K. Kobyliński

Szkolna odpowiedź na list kolegi jest oczywiście prosta – nie jestem członkiem żadnej partii, w zespole ekspertów przy pośle Czarnieckim znalazłem się jako osoba prywatna, w gazecie po prostu chciano przybliżyć czytelnikom sygnatariuszy apelu, stąd, jak sądzę, znalazła się tam moja funkcja w DIL-u (bez mojej wiedzy).

Takie tłumaczenie nie wyczerpuje jednak istoty problemu ukrytego w tekście dra Kobylińskiego. Jestem bowiem podpisany pod apelem, który całkowicie mieści się w programie działań naszej Izby i podjętych uchwał VI Zjazdu DIL. Dla przypomnienia – jeśli nasi czytelnicy nie pamiętają przedmiotu sporu – podaję tekst apelu: stanowiska Rady Ekspertów przy pośle na Sejm RP Ryszardzie Czarnieckim (Klub Parlamentarny ZChN)

Przedstawiciele środowisk oświatowych, kultury, nauki i służby zdrowia skupieni w Radzie Ekspertów wyrażają zaniepokojenie niedostatecznym uwzględnieniem w budżecie państwa nakładów na te właśnie, tak istotne z punktu widzenia życia narodu dziedziny. Rozumiejąc sytuację ekonomiczną naszego państwa i wynikające z tego ograniczenia, wyrażamy nadzieję, że dodatkowe środki, jakie uzyska budżet państwa w roku 1993, przeznaczone będą na sferę budżetową. Przyszłoroczny budżet natomiast musi w większym stopniu zagwarantować odpowiednie nakłady na edukację, kulturę i służbę zdrowia. Postulujemy jak najszybsze wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Inwestycje w te sfery życia narodowego są bowiem inwestycjami trwałymi i przynoszą społeczeństwu niezmiernie korzyści. Dalsze oszczędzanie na oświacie, lecznictwie czy upowszechnianiu kultury bez np. ściągania nieopłaconych olbrzymich podatków od szeregu firm wydaje się być niecelowe i stwarza zagrożenie dla egzystencji narodu polskiego.

Rada Ekspertów

OGŁOSZENIA O PRACY

ZOZ Fabryczna, ul. Podróżnicza tel. 61-90-21 (23)

- lek. med - I° chirurgia ogólna (Przychodnia ul. Rogowska Nowy Dwór - pełny etat)

Okręgowy Szpital Kolejowy we Wrocławiu ul. Wiśniowa 36a zatrudni od 1 lipca 1993 r. lekarza medycyny w pełnym wymiarze czasu pracy w Pogotowiu Ratunkowym PKP.

Wynagrodzenie zgodne z „Porozumieniem w sprawie wynagrodzenia pracowników kolejowej służby zdrowia” z dnia 05.08.92 r.

Mieszkania nie zapewniamy.

Zespół Opieki Zrowotnej w Ząbkowicach Śl. zatrudni natychmiast lekarza anastezjologa lub specjalizującego się w tym zakresie.

Mieszkanie zapewniamy.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Bystrzycy Kłodzkiej ul. Okrzei 49 57-500 Bystrzyca Kłodzka tel. 246, 339, 473 zatrudni:

- lekarza internistę na stanowisko kierownika Wiejskiego Ośrodka Zdrowia w Łomnicy

- małżeństwo lekarskie - lekarz internista i pediatra, lub lekarze po stażu chcący specjalizować się w tych dziedzinach do pracy w Przychodni Rejonowej w Stroniu Śląskim.

Z chwilą podjęcia pracy zapewnione mieszkanie rodzinne.

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Złotym Stoku ul. Spacerowa 5, 57-250 Złoty Stok, tel. 175-117

zatrudni - lekarza internistę po specjalizacji.

Oddział wrocławski Polskiego Towarzystwa Lekarskiego zaprasza na *posiedzenie naukowe*, w dniu 9 czerwca o godz. 12.30 w sali wykładowej Katedry i Zakładu Mikrobiologii AM, Wrocław, ul. Chałubińskiego 4.

Temat: Zakażenia wklajające choroby hematologiczne przebiegające z immunosupresją.

Zespół Kliniki Hematologii AM i firma PFIZER

Przemysłowy Zespół Opieki Zdrowotnej Wrocław-Fabryczna składa zapotrzebowanie na zatrudnienie następujących pracowników na stanowisko:

Lekarz stomatolog

Wymagany kierunek studiów - Akademia Medyczna

Poziom wykształcenia - I° specjalizacji

Staż - 3 lata

Uwaga, tylko mężczyźni

Lekarz okulista

Wymagany kierunek studiów - Akademia Medyczna

Poziom wykształcenia - II°, ewentualnie, I° specjalizacji

Staż - 3 lata

Lekarz pediatra

Wymagany kierunek studiów - Akademia Medyczna

Poziom wykształcenia - II° specjalizacji, ewentualnie - I°

Staż - 3 lata

Uwaga, ewentualnie w niepełnym wymiarze

Lekarz rejonowy przemysłowy

Wymagany kierunek studiów - Akademia Medyczna

Poziom wykształcenia - I° lub II° specjalizacji

Staż - 3 lata

UWAGA! LEKARZE

ZAKŁAD USŁUG
SOCJALNYCH
POLITECHNIKI WROCŁAWSKIEJ
zatrudni lekarzy lub wykwalifikowane pielęgniarki na koloniach letnich w okresie wakacji 1993 roku.

Bliższe informacje można uzyskać pod telefonem nr 20-38-12 lub osobiście w Zakładzie Usług Socjalnych Politechniki Wrocławskiej bud. C-9 pok. 420

Wrocławianin w Ghadamesh

dalszy ciąg ze str. 17

W naszych czasach wodę czerpie się poprzez nawiert pompami z głębokości 1400 metrów. Oaza Ghadamesh położona na styku dzisiejszych granic Libii, Algerii i Tunezji w miejscu skrzyżowania dawnych szlaków karawan, była zamieszkiwana od tysięcy lat. Rzymianie nazywali ją Cydamae. W VII wieku zdobyli ją Arabowie, a w XVI wieku Turcy. Od początku XX wieku byli tu Włosi, a po II wojnie światowej aż do 1956 roku Francuzi, którzy wycofali się stąd dopiero w 4 lata po ogłoszeniu niepodległości Libii. Obecnie Ghadamesh liczy 7 tysięcy mieszkańców. Głównie są to Berberowie, Tuaregowie biali i błękitni (zwani tak od koloru zawoju „szesz” na twarzy), Arabowie i Murzyni. W 1983 r. całą ludność przeniesiono ze starego Ghadameshu do nowego i właśnie to stare opuszczone miasto jest jedną z największych atrakcji turystycznych Libii. Stary Ghadamesh leży w oazie o średnicy 2 km z 25 tysiącami palm – nie liczyliśmy ich, ale jest ich naprawdę dużo. Otacza je mur obronny z 7 bramami.

Nazajutrz, po śniadaniu przygotowanym przez nasze panie, wchodzimy do tego dziwnego miasta przez jedną z bram leżącą obok hotelu. „Miasto

podziemne”, „miasto umarłych” – różnie nazywane jest skupisko białych domów, o niezwykle wąskich uliczkach, w większości pokrytych sklepieniami dla ucieczki przed palącym słońcem oraz ułatwiający w dawnych czasach obronę przed obcymi plemionami. Orowadzający nas Tuareg mówi, że te gliniano-kamienisto-palmowe budowle liczą po kilkaset lat, a ludzie mieszkali w tym miejscu od czterech tysięcy lat. Zwiedzamy Plac Morwy, na którym jeszcze w 1890 roku sprzedawano drogą licytacji niewolników. Widzimy małe meczetki, opuszczone szkoły koraniczne z porzuconymi drewnianymi tabliczkami do nauki pisania oraz zachowany dom tuarecki zamieniony na muzeum. Tu wszystkie sprzęty wyglądają jak przed laty. Przebieramy się w stroje Tuaregów, bierzemy do rąk olbrzymi klucz od domu muzeum i robimy na dachu zdjęcia. Na płaskich dachach łączących się ze sobą mogły przebywać kiedyś tylko kobiety.

Po powrocie do hotelu jedziemy do Z a m k u Z ł e g o D u c h a – 10 km za oazą. Przejeżdżamy obok rozległych cmentarzy niewolników, Tuaregów i Beni Walid – są to tysiące nieregularnie rozmieszczonych kamieni pionowo wetkniętych w piasek, niektóre złożone z 2-3 kamieni z jednym leżącym w środku. Tu znajdujemy w piasku małe róże pustyni. Jest to siarczan magnezu skryształizowany w formę płatkowanego kwiatu. Zamek Złego Ducha (Gasr Gulh) jest starą budowlą berberyjską na

wzgórzu, strzegącą dawnych dróg wylotowych z Ghadameshu. Stojąc na jego szczycie widzimy styk trzech granic: Libii, Algerii (Fort Saint) i Tunezji (oaza Borz Hadra). Resztki obronnego zamczyska otaczają zięjący otwór studni. Ponoć, gdy Arabowie oblegani byli bez skutku przez Berberów, jeden z oblegających wpadł na pomysł, by zrobić podkop i przeciąć liny spuszczone do studni. Dzięki temu fortelowi zdobyto zamek, a zmyślnego Berbera nazwano Złym Duchem. Podkop ten oglądamy schodząc w dół ścieżką w połowie wysokości wzgórza.

I czas już wracać. Jeszcze przy wylocie z miasta tankujemy benzynę koło innego cmentarza (Beni Vazit) z białym, najbardziej tu czczonym marabutem Sidi Badri. Tenże Sidi Badri przybył do Ghadameshu razem z jego zdobywcą Sidi Ukbą z miasta Badr koło Mekki.

Przed nami blisko 600 km drogi przez pustynię do Trypolisu. Jutro zwiedzanie stolicy Libii wraz z bogatym muzeum w cytadeli, a pojutrze wyruszamy do Sabrathy – starożymskich wykopalisk z największym w Afryce północnej amfiteatrem, ale o tym opowiem już kiedyś indziej.

Dr nauk med. Andrzej Wojnar, histopatolog i dermatolog, pracuje w Szpitalu Onkologicznym we Wrocławiu; jest też kierownikiem Zakładu Patomorfologii szpitala w Oleśnicy.

Ja jako lekarz

dalszy ciąg ze str. 10

owoców, jakich by sama zainteresowana i jej otoczenie zawodowe oczekiwało.

W każdym zawodzie funkcjonują jednostki wybitne, no i te mniej wybitne. W specjalnościach medycznych również. Są potrzebni i jedni, i drudzy, jak w chórze soliści i chórzyci. Nie jest dobrze, gdy chórzysta koniecznie chce śpiewać solo, a tu głos nie taki, a jeszcze gorzej, gdy fałszuje.

Wracając do meritum sprawy, pani posłanka Boba, gdy jej coś nie wyszło jako lekarzowi, zawsze zadbała, aby posłać pacjenta tam, gdzie by zrobiono wszystko tak, jak należy, a wiem to z autopsji.

Dla mnie wypowiedzi pani Boby trąbiącej, że jest lekarzem, nie mają charakteru jednostkowego, incydentalnego, ponieważ jest posłem, a w związku z tym bierze udział w podejmowaniu de-

cyzji, które dotyczą również mnie ośbiście, jak i całej ochrony zdrowia w Polsce. Mało tego, przy swojej niekompetencji będzie urabiać poglądy na funkcjonowanie ochrony zdrowia, na perspektywy jej reorganizacji czy rozwoju, bo jest lekarzem. A jak by została ministrem zdrowia, to dopiero byłby kabaret.

Rzeczywiście, sprawą publicznych wypowiedzi posłanki Boby powinna się zająć Izba Lekarska, bo między innymi do tego została powołana. Nie sądzę, aby prof. Tadeusz Chruściel – prezes Naczelnej Izby Lekarskiej i prof. Stanisław Leszczyński – naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej mogli, za przykładem pewnego rzymskiego dygnitarza Piliata z Pontu, długo umywać ręce. A może Naczelna Izba Lekarska nie zareaguje? W naszym kraju wszystko jest obecnie możliwe. Bo w końcu funkcjonuje immunitet poselski. Tylko w jakim świetle ta instytucja pokaże się całemu

środowisku medycznemu. A jeśli nie izba, to może jednak kierownictwo partii, do której należy pani Boba, wy tłumaczy, że znacznie lepiej będzie dla niej samej, dla środowiska medycznego i partii, do której należy, gdy nie będzie się publicznie wypowiadała na tematy zasłyszane dwadzieścia parę lat temu na studiach, które nie najlepiej pamięta.

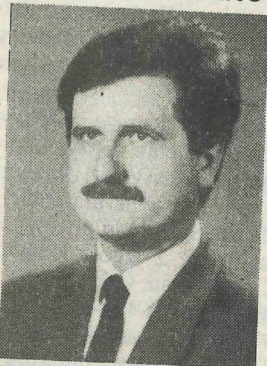
Prof. dr hab. Janusz Bielawski jest ordynatorem Oddziału Urazowo-Ortopedycznego Szpitala im. J. Jonstona w Lubinie.

Cytaty: W. Tochman: Ja jako lekarz. (w) „Gazeta Wyborcza”, nr 70/1149

*„Pytam o nazwiska, pani poseł sięga po wizytówkę: m.in. pan Kiliańczyk. Zerkam na wizytówkę, pod nazwiskiem Kiliańczyka: Music Teacher. – nauczyciel muzyki”.

WHO IS WHO?

TOMASZ BIELANÓW



Rzecznik odpowiedzialności zawodowej.

Dyplom lekarza otrzymał w 1978 roku na Akademii Medycznej we Wrocławiu, gdzie pracuje do dziś - jest adiunktem w II Katedrze i Klinice Położnictwa AM. Za swoje osiągnięcia w życiu zawodowym uważa: zdobycie II stopnia specjalizacji w dziedzinie ginekologii i położnictwa, obronę doktoratu, wygraną w konkursie na stanowisko ordynatora oddziału położniczo-ginekologicznego (będącego w budowie - Wrocław Brochów) oraz powołanie na stanowisko konsultanta województwa wrocławskiego.

Żonaty, dwoje dzieci. Latem uprawia najchętniej windsurfing, zimą jeździ na nartach. Zbiera znaczki.

Słowa Adama Mickiewicza: „Miej serce i patrz w serce” przyjął za swoje motto.

„Oceniam pierwszą kadencję Izby dobrze, chociaż chciałoby się, aby wynik był jeszcze lepszy. Budowa od podstaw takiej instytucji jak izba lekarska przy braku doświadczenia jest bardzo trudna, popelnia się wiele błędów. Stworzono jednak całą strukturę organizacji lekarzy, która winna być doskonała. Należy jeszcze zwrócić uwagę na jeden fakt: zaangażowanych w pracę, oddanych sprawie i poświęcających swój wolny czas była garstka lekarzy - reszta krytykuje, lecz nie włącza się aktywnie do pracy”.

JANUSZ RUSIN



Zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

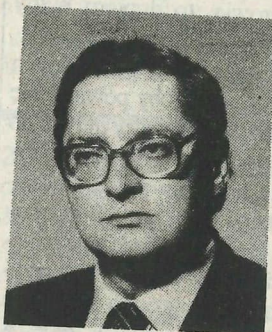
Absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku, dyplom lekarza otrzymał w 1972 roku. Specjalizował się w internie (I stopień) oraz w dziedzinie chorób płuc (II stopień). Jest ordynatorem oddziału II oraz dyrektorem w Państwowym Sanatorium Przeciwgruźliczym w Rościszowie.

Żonaty, dwoje dzieci. W wolnych chwilach chętnie zajmuje się psem dobermanem.

Chce żyć w zgodzie z własnym sumieniem.

Twierdzi, że nastąpił „spadek prestiżu izb lekarskich w ostatnim okresie”.

SŁAWOMIR SUCHOCKI



Zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej DIL.

W 1966 roku ukończył studia na Akademii Medycznej we Wrocławiu. Specjalista II stopnia w zakresie

ginekologii i położnictwa. W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Wałbrzychu pracuje na stanowisku ordynatora. W 1976 roku uzyskał doktorat.

Żonaty, dwie córki. Uprawia turystykę krajową i zagraniczną, lubi sport.

Za swoją przyjął zasadę: „wiedza to potęgi klucz”.

Pierwszą kadencję Izby podsumowuje krótko:

„W skali kraju zła współpraca z resortem zdrowia oraz z samorządem pielęgniarek i położnych. Zbyt małe zaangażowanie się środowiska lekarskiego w działalność DIL”

JERZY CZERNIK



Członek Dolnośląskiej Rady Lekarskiej.

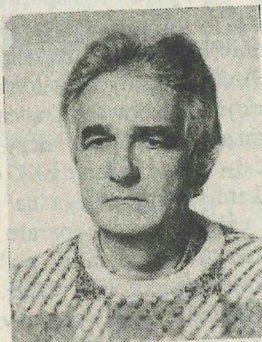
Studiował na Akademii Medycznej we Wrocławiu, gdzie w 1964 roku uzyskał dyplom lekarza. Kontynuuje pracę na uczelni: jest kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej, w tegorocznych wyborach został wybrany rektorem AM. Za swoje osiągnięcia zawodowe uważa: stałe unowocześnianie kliniki, m.in. wybudowanie oddziału intensywnej terapii oraz wprowadzanie nowoczesnych metod operacyjnych.

Żonaty, dwoje dorosłych dzieci. Uprawia narciarstwo i tenis, lubi dobrą muzykę.

Jego dewiza życiowa to „solidna i uczciwa praca”.

Pierwszą kadencję Izby podsumowuje krótko: „Gratulacje!!!”

LESZEK JĘDRÓSZ



Zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Ukończył Akademię Medyczną we Wrocławiu (1955 r. – uzyskanie dyplomu). Specjalizował się (II stopień) w dziedzinie otolaryngologii. W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym pełni funkcję zastępcy ordynatora Oddziału Laryngologicznego. Przez 4 lata pracował w Algierii na stanowisku ordynatora oddziału.

Żonaty, dwóch synów. Jego hobby stanowią: muzyka operowa, fotografia, narty, zwierzęta.

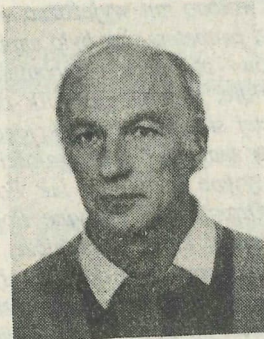
Chce „przeżyć życie uczciwie, nie dać się ześwinić”.

Jego uwagi dotyczące działalności Izby:

„Trzeba dotrzymywać słowa, tak naprawdę nie zawsze mamy dużo do

powiedzenia w naszych miejscach pracy. Od roku 1989 nie udało się załatwić zaszerogowania laryngologów do branży chirurgicznej, mimo że oficjalnie laryngologia ma teraz nazwę »chirurgia głowy i szyi«”.

WOJCIECH ZIÓLKOWSKI



Zastępca okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Kształcił się na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie, gdzie w 1966 roku uzyskał dyplom lekarza. Posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej. Ordynator w Gómiczym Specjalistycznym ZOZ w Wałbrzychu.

Żonaty, dwoje dzieci. Chętnie czyta książki, słucha muzyki i spotyka się z przyjaciółmi.

W życiu należy uważać, by „nie dać się zwariować”

O działalności Izby mówi:

„Spore rozczarowanie. Za dużo ideologii, »pary w gwizdek« zbyt mało działań rzeczywistych dla poprawienia sytuacji lekarzy”.

STOPNIE SPECJALIZACYJNE UZYSKALI...

W sesji jesiennej 1992 r. egzamin zdali:

na I stopień specjalizacji:
dermatologia i wenerologia
Grażyna Jablecka 16.11.

Ewa Szukała
higiena i epidemiologia
Jerzy Wrona 16.11.

Anna Wiśniowska-Łopata
psychologia kliniczna
Magdalena Kaszuba 18.11.

Anna Jędrzycka-Hamera
mikrobiologia
Beata Nózka 17.11.
Beata Sobieszczańska 16.11.
Marta Chomontowicz
Stella Rolof

na II stopień specjalizacji:
ortopedia i traumatologia
Tomasz Andrzejewski 25.11.

Mariusz Golec 26.11.
choroby zakaźne
Katarzyna Rotter 26.11.
Małgorzata Ingłot 26.11.

chirurgia dziecięca
Krzysztof Warwas 9.11.
Leszek Cegielski 9.11.

dermatologia
Marek Ziarkiewicz 25.11.
Bożena Anna Raclawska 25.11.

Wszyscy wyżej wymienieni lekarze pochodzą z Wrocławia. Gratulujemy!

W myśl przepisów i zarządzenia Ministerstwa Zdrowia zabiegi w znieczuleniu ogólnym mogą być wykonywane jedynie przez specjalistę II° z zakresu chirurgii stomatologicznej lub szcękowej oraz lekarza anestezjologa z II° z zakresu anestezjologii.

Ze względu na dobro pacjenta leczenie zachowawcze zębów w znieczuleniu ogólnym nie powinno być wykonywane.

OD REDAKCJI

Z przyczyn technicznych nie podano w ostatnim numerze „Biuletynu” autora zdjęć ilustrujących artykuł Macieja Zarębskiego pt.: „Szpital na peryferiach”. Autorem zdjęć jest Andrzej Wojnar.

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oławie ogłasza KONKURS na stanowisko ORDYNATORA ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Kandydaci spełniający wymogi kwalifikacyjne określone w rozporządzeniu MZiOs z 14.04.1992 r. (Dz.U. nr 37, poz. 126) proszeni są o złożenie dokumentów wyszczególnionych w rozporządzeniu MZiOs z 5.03.1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzenie następuje w drodze konkursu; oraz trybu przeprowadzenia konkursu (Dz.U. nr 22, poz. 96 wraz z późniejszymi zmianami).

Oferty z dokumentami, z adnotacją na kopercie „KONKURS”, należy składać w ciągu 30 dni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia zamieszczonego w tygodniku „Służba Zdrowia” pod adresem: Zespół Opieki Zdrowotnej, ul. K. Baczyńskiego 1, 55-200 Oława.

Mieszkania nie zapewniamy.

ZAPISKI EMERYTA

Pamięć emeryta

– Pamiętam – zwróciłem się do kolegi, popijając mały kieliszek likieru – jak to nasz profesor dał się nabrać na dziwny zapis ekg, który zrobiliśmy na prima aprilis, zamieniając położenie elektrod.

– Wiesz, a ja pamiętam jak koleżanka, mam jej imię na końcu języka...

– Ta gruba?

– Masz rację, no więc, jak ta gruba, mniejsza o imię, osłuchiwała rutynowo pacjenta i niestworzone rzeczy mówiła o jego sercu, a myśmy wiedzieli, że chory ma serce po prawej stronie!

Wiele takich zabawnych zdarzeń zachowało się w naszej pamięci. Umysł emeryta wydobywa je z przepastnych głębin i karmi się nimi w wolnych chwilach. Ale pamięć może też być przykra, np. dla przymusowych słuchaczy kilku starszych panów, którzy albo bez przerwy mówią to samo od kilkudziesięciu lat, albo zaczynają pozornie logicznie i nagle buch – wtrącając ulubiony tekst o zdejmowaniu części garderoby w czasie tańca sylwestrowego (słuchacze słyszeli go już osiem tysięcy sto pięćdziesiąt dwa razy). Z tego powodu nie jest możliwa z nimi żadna sensowna rozmowa. Pamięć kolegów emerytów podsuwa im stale ten sam namolny tekst.

Pamięć może być także elementem gier politycznych. Tu emeryci bywają niekiedy bardzo, bardzo niewygodni, bo pamiętają za dużo.

Często przy mnie ktoś młody (jakież to względne określenie, prawda?) chwali się swoją postawą polityczną w dawnych czasach – że walczył, był prześladowany, cierpiał, miał kłopoty, nie pozwolono mu wyjeżdżać. A ja – niestety, pamiętam, jak było naprawdę. Inni znów – ot, chłopcy – zapomnieli już całkowicie, to chyba wynik daleko posuniętej sklerozy, że funkcjonowały kiedyś w zamierzchłej przeszłości takie charytatywne instytucje jak Podstawowe Organizacje Partyjne Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej. Czy może to być prawda, że decydowały one o awansach, wyjazdach zagranicznych, paszportach, premiach, odznaczeniach? Ej, to chyba nieprawda. Ktoś pamięta?

Właśnie – czy ktoś pamięta twarze tych ludzi? Ostatnio odnoszę wrażenie, że ten rodzaj pamięci jest niewygodny i niemodny. Chce mi się go wymazać z pamięci nie grubą kreską ale grubą gumką. Bezskutecznie! Gumka myszka za słaba na przekłętą pamięć. Nie tylko poeta pamięta czyny i rozmowy.

Emeryci mają „przekłętą” pamięć pełną wydarzeń, czasem błahych i banalnych, ale także zachowały się tam engramy o niepodważalnej doniosłości. Wystarczy mały kieliszek likieru, trochę nootropilu i już nie dajemy się zmanipulować tym młokosom.

dr Józef emeryt

ENCYKLOPEDIA LIPIŃSKIEGO Tom II KONCEPCYJNY

Alimenty – cena komercyjna za nieużywanie środków antykoncepcyjnych. Patrz: antykoncepcja.

Antykoncepcja – zupełny brak koncepcji, po co się robi to, co się robi.

Badanie EKG – powszechnie znany rodzaj badania oparty na założeniu, że człowiek jest naładowany prądem elektrycznym jak akumulator. Należy jednak zwrócić uwagę, że badanie EKG (czytaj elektrokardiogram) polega na podłączeniu człowieka do aparatu EKG (czytaj elektrokardiografu), podłączonego z kolei do sieci elektrycznej. W tej sytuacji, sugestie jakoby prąd płynął od człowieka przez aparat EKG do sieci elektrycznej i dalej do elektrowni, budzą poważne wątpliwości. Kierunek przepływu prądu może być tylko jeden. Patrz: elektrowstrząsy.

Elektrowstrząsy – uczciwe postawienie sprawy, w którą stronę płynie prąd elektryczny.

Horror (z j. angielskiego) – dreszczowiec. Medycyna nie zajmuje się kręceniem filmów. Patrz: operacja.

Operacja – popularny w świecie lekarskim dreszczowiec dla pacjentów.

Poczekalnia u lekarza – miejsce spotkań ludzi o wspólnych zainteresowaniach medycyną.

Rekonwalescent – człowiek, któremu udało się szczęśliwie przeżyć okres leczenia.

Skierowanie na mocz lub inne badanie – patrz: skierowanie do specjalisty.

Skierowanie do specjalisty – patrz: skierowanie do szpitala.

Skierowanie do szpitala – patrz: skierowanie z powrotem na rejon.

Skierowanie z powrotem na rejon – takie są właśnie zasady gry w ping-ponga. Patrz: szpital.

Szpital – warsztaty naprawcze ciała ludzkiego.

Przed badaniem onieśmielona pacjentka rozbiera się zdejmując każdą część garderoby, ale jakby z pewną niechęcią i ociąganiem.

– Śmiało – powiedziałem – proszę się nie wstydzić. Lekarz to nie mężczyzna.

– No ja wiem, ale zawsze to pewne wrażenie robi – z rozbijającą szczerością powiedziała pacjentka.

(nadesłał J. Świrski)

