



BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

CZERWIEC 1993

10

**NOWY SYSTEM
SPECJALIZACJI**

18

**LEKARZE
POLSKOJĘZYCZNI
W NIEMCZECH**

21

**GDY LEKARZE
OPERUJĄ PRAWO**

25

PIERWSZE KROKI

KOMPUTERYZACJA ZOZ-ów

„W imieniu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej serdecznie witam wszystkich uczestników naszego seminarium. Doceniając wagę nowoczesnych metod zarządzania w służbie zdrowia od kilku miesięcy prowadziliśmy rozmowy z wieloma decydentami na te tematy. Doszliśmy do wniosku, że istnieje szereg problemów zarówno w sferze sprzętowej jak i oprogramowania, które należy omówić, wyjaśnić i skoordynować.

ciąg dalszy na str.7

NASI DRODZY PROFESOROWIE I MY – STUDENCI I POWOJENNEGO ROKU STUDIÓW

Rok 1945, a więc prawie pół wieku temu. Rok pamiętny, bo zakończenie II wojny światowej, wybuch radości, wolność! Dzisiaj wiemy, że była to wolność pozorna, ale była. Zaczynaliśmy studia z wiarą i nadzieją, że może nie „ruszymy z posad bryły świata”, ale będziemy polskimi lekarzami.

ciąg dalszy na str.23

ODWOŁAĆ CEBRATA



17 maja w telewizyjnym pojedynku z cyklu „Ława” udział wzięli Stanisław Cebura – dyrektor Wydziału Zdrowia UW we Wrocławiu oraz Ryszard Łopuch – wiceprzewodniczący DIL. (Fot. K Pajdzik)

**SPIS TREŚCI – „BIULETYN”
CZERWIEC**

ARTYKUŁY

K. Pajdzik: Służba zdrowia: biedna i rozrzutna.....3

K. Frączkowski: Komputeryzacja zakładów opieki zdrowotnej.....8

A. Kowalisko: Nowy system specjalizacji.....10

Odwołać Cebrata.....12

A. Wojnar: Konferencja patomorfologów15

L. Czarnecki: 96 Zjazd Niemieckich Lekarzy.....16

B. Bruziewicz-Mikłaszewska: Spotkanie lekarzy polsko-języcznych w Kolonii.....18

A. Gubiński: Etos lekarza.....20

J. Kroner: Gdy lekarze operują prawo.....21

B. Świątek: Jakie problemy prawne nasuwają sprawy o zgwałcenie?.....22

B. Zawirska: Nasi drodzy profesorowie.....23

Z. Abraszko: Pierwsze kroki...25

Zapiski emeryta.....32

Z PRAC PREZYDIUM

Sprawozdanie z posiedzeń.....4

Obwieszczenie w sprawie wysokości składek.....5

Z ŻYCIA AKADEMII

Polsko-Niemieckie Towarzystwo Radiologiczne.....6

WHO IS WHO?.....28

ROZMAITOŚCI

Stopnie specjalizacyjne uzyskali.....29

Ogłoszenia o pracy.....30

Oświadczenie PTS.....31

Konkursy.....31

Poniedziałek

R.Łopuch (wiceprezes, przew. Kom. ds. Reformy Służby Zdrowia i Współpracy z Samorządem Terytorialnym) 12.00-13.30

B.Bruziewicz-Mikłaszewska (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.Mysłowski (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.Jagas (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-Łukasiak
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 problemowych

1. Komisja Legislacyjna każdy parzysty wtorek miesiąca 13.00-15.00
2. Komisja Kształcenia pierwszy piątek miesiąca 13.00-15.00
3. Komisja Współpracy z Zagranicą trzeci piątek miesiąca 13.00-15.00
4. Komisja Etyki i Komisja Skarg i Wniosków czwarty poniedziałek miesiąca .. 13.30-15.00
5. Komisja Socjalna trzeci piątek miesiąca 13.00-15.00
6. Komisja Płacy i Warunków Pracy pierwszy wtorek miesiąca 12.00-14.00
7. Zespół ds. Prywatnych Praktyk Lekarskich pierwszy wtorek miesiąca 13.30-15.00
8. Zespół ds. Przyznawania Praw 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 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, piątek10.00-12.00

czwartek9.00-11.00

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, walbrzyskiego 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 BGZ 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 16.06.1993 r.

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

Służba zdrowia: biedna i rozrzutna

Zakłady Techniki Medycznej (ZTM) działają na terenie Dolnego Śląska od czterdziestu lat. Główna siedziba wraz z zakładem produkcyjnym i magazynami mieści się we Wrocławiu, filie znajdują się w miastach wojewódzkich i innych. Firma jest zakładem budżetowym, podległym MZiOS, bez prawa do dotacji. Prowadzi działalność usługową i produkcyjną. 80% sprzętu we wszystkich dolnośląskich szpitalach naprawiają i konserwują ZTM, które również doradzają przy zakupach. W części serwisowej zakładu pracuje 300 osób, w produkcyjnej – 130. Zakład Badawczo-Wdrożeniowy ZTM wytwarza w kooperacji z niemiecką firmą DRAEGER respiratory do sztucznego oddechu oraz aparaty do znieczulania. ZTM dysponują doskonałą kadrą, przeszkoloną również w zagranicznych fabrykach.

Zakłady świetnie prosperowały do 1991 roku. Chętni do zakupu urządzeń ustawiali się w kolejkach. Ostatnie dwa lata to okres wzrastających trudności: w magazynach czeka 40 gotowych urządzeń, których nie ma kto kupić. Na koniec ubiegłego roku straty firmy wyniosły 1,8 mld zł. Zadłużenie wobec DRAEGER-a sięga 1,2 mln DM, a to nie jedyne długi. Za wykonywane w tym roku, do końca marca usługi, których wartość sięgała 12 mld zł, zakład otrzymał jedynie 4 mld zł. Brakuje pieniędzy na spłaty długów i na bieżącą działalność.

Przyczyna takiego stanu rzeczy wydaje się bardzo prosta. Biedniejszą służbę zdrowia nie stać na zakup drogiego sprzętu (cena respiratora waha się od 185 do 205 mln zł, zaś aparatu do znieczulania – od 285 do 315 mln zł), mimo że są one bardzo potrzebne. Wciąż korzysta się z przestarzałych, np. 15-18-letnich aparatów do znieczulania, często źle działających, o czym świadczą wypadki przebudzenia się pacjentów podczas operacji oraz rosnąca śmiertelność okołoporodowa. Trudno jednak marzyć o zakupie nowych aparatów, skoro większość szpitali nie stać nawet

na opłacenie bieżących napraw i konserwacji. Zakłady rozumieją tę sytuację, dlatego nie naliczają dłużnikom odsetek od nie zapłaconych sum za świadczone usługi.

W tej sytuacji w zdumienie wprawia musi każdego polityka prowadzona przez ministerstwo zdrowia. Zakłady Techniki Medycznej są praktycznie jedynym bezkonkurencyjnym producentem karetek w Polsce. Na dowolnym podwoziu (ford transit, fiat iveco, mercedes, citroen) robi się wycieszenie (tapicerka), wyposaża w aparaturę medyczną, wstawia fotel obrotowy, pasy, nosze, maluje. Koszty przygotowania karetki wahają się w granicach od 100 do 350 mln zł w zależności od przeznaczenia karetki, życzeń klienta i zasobności jego portfela. Karetka taka spełnia wszystkie zalecenia i wymogi stawiane przez nasz resort zdrowia. Jej łączna cena (tzn. z ceną zakupu samochodu) wynosi ok. 700 mln zł, gdy tymczasem sprowadzane, zachodnie karetki są droższe o ok. 300 lub więcej milionów. Mimo to MZiOS wolało kupić we Francji około 100 karetek – tych droższych i nie spełniających naszych wymogów. Wrocławską firmę takie zamówienie postawiłoby na nogi, resort zdrowia zaś zaoszczędziłby sporo pieniędzy. Wystarczyło odpowiednio wcześniej zawiadomić własne zakłady o organizowanym przetargu na zakup karetek (dyrektor ZTM – mgr Lucyna Jaroch otrzymała pismo dopiero w dniu przetargu).

Można znaleźć więcej przykładów niegospodarności. Szpitale często robią przypadkowe, nie przemyślane zakupy. Chętnie wybierają tani zachodni sprzęt, nie zdając sobie sprawy, że ich zainstalowanie, eksploatacja i konserwacja będą bardzo drogie. Niektóre firmy zastrzegają sobie w umowie, że tylko one będą dostarczać odczynniki, serwis itp. Opłaca im się wówczas obniżyć cenę sprzętu.

Pracownicy ZTM podczas naprawy sprzętu w magazynie jednego ze szpitali

odkryli nowe inkubatory transportowe. Leżały tam od dłuższego czasu, nikomu niepotrzebne. To kolejny przykład niegospodarności.

Na razie Zakłady Techniki Medycznej ratują się, jak mogą: naprawiają telewizory i sprzęt gospodarstwa domowego, robią reklamy świetlne, instalują autoalarmy w samochodach, w swojej wrocławskiej siedzibie otworzyły gabinety stomatologiczne, realizują indywidualne zlecenia. Na przykład na dostarczonych podwoziach robią karetki reanimacyjne, które zlecniodawca sprzedaje, prawdopodobnie jako karetki zachodnie, za 1,05 mld zł. Kupił je od pośrednika m.in. Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu, przeplacając ok. 300 mln zł na każdej. Nowe propozycje firmy to wyposażanie samochodu lekarza domowego lub przytosoowanie pomieszczeń do pełnienia funkcji gabinetów lekarskich i stomatologicznych (przygotowanie projektu, umeblowanie, wystrój, sprowadzanie i zainstalowanie sprzętu). Indywidualni zlecniodawcy mogą już się zgłaszać. Warto wspomnieć, że ceny usług świadczonych przez ZTM są konkurencyjne, często kilkakrotnie niższe od proponowanych przez zachodnie firmy. Zakłady uparczywie promują wytwarzany przez siebie sprzęt: organizują wystawy i pokazy sprzętu, który również udostępniają lekarzom na jakiś okres, by mogli przekonać się, na ile jest dobry i przydatny. Rozpaczliwym gestem było przekazanie strzelińskiemu zoz-owi respiratora za symboliczną jedną markę. Dyrektor firmy proponował resortowi zdrowia wykupienie urządzeń zalegających w magazynach, przedstawił nawet listę placówek, które tych urządzeń pilnie potrzebują. I nic. Ministerstwo milczy. Nie robi również nic w sprawie zadłużenia ZTM wobec DRAEGERA, choć gwarantowało, że je pokryje. Może woli poczekać, aż firma zbankrutuje i wówczas spłacić jej wielomiliardowe zobowiązania?

Katarzyna Pajdzik

20 maja

Po odczytaniu i zatwierdzeniu protokołu zebrani zajęli się sprawą listu prof. Krzysztofa Wrabeca, przesłanym do prezesa DIL. Píše on m.in.: „... do naszego szpitala w dniach strajku w innych szpitalach kierowani są również chorzy znajdujący się w bezpośrednim zagrożeniu życia, którzy zgodnie z ww. założeniami nie powinni być odsyłani z izb przyjęć mimo strajku. Jeden z nich przyjęty po odesłaniu z izby przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego – zmarł po dwunastu godzinach pobytu w naszym oddziale.

Załączam wykaz chorych przyjętych na kierowany przeze mnie oddział w ramach strajku, tzn. odesłanych z innych szpitali, z uwzględnieniem rozpoznań, które dla lekarza mówią same za siebie, i wieku chorych.

Wynika z niego, że siedmiu na dziesięciu chorych zostało przekazanych do nas, mimo że byli w bezpośrednim zagrożeniu życia, a transport mógł im zaszkodzić. Tylko trzech mogło być bezpiecznie odesłanych do niestrajkującego szpitala”. List ten, wraz z załącznikami przedstawiającymi dane wymienionych pacjentów został podany do wiadomości również dyrektorowi Wydziału Zdrowia UW i in. O sprawie tej poinformowały wszystkie gazety dolnośląskie.

W związku z zarzutem o śmierć pacjenta z powodu strajku Prezydium przekazało sprawę rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej. Zwrócono również uwagę, że podawanie danych pacjentów jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej, do której zobowiązuje „Kodeks etyki lekarskiej”. Kol. Ryszard Maj zwrócił uwagę, że autor listu podważa zaufanie do lekarzy pracujących we wrocławskim szpitalu im. Rydygiera. Przypomniano, że na początku akcji strajkowej Prezydium wystosowało oświadczenie, w którym m.in. są słowa: „nawet w czasie akcji strajkowej lekarz nie jest zwolniony z obowiązku udzielania pomocy lekarskiej”. Zostało ono podane prasie, jednak żadna z gazet nie opublikowała go. Prezydium postanowiło jeszcze raz powyższe oświadczenie podać do wiadomości publicznej.

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej DIL, prof. T. Heimrath, obiecał na bieżąco informować o przebiegu postępowania wyjaśniającego.

O przebiegu akcji protestacyjnej mówił

przewodniczący Regionalnego Komitetu Strajkowego Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność” Dolnego Śląska, Leszek Sokalski. Powiedział: „Do dnia dzisiejszego akcja strajkowa przebiega bez zarzutu, koszmarny cień rzuca na to list profesora Wrabeca. Prześledzimy los wymienionych w jego liście pacjentów. Według mnie byli oni prawidłowo przewiezieni. Sądzę, że tutejszy rzecznik musi sprawdzić tę sprawę. Od godziny 15.00 otrzymujemy telefony z groźbami i żądaniami wyjaśnienia tej sprawy. Zorganizujemy minikonferencję. Planujemy dalej strajkować. Jednak ludzie są już udręczeni, również szkoły znajdują się pod wielką presją, prawdopodobnie również przejdą na strajk rotacyjny. W poniedziałek było posiedzenie zarządu regionu. Wnioskowano o odwołanie w ciągu tygodnia wicewojewody Jaworskiego., dyrektora Wydziału Zdrowia, S. Cebrata, lekarza wojewódzkiego, R. Dziekońskiego. Jeśli wojewoda wrocławski nie odwoła wymienionych osób, zostanie zgłoszone wobec niego wotum nieufności. Komisja strajkowa ma kłopoty finansowe. Nauczyciele podobno nie dostaną pieniędzy za dni, podczas których strajkowali. Dlatego tworzony jest fundusz, który wspomże strajkujących.”

27 maja

Zebrani mówili o obecnej sytuacji w służbie zdrowia i przebiegu akcji protestacyjnych w poszczególnych regionach:

Kol. Aldona Białas (delegatura jeleniogórska): „Przedstawiłam lokalnej telewizji oświadczenie DIL w sprawie akcji protestacyjnej. Izba nie uczestniczy w strajku – jest on organizowany przez „Solidarność”

Kol. Wiesław Iwanowski (Bielawa): „U nas nie ma żadnych protestów. Gdybyśmy podjęli strajk, personel niższy przejmie nasze zadania.”

Kol. Bolesław Simon (Świdnica): „U nas nic się nie dzieje.”

Kol. Krzysztof Kobylński (Złotoryja): „Akcja protestacyjna ma ograniczony zasięg, właściwie tylko »Solidarność« organizuje protest.”

Kol. Teresa Eljasz-Radzikowska (Kłodzko): „Strajkowali lekarze ze szpitala. Wywołało to konflikt z dyrekcją i społeczeństwem.”

Kol. Waldemar Jastrzębski (Lubin): „W GHS ZOZ lekarze w głosowaniu zdecydowali o przystąpieniu do akcji protestacyjnej. Podczas 4-dniowej akcji nie wydawano druków L-4, zaś karetki miały jeździć na sygnale.”

Kol. Jerzy Piekarski (Lubin, Polkowice): „Lekarze odrzucili propozycje Solidarności, by nie wydawać poborowym zaświadczeń. Nasz protest polegał na niewydawaniu druków L-4 i zakazie odwiedzin w szpitalu, kierowcy mieli jeździć na sygnalach. Akcję zakończyliśmy już.”

Kol. Elżbieta Krysińska (Dzierżoniów): „Akcja w szpitalu przebiegała bez zakłóceń. Oflagowaliśmy szpital, wstrzymaliśmy wizyty.”

Kol. Lech Romaszkan (Wałbrzych): „Praktycznie nie było u nas żadnego strajku.”

Kol. Stefan Kwiatkowski (Akademia Medyczna we Wrocławiu): „W referendum dotyczącym strajku wzięło udział tylko 40% lekarzy, toteż o żadnym zorganizowanym proteście nie mogło być mowy. Braлиśmy udział w wiecu, PSK nr 5 przeprowadził jednodniowy strajk.”

Kol. Włodzimierz Bednorz (Wrocław): „We Wrocławiu doszło do przykrych scen. Trwa strajk rotacyjny szpitali i przychodni. Pogotowie ma harmonogram strajku, pacjentów wozi z domów do czynnych szpitali. Zgrzyt wywołał list profesora Krzysztofa Wrabeca – ordynatora Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego.

W związku z powyższym:

- dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego oświadcza na piśmie, że podczas strajku z izby przyjęć nikogo nie odesłano na oddział profesora Wrabeca, zaś pacjenci z domów byli kierowani bezpośrednio do niestrajkujących szpitali,

- zwrócono uwagę, że twierdzenie prof. Wrabeca, jakoby w szpitalu im. Rydygiera nie było oddziału kardiologicznego, jest nieprawdziwe,

- podawanie do publicznej wiadomości danych chorobowych pacjentów jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej,

- dyrektor wrocławskiego wydziału zdrowia, S. Cebrat w piśmie skierowanym do DIL zwraca się z pytaniem jakie kroki podejmie Dolnośląska Izba Lekarska w tej sprawie.

Rada DIL zdecydowała:

- oddać sprawę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej (rozpatrzy zarzut śmierci pacjenta) oraz do Komisji Etyki DIL (o naruszenie tajemnicy lekarskiej),

- ponownie wysłać do mass-mediów oświadczenie DIL w sprawie akcji protestacyjnej z dnia 4 maja.

Zwrócono również uwagę na wypowiedzi S. Cebrata, w których podważa on wiarygodność i bezstronność działań rzecznika odpowiedzialności zawodowej DIL w tej sprawie. Postanowiono jednogłośnie wysłać do wojewody wrocławskiego list z żądaniem natychmiastowego odwołania S. Cebrata.

(k.p.)

OBWIESZCZENIE PREZESA NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 30 marca 1993 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 2/89/I z dnia 18 grudnia 1989 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej

1. Na podstawie § 1 pkt 4^a uchwały nr 85/93/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 marca 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie składki członkowskiej ogłaszam jednolity tekst uchwały nr 2/89/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 grudnia 1989 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej (Biuletyn NRL Nr 3/90) z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

1) uchwałą nr 39/91/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 1991 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie wysokości składki członkowskiej;

2) uchwałą nr 85/93/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 marca 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie składki członkowskiej.

2. Podany w załączniku do obwieszczenia jednolity tekst uchwały nie obejmuje:

1) § 5 uchwały nr 2/89/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 grudnia 1989 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej (Biuletyn NRL Nr 3/1990, który stanowi: „§ 5 Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 1990 r.”;

2) § 2 uchwały nr 39/91/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 1991 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie wysokości składki członkowskiej (Biuletyn NRL Nr 3/9), który stanowi:

„§ 2 Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia z mocą obowiązującą od dnia 1 lipca 1991 r.;

3) § 1 pkt 4 i § 2 uchwały nr 85/93/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 marca 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie składki członkowskiej, które stanowią:

a) § 1 pkt 4 „Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej ogłosi jednolity tekst uchwały w sprawie składki członkowskiej”;

b) § 2 „Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 1993 r., z wyjątkiem § 4 ust. 4, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 1993 r.”.

Prezes NRL

Prof. dr med. Tadeusz L. Chruściel

UCHWAŁA NR 2/89/I NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 18 grudnia 1989 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 35 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158) uchwała się, co następuje:

§ 1.¹⁾

Ustala się miesięczne składki obowiązujące członków izb lekarskich w wysokości:

1. lekarze pozostający w stosunku pracy lub służby albo umowy zlecenia lub umowy o dzieło w zakładach opieki zdrowotnej i innych jednostkach organizacyjnych – 2% zasadniczego uposażenia w podstawowym miejscu pracy,

2. lekarze:

a) wykonujący wyłącznie praktykę prywatną, właściciele lub współwłaściciele zakładów opieki zdrowotnej – 6% najniższego wynagrodzenia pracowników,

b) emeryci i renciści wykonujący wyłącznie praktykę prywatną – 3% najniższego wynagrodzenia pracowników,

c) zatrudnieni na lekarskich kontraktach zagranicznych – 6% najniższego wynagrodzenia pracowników,

d) nie wykonujący zawodu lekarza – 6% najniższego wynagrodzenia pracowników,

e) lekarze zatrudnieni jako nauczyciele i nauczyciele akademicki posiadający prawo wykonywania zawodu – 3% najniższego wynagrodzenia pracowników,

f) stypendyści i rezydenci – 1% najniższego wynagrodzenia pracowników,

3.²⁾ lekarze pobierający emeryturę lub rentę pozostający w stosunku pracy lub służby w jednostkach organizacyjnych społecznej służby zdrowia, w spółdzielniach i innych jednostkach organizacyjnych – 1% zasadniczego uposażenia w podstawowym miejscu pracy.

§ 2.

Zwalnia się od obowiązku opłacania składki członkowskiej:

1) nie pracujących emerytów i rencistów,

2) lekarki podczas urlopów wychowawczych,

3) lekarzy w czasie jednego roku po uzyskaniu dyplomu,

4)³⁾ bezrobotnych.

§ 3.

Kwotę składki zaokrągla się do pełnych stu złotych w ten sposób, że końcówkę przekraczającą sto złotych pomija się.

§ 4.

1. Obowiązek płacenia składki członkowskiej przez lekarzy powstaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym dokonany został wpis na listę członków okręgowej izby lekarskiej.

2. Składka za dany miesiąc powinna być opłaconą do końca tego miesiąca kalendarzowego.

3. W przypadku skreślenia z listy członków okręgowej izby lekarskiej obowiązek płacenia składki członkowskiej ustaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po tym skreśleniu.

4.⁴⁾ Od zaległych składek nalicza się odsetki ustawowe.

¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 uchwały nr 85/93/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 marca 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie składki członkowskiej, który wszedł w życie z dniem 1 kwietnia 1993 r.

²⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 uchwały nr 39/91/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 1991 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie wysokości składki członkowskiej (Biuletyn NRL Nr 3/9), która weszła w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 lipca 1991 r.

³⁾ Przepis dany przez § 1 pkt 2 uchwały nr 85/93/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 marca 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie składki członkowskiej.

⁴⁾ Przepis dodany z § 1 pkt 3 uchwały nr 85/93/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 marca 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie składki członkowskiej, który wejdzie w życie z dniem 1 lipca 1993 r.

To nieprzyzwoitość

Profesor Ryszard Kocięba, ordynator sławnego Ośrodka Replantologii Kończyn w Trzebnicy pod Wrocławiem powiedział, że on, pracująca w tym samym szpitalu żona i cały zespół z wielkim niesmakiem patrzy na ten strajk. Sądzi, że wszystkie protesty, awantury, żądania zmiany rządu to gruba nieprzyzwoitość.

Trzeba uwierzyć, że nie ma pieniędzy. Jedyne wyjście z sytuacji to stuknąć się w głowę i zacząć pracować.

Przedruk z „Gazety Wyborczej”
z 14.05.1993 r., nr 111(1190)

POLSKO-NIEMIECKIE TOWARZYSTWO RADIOLOGICZNE

Powstanie Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Radiologicznego (P-N TR) poprzedziły cztery sympozja radiologiczne Berlin-Wrocław, organizowane przez Zakłady Radiologii Akademii Medycznej we Wrocławiu i Klinikę imienia Rudolfa Virchowa, należącą do Wolnego Uniwersytetu Berlina (Freie Universitaet Berlin). Kierownicy tych klinik: prof. R. Marciniak we Wrocławiu i prof. R. Felix w Berlinie postanowili w 1989 roku organizować wspólne posiedzenia naukowe, które miałyby służyć nawiązywaniu nie tylko wymiany myśli naukowej i kontaktom zawodowym, lecz również lepszemu poznawaniu się radiologów obu miast, przyczyniając się do nawiązywania bliższych znajomości i przyjaźni. W pierwszych dwu sympozjach w 1989 i 1990r. brało udział nie więcej niż 100 osób, lecz już wówczas przybywali na nie radiolodzy i lekarze innych specjalności spoza Wrocławia i Berlina, zarówno Polacy jak Niemcy. Już w trzecim Sympozjum brało udział ponad 150 osób.

Tematyka ww. sympozjów obejmowała wiele dziedzin diagnostyki obrazowej – skupiała się głównie na postępach naukowo-technicznych z zakresu tomografii komputerowej (KT) i tomografii za pomocą jądrowego rezonansu magnetycznego (MR). Omawiano też nowe osiągnięcia w dziedzinie stosowanych, nowych środków cieniujących, zwłaszcza paramagnetycznych, używanych w MR. Zwrócono uwagę na znaczenie telekomunikacji w rozwoju współczesnej diagnostyki obrazowej. Ten, może dla nas nieco odległy problem, jest szeroko omawiany w dużych miastach

Europy zachodniej i Stanów Zjednoczonych Ameryki. Pozwala na drodze satelitarnej oraz poprzez krótkie systemy telekomunikacyjne, na przekazywanie obrazów, podobnie jak komunikacji faksowej. W Berlinie działa stała telekomunikacja obrazowa między zakładami radiologii w klinikach w Wedding i w Charlottenburg (odległość około 4 km). Ten system, zwany Berkom, ma być rozciągnięty i na inne szpitale Berlina (Steglitz, Buch, Moabit).

Zawiązanie Towarzystwa (P-NTR) nastąpiło podczas IV Sympozjum Berlin-Wrocław w Zamku Książ. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego był prof. dr hab. Roman Marciniak. Udział w tym sympozjum wzięło ponad 200 radiologów z Niemiec i Polski. Towarzystwo zostało zarejestrowane prawnie, oddzielnie we Wrocławiu i w Berlinie pod nazwą Deutsch-Polnische Radiologische Gesellschaft e. V. (eingetragener Verein). Członkowie komitetu założycielskiego weszli w skład zarządu. Prezesami zostali prof. Marciniak w Polsce i prof. Felix w Niemczech.

Towarzystwo liczy obecnie ponad 300 członków, w tym nieco ponad 200 Polaków.

W statucie Towarzystwa czytamy:

Celem Towarzystwa jest nawiązywanie i utrwalanie kontaktów naukowych między polskimi i niemieckimi radiologami oraz wymiana doświadczeń i postępów w dziedzinie metod obrazowania.

Towarzystwo ma służyć celom społecznym – nawiązywaniu i pogłębianiu przyjaźni między radiologami z Polski i

z Niemiec, ma służyć również nawiązywaniu kontaktów naukowych i zawodowych z instytucjami przemysłowymi w dziedzinie metod obrazowania.

Towarzystwo realizuje swoje cele poprzez:

- organizowanie wspólnych, corocznych zjazdów naukowych, sympozjów, wykładów, zebrań i odczytów naukowych,
- organizowanie wystaw z dziedziny sprzętu metod obrazowania,
- prowadzenie działalności wydawniczej z zakresu nauk obrazowania,
- organizowanie kursów doskonalących,
- współpracę z innymi towarzystwami naukowymi,
- inspirowanie pracy naukowo-badawczej w różnych dziedzinach medycyny,
- dofinansowanie w miarę możliwości wyjazdów naukowych młodych naukowców, zajmujących się technikami obrazowania.

Siedzibą Towarzystwa w Polsce jest Wrocław. Biuro Towarzystwa mieści się tymczasowo w Zakładzie i Katedrze Radiologii AM, ul. M. Skłodowskiej-Curie 68 (tel./fax 22-61-84). Składka członkowska wynosi 100 tys. zł rocznie – płatna jednorazowo lub w 2 ratach! Zachęcamy zainteresowanych kolegów do wstąpienia do naszego Towarzystwa. Najbliższy zjazd P-NTR odbędzie się w dniach 25-26 marca 1994r. w Jeleniej Górze. Tematyka naukowa zjazdu zostanie podana jesienią br.

*Materiały przekazał
rzecznik prasowy AM,
dr hab. Andrzej Steciwko*

*Szanowni Koleżanko i Kolego,
pragniemy przystąpić do realizacji
założeń statutowych Towarzystwa.*

W najbliższym czasie zostanie wydany Biuletyn Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Radiologicznego w języku polskim i niemieckim. Zamieścimy w nim informacje dotyczące odbywających się zjazdów, kursów i posiedzeń naukowych dotyczących diagnostyki obrazowej, organizowanych w Polsce i w Niemczech. Zawiera on będzie również recenzje książek i streszczeń

artykułów naukowych. W tej dziedzinie liczymy na współpracę Szanownych Koleżanek i Kolegów.

Również zamierzeniem naszego Towarzystwa jest pomoc finansowa radiologom polskim, członkom Towarzystwa, w uczestniczeniu w zjazdach naukowych i sympozjach organizowanych na terenie Niemiec. W tym celu prosimy o zgłoszenie, w jakiej mierze Towarzystwo mogłoby udzielić pomocy (zwolnienie z opłat za uczestnictwo, zakwaterowanie itp.).

Korzystając z okazji wstępnie informujemy, że w dniach 25-26 marca 1994 roku planujemy zorganizować I Zjazd Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Radiologicznego. Zjazd odbyłby się w Jeleniej Górze. Zawiadomienie o Zjeździe, które również będzie informować o jego tematyce naukowej prześlemy jesienią br.

W imieniu Zarządu

*Prezes Polsko-Niemieckiego
Towarzystwa Radiologicznego
prof. dr hab. Roman Marciniak*

KOMPUTERYZACJA

ZAKŁADÓW

OPIEKI

ZDROWOTNEJ



dalszy ciąg ze str. 1

W współpracy z firmą Technimex podjęliśmy próbę zorganizowania seminarium regionalnego na te tematy. Życzymy Państwu, aby wiadomości wyniesione z tej konferencji przyczyniły się do sprawniejszego zarządzania służbą zdrowia i ułatwiły pracę lekarzom i administracji” – te słowa skierował Włodzimierz Bednorz, przewodniczący DIL, do zebranych na seminarium pt.: „Komputeryzacja zakładów opieki zdrowotnej”.

Seminarium odbyło się 3 czerwca we wrocławskiej siedzibie DIL. Wśród zaproszonych gości byli: dr Władysław Borkowski – pełnomocnik MZiOS ds. informatyzacji służby zdrowia, prof. Andrzej Wojtczak – dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, dr inż. Kazimierz Frączkowski – kierownik Ośrodka Informatyki Medycznej Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, mgr inż. Zygmunt Grajkowski – prezes firmy Technimex oraz dyrektorzy zoz-ów i delegowani przez nich przedstawiciele. W sumie około 115 osób.

Zebranych przywitała – po prezesie DIL – również Ewa Michałowska, dyrektor ds. marketingu w Technimex ACT. Wykazała ona konieczność sensownej, przemyślanej, całościowej komputeryzacji zakładów opieki zdrowotnej. Wyraziła nadzieję, że nie będzie to ostatnie tego typu spotkanie.

Program seminarium przewidywał 9

referatów:

1. Centralny program komputeryzacji służby zdrowia – W. Borkowski.

2. Możliwości i potrzeby wspomaganie informatycznego w zarządzaniu ochroną zdrowia z punktu widzenia szpitala – K. Frączkowski.

3. Komputeryzacja zakładu opieki zdrowotnej z punktu widzenia kierownika jednostki – dyrektora ZOZ-u w Miliczu – K. Krzemień.

4. Zalety wspomaganie informatycznego: znaczenie informatyki w zarządzaniu opieką zdrowotną – a. Wojtczak.

5. Uwarunkowania i zasady skutecznego wprowadzania informatyki w służbie zdrowia – K. Frączkowski.

6. Poufność i zabezpieczenie dostępu do danych medycznych – Z. Grajkowski.

7. Komunikacja między jednostkami służby zdrowia – E. Łazor.

8. Komputeryzacja szpitali – systemy informatyczne – J. i G. Kaliński (firma KalaSoft), K. Frączkowski.

9. Zastosowanie systemów informatycznych wspomagających zarządzanie w świetle nowych zasad rozliczania ośrodków w służbie zdrowia na przykładzie ZOZ Kłodzko – A. Stanejko (ZOZ Kłodzko i firma TETA).

W przerwie uczestnicy seminarium mogli obejrzeć wystawy oraz prezentację sprzętu komputerowego i oprogramowania firm, które były równocześnie sponsorami całego przedsięwzięcia. Bufet serwował kanapki, ciastka, ciepłe posiłki i napoje.

Na następnej stronie przedstawiamy jeden z referatów wygłoszonych podczas seminarium.

(kp.)

Informujemy, że dnia 21 czerwca w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej odbyło się, wśród uczestników seminarium nt komputeryzacji jednostek służby zdrowia, którzy nadesłali ankiety, losowanie pakietów oprogramowania sponsorowanych przez firmy Cermer & Edex-Wrocław oraz Software Design Team-Wrocław.

Pakiet PROMEDICO – do obsługi gabinetu lekarskiego wylosowali:

– dyrektor ZOZ Brzeg Dolny – **Krzysztof Staśkiewicz**

– dyrektor PSK nr 3 we Wrocławiu – **Paweł Kociatkiewicz**

– młodszy asystent Wojewódzkiego Szpitala w Legnicy – **Małgorzata Mokrzycka**

Pakiet do obsługi biura ZOZ-u lub szpitala wylosowali:

– dyrektor Przemysłowego ZOZ-u Wrocław-Psie Pole – **Grażyna Sitkiewicz-Kwaskowska**

– główna księgowa ZOZ Kamienna Góra – **Irena Idek**

– dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Chorób Dziecięcych im. J. Korczaka we Wrocławiu – **Wanda Poradowska-Jeszke**.

Pakiety wysłano pocztą.

Uwarunkowania i zasady efektywnego wprowadzania informatyki w służbie zdrowia

Kazimierz Frączkowski

W świecie pierwsze instalacje komputerów w szpitalach miały miejsce w USA, 15 lat po skonstruowaniu pierwszego komputera ENIAC w 1945 r. Poważniejszy projekt dotyczył systemu MEDINET, realizowany na przełomie lat 60. i 70., przy udziale firmy General Electric, zakończony niepowodzeniem.

W Polsce pierwsze komputery w służbie zdrowia wykorzystywano do obliczeń statystycznych, np. na Akademii Medycznej we Wrocławiu pojawiła się ODRA 1304 przekazana przez Politechnikę Wrocławską, po 1975 r. – z pamięcią operacyjną 32 kB.

Według szefa Centrum Komputerowego Szpitala Uniwersyteckiego w Brukseli, R. Van de Velde – lata 60. były erą przetwarzania wsadowego, lata 70. – przetwarzania w tzw. timesheringu, lata 80. – era komputerów personalnych, zaś lata 90. będą powrotem do czystej formy architektury zwanej teraz Client-Serwer Networks (C/S). W specjalizowanym komputerze, tzw. serwerze, będzie odbywało się przetwarzanie dużych baz danych oraz będzie organizowany dostęp do baz, a na stacjach roboczych lokalne aplikacje, interfejs z użytkownikiem (zadania), np. redagowanie zieceń, wprowadzanie danych, formatowanie dokumentów do edycji itp.

Ze względu na fakt, że lekarze i pielęgniarki nie zawsze mają czas na edukację komputerową, oczekuje się szerszego zastosowania w systemach użytkowych mechanizmów, jakie zostały zastosowane w Windows (okna, ikony, praca myszką), duży ekran graficzny kolorowy, o wysokiej rozdzielczości 16 – 19 cali, tam, gdzie nie jest to konieczne – monitory monochromatyczne typu ASCII, szybkość pro-

cesora centralnego min. 10 Mips, minimum 4 Mb RAM użytkownika.

Komputer jest pierwszym narzędziem skonstruowanym przez człowieka, który w przeciwieństwie do innych wynalazków wspomaga działalność umysłu a nie rąk czy nóg.

Początkowo w służbie zdrowia wykorzystywano komputery do obliczeń epidemiologicznych i prac statystycznych, z czasem zwiększano ich moc obliczeniową, niezawodność, pojemność pamięci (dyski typu Winchester), rozwijano urządzenia peryferyjne rozszerzające i usprawniające interfejs (człowiek komputer). Obecnie trudno byłoby znaleźć obszar medycyny, w którym nie korzysta się z pomocy komputera. Według Europejskiej Federacji Informatyki Medycznej można je pogrupować następująco:

- * Szpitalne Systemy Informatyczne
 - * Informatyczne Systemy Oddziałowe
 - * Szpitalne Systemy Komunikacji Danych o Pacjencie w Sieci
 - * Systemy Informacji o lekach i kosztach
 - * Systemy Ekspertowe
 - * Systemy Ekspertowe – Reprezentacja Bazy Wiedzy
 - * Rozwój Systemów Ekspertowych
 - * Przetwarzanie Sygnałów
 - * Przetwarzanie Obrazów
 - * Biometria i Biomatematyka
 - * Badania Naukowe i Epidemiologia
 - * Systemy Ochrony Zdrowia i Serwis
 - * Klasyfikacja i Kodowanie
 - * Systemy Pielęgniarskie
 - * Systemy Administracyjne Szpitala
 - * Standaryzacja
- Na podstawie przeglądu ewolucji

rozwoju informatyki w niektórych szpitalach w Europie, chciałbym przybliżyć skalę przedsięwzięcia, jakim jest informatyzacja szpitala, uwzględniająca jego funkcję, organizację i obszary działalności.

Szpital Uniwersytecki we Freiburgu (2.000 łóżek, 530.000 wizyt pacjentów w ciągu roku, 5.000 zatrudnionych) należy do największych szpitali w Niemczech. Komputeryzację rozpoczęto w 1983 roku od wspomagania administracji szpitala i zbierania informacji związanych z pobytem pacjenta w szpitalu. W 1986 r. utworzono komputerowe centrum i rozpoczęto prace nad systemami drugiej generacji Hospital Information System (HIS), obejmujących swym zasięgiem: wspomaganie pracy lekarzy i pielęgniarek, integrację informacji medycznej z systemem ogólnoszpitalnym, opracowanie zasad komunikacji i standardów pomiędzy rozproszonymi bazami danych i systemem centralnym. Aktualnie do głównego komputera podłączonych jest około 600 terminali (monitory z klawiaturą, drukarki, IBM PC, kopiarki). Większość oddziałów (radiologia, centralne laboratorium, patologia i in.) posiada lokalne minikomputery (mVAX II, PDP11, VAX 3900, HP 260). Dziennie wykonuje się ok. 46.000 transakcji. Pierwsze systemy pilotowe na wybranych oddziałach klinicznych rozpoczęły pracę w styczniu 1991 r. Najszybszą transmisję w sieci, ok. 40 Mb/s, pomiędzy systemem klinicznym a centralnym zapewniają światłowody. Roczny budżet na oprogramowanie, konserwację bazy danych i modernizację sprzętu wynosi ok. 2,2% z 500 mln DM.

Wiedeński Szpital Centralny (12.000 łózek, 8.000 łózek geriatrycznych, 8 domów pielęgniarek) należy do zespołu szkół medycznych.

Pierwszy komputer zainstalowano w 1966 roku. Prace nad systemem informatycznym ogólnoszpitalnym rozpoczęto w 1975 r. Pięć lat później było już zainstalowanych 400 terminali oraz ok. 200 drukarek (w obszarze żywienia, w magazynach, pralni, farmacji i statystyce). Od 1982 r. HIS, będący podstawą działalności administracyjnej oraz funkcjonowania klinik szpitalnych, zbiera i przetwarza dane o pacjentach. W 1986 r. baza danych WAMIS zawierała 1.200.000 historii chorób dotyczących ok. 700.000 pacjentów. W czerwcu 1990 r. pracowało ponad 1.000 terminali. Zespół obsługujący i zapewniający prawidłowe funkcjonowanie informatycznych systemów administracyjno-klinicznych liczył 150 osób oraz 50 pracujących w Centrum komputerowym i zajmujących się pracami programowymi, rozbudową i modernizacją systemów informatycznych. Gdy zwiedzałem szpital we wrześniu 1991 r. pracowało tam 1200 terminali. Docelowe, pełne wdrożenie HIS obejmujące wszystkie kliniki oraz administracyjne aspekty działalności szpitala potrwa według autorów HIS jeszcze około 5 – 7 lat i należy przewidywać, że będzie wówczas zainstalowanych ok. 4000 terminali oraz 1000 stacji roboczych.

Szpital Uniwersytecki w Leiden (875 łózek, 300.000 wizyt ambulatoryjnych w roku) należy do szpitali o największych doświadczeniach w dziedzinie informatyzacji, jej początki sięgają 1974 roku. W centralnym banku danych szpitala figuruje 800.000 pacjentów. 1000 terminali pracuje 24 godziny na dobę (w 1991 roku). Szczególnie interesujące są materiały opublikowane przez W. Willemsena i współpracowników na temat kosztów i rezultatów informatyzacji w latach 1986 – 89. Całkowite koszty na Szpitalne Systemy Informatyczne HIS (oprogramowanie, obsługa, sprzęt) wynosiły od 2,08 do 2,33 mln ECU (jest to ok. 1,6 – 1,8% rocznego budżetu szpitala). Koszt jednego terminala zmniejszył się z 3100

ECU do 2300 ECU. Koszty sprzętu nie zmniejszyły się i stanowiły 33 – 36%. Koszty podzielono na 4 grupy:

- zarządzanie i sekretariat,
- płace, projekty, materiały i energia,
- eksploatacja, łączność,
- oprogramowanie.

Pomnik Szpital Centrum Zdrowia Matki Polki

Projekt komputeryzacji przygotował zebrany przez dyrektora budowy PS CZMP, mgra inż. Kazimierza Krucińskiego, zespół polskich informatyków medycznych przy Oddziale Wrocławskim Polskiego Towarzystwa Cybernetycznego. Prace projektowe były nadzorowane przez powołaną Radę Naukową przy PSCZMP, której przewodniczył autor. Znaczna część prac koncepcyjnych, związanych z projektem systemów informatycznych dla CZMP również była wykonana przez autora. Po wielu dyskusjach, naradach, seminariach i korektach projekt przyjęto do realizacji w 1985 r. Głównym wykonawcą i dostawcą sprzętu miały być Zakłady Elektroniczne ELWRO, zaś Zakłady Elektroniczne Techniki Obliczeniowej we Wrocławiu miały wykonać oprogramowanie użytkowe. Skala problemu (potrzeba wykonania złożonych prac projektowo-programowych) przerosła możliwości wydzielonego zespołu programistów w ZETO. Koordynacja prac przez ELWRO również nie była właściwa.

Wojskowy Szpital Kliniczny

Prace nad informatyzacją rozpoczęto w 1984 r. Powstał wówczas projekt, rozpoczęto prace przygotowawcze projektów systemów informatycznych i organizacji Ośrodka Informatyki Medycznej.

Aktualnie w szpitalu pracują systemy informatyczne, które ze względu na zadanie, funkcje i strukturę organizacyjną uwzględniały doświadczenia zdobyte przez autora przy opracowywaniu koncepcji informatyzacji również w innych szpitalach w Polsce (Łódź, Sieradz, Kalisz, Piła, Wrocław, Poznań) dzielę na trzy obszary:

- administracyjno-gospodarcze (Ruch Chorych, Kadry, Płace, Księgowość, GSMED, Żywienie itd.),
- wspomagające działalność me-

dyczną (Oddział, Apteka Oddziałowa, Ekspedycja Leków, Ruch Chorych, Krwiodawstwo, Opis zabiegów, Psychotesty, Medline itd.),

- diagnostyczno-kliniczne (systemy integralnie związane z aparaturą medyczną lub stanowiące jej istotną podstawę: AUDIOCOMP, NYSTAGMUS, USG, TK, Gamma Camera).

Ogólnie w WSK pracuje ponad:

- 20 systemów informatycznych,
- 170 użytkowników, w tym ponad 150 w sieci komputerowej,
- 85 komputerów, z czego 66 w sieciach komputerowych,
- 54 drukarki,
- 1 czytnik dysków optycznych.

Łączna długość połączeń sieciowych wynosi 2500 m, dostępna pamięć dyskowa w sieci komputerowej – 1,2 Gb. Spośród siedmiu zainstalowanych sieci komputerowych typu Novell jedna jest samodzielna.

W ciągu siedmiu lat w Ośrodku Informatyki Medycznej pracowało kilkadziesiąt osób (średnio rocznie 11 osób). Podstawowa trudność przy budowie oprogramowania to fluktuacja kadry, której głównymi przyczynami są, według mojej oceny:

- niskie płace w szpitalu dla informatyków,
- stosunkowo duże wymagania i trudności w tworzeniu systemów medycznych,
- wysysanie doświadczonych informatyków przez firmy komputerowe.

W porównaniu z innymi szpitalami czas tworzenia systemów informatycznych oraz uzyskane efekty wykazują, że nie mamy czego się wstydić. Główne obszary pracy szpitala zostały skomputeryzowane w porównywalnym z zachodnimi szpitalami tempie, mimo zaangażowania w tym celu znacznie *niższych* środków finansowych. Uzyskane efekty to konsekwentne realizowanie opracowanej koncepcji, możliwe przy poparciu ze strony kierownictwa szpitala. Stosunek liczby informatyków do wszystkich zatrudnionych w szpitalu jest niższy od 1% – na zachodzie wskaźnik ten wynosi 3%, w USA – 6%. Środki przeznaczone na informatykę w budżecie WSK wynoszą ułamek procenta – w Europie: 1,6 – 2,3%, w USA do 4,5%.

Poniżej omawiam materiał przygotowany przez Departament Nauki i Kształcenia MZiOS, w którym przedstawiono propozycje zmiany systemu specjalizacji lekarskich w ramach reformy systemu służby zdrowia w Polsce. Materiał ten nawiązuje do zatwierdzonego przez Radę Ministrów w 1990 r. opracowania pt.: „Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej – Proces reformowania opieki zdrowotnej”.

NOWY SYSTEM SPECJALIZACJI

Alicja Kowalisko

Nowy system oparty jest na założeniu, że w przyszłości podstawową opiekę zdrowotną sprawować będzie w Polsce lekarz rodzinny. Zakłada się w tym systemie jednolitość wymagań w stosunku do wszystkich uzyskujących tytuł specjalisty, konieczność dokończenia w ramach uzyskanej specjalizacji, stworzenie podstaw do starań o uznanie za granicą specjalizacji lekarzy polskich.

Jako zasadnicze elementy nowego systemu w materiale ministerialnym zostały przedstawione:

A. Jednostopniowość specjalizacji – docelowo przewiduje się konieczność utrzymania około 30 tys. lekarzy specjalistów, którzy pełniliby rolę konsultantów dla lekarza rodzinnego.

B. Rezydentury czyli etaty specjalizacyjne – przyznawane będą ośrodkom, które uzyskają akredytację, a zagwarantowane będą w budżecie centralnym. Przewiduje się w przyszłości konieczność stworzenia około 8 tys. etatów szkoleniowych z odpowiednim proporcjonalnym rozdziałem na etaty przeznaczone na szkolenie specjalistów i na szkolenie lekarzy rodzinnych.

Czas wprowadzenia rezydentur byłby nie dłuższy niż okres konieczny na cykl szkolenia lekarza specjalisty czyli wynosiłby 5 lat.

C. Akredytacja czyli typowanie ośrodków spełniających warunki do szkolenia specjalizacyjnego – posiadanie akredytacji przez ośrodek szkolący będzie warunkiem do otrzymania etatów specjalizacyjnych.

D. Okresowa odnowa rejestracji specjalistów – w nowym systemie proponuje się wprowadzenie wymogu okresowej aktualizacji kwalifikacji fachowych poprzez wprowadzenie systemu punktowego. Punkty czyli tzw. kredyty przydzielane byłyby za udział w zjazdach, sympozjach, kongresach, za

uczestnictwo w seminariach i kursach doskonalących, za uzyskanie dodatkowych kwalifikacji potwierdzonych certyfikatem i za prowadzenie szkoleń. Określoną liczbą kredytów należałoby wykazywać się co 10 lat. W przypadku braku odpowiedniej liczby kredytów przewiduje się możliwość odnowy specjalizacji w drodze specjalnego egzaminu, spełniającego przede wszystkim funkcje edukacyjne (nie selekcyjne)

E. Rozdzielenie procesu edukacji i oceny rezultatów tego procesu – proces specjalizacji podzielony będzie na 2-5 etapów, z których każdy będzie kończyć się egzaminem promocyjnym organizowanym przez ośrodki kształcące. Specjalizację kończyłby całonocny egzamin finalny, organizowany centralnie dla wszystkich specjalizujących się w danej dziedzinie, a przeprowadzany przez instytucję niezależną od ośrodków kształcących.

Przeprowadzenie tego typu egzaminów zostałyby powierzone Krajowej Radzie Egzaminów Medycznych (o utworzeniu tej rady kierownictwo resortu zdecydowało w grudniu 1992 r., nawiązując do zatwierdzonego przez Radę Ministrów programu reformy opieki zdrowotnej)

F. Certyfikaty – dla stabilizacji systemu specjalizacji zostanie utworzony zestaw specjalizacji, korygowany nie częściej niż co 5 lat, obejmujący specjalizacje uznane na świecie z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa. Natomiast nabycie wiedzy czy też umiejętność w bardzo wąskich lub interdyscyplinarnych obszarach wiedzy medycznej honorowanoby certyfikatem uzyskanym w drodze egzaminu lub też w drodze nadania przez odpowiednie stowarzyszenie fachowców (Kolegium Specjalistów). Certyfikaty funkcjonowałyby na

zasadach podobnych do specjalizacji, bez konieczności odnowy co 10 lat.

Dla realizacji nowego systemu specjalizacji Departament Nauki i Kształcenia przewiduje następujące struktury instytucjonalne:

1. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej – w kompetencji ministra pozostawałoby zatwierdzenie zestawu specjalizacji, finansowanie rezydentur, planowanie zapotrzebowania na kadry lekarskie w skali kraju, opracowywanie stosownych regulacji prawnych oraz nadzorowanie ich przestrzegania na wszystkich etapach kształcenia.

2. Komitet Edukacji Podyplomowej – w projekcie statutu KEP przewiduje się, że będzie on liczył 24-25 członków, w tym 10 przedstawicieli izb lekarskich. Do zadań KEP będzie należało: koordynowanie kształcenia podyplomowego kadr medycznych, opracowanie ogólnych wymogów dla programów kształcenia, stworzenie mechanizmów akredytacji, inspirowanie w tworzeniu, a następnie oficjalne uznanie i afiliowanie konkretnych kolegiów specjalistów, okresowe ocenianie jakości kształcenia podyplomowego. 31 maja 1991 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Zespół Organizacyjny KEP dla opracowania szczegółowych założeń programowych dla KEP.

W zespole tym poza przedstawicielami wszystkich Akademii Medycznych i CMKP są przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej (prof. W. Pędich, dr. E. Hubert, prof. W. Bartnik) oraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Kielcach (doc. St. Bień).

3. Krajowa Rada Egzaminów Medycznych.

4. Kolegia Specjalistów – grupować

będą fachowców poszczególnych specjalności w pełni wyspecjalizowanych, tzn. według obowiązującego systemu specjalistów z II stopniem specjalizacji.

Kolegia zajmą się:

– opracowaniem programów danej specjalizacji oraz akredytacją programów zgłoszonych przez ośrodki szkolące,

– opracowaniem kryteriów i standardów dla akredytacji placówek szkolących oraz akredytacją tych placówek,

– opracowaniem zakresu wiedzy i umiejętności dla danej specjalności,

– współdziałaniem w ustalaniu autorów pytań egzaminacyjnych i członków zespołu kwalifikującego pytania egzaminacyjne,

– stymulowaniem doksztalcenia specjalistów (w tym ustalaniem warunków pralongaty ważności specjalizacji),

– ustalaniem warunków członkostwa (kryteriów dla przyjęcia i pralongaty członkostwa),

– przyznawaniem liczby kredytów dla uczestników różnych imprez naukowych i szkoleniowych.

5. Akredytowane Ośrodki Specjalizacyjne – ośrodek akredytowany to jednostka publicznej lub prywatnej służby zdrowia, spełniająca wszystkie kryteria określone przez odpowiednie organa akredytujące. Akredytacji udziela się na podstawie ankiety akredytacyjnej i ewentualnie inspekcji na miejscu. Ośrodki akredytowane realizują szkolenie w oparciu o szczegółowy plan zatwierdzony przez właściwe Kolegium Specjalistów. Program szkolenia może być realizowany w całości w jednej instytucji lub, w razie konieczności, w jednostkach podejmujących się szkolenia cząstkowego (w oparciu o zawarte umowy) – w takich razach realizowanie procesu kształcenia nadzorowane jest przez koordynatora szkolenia.

Powyższy materiał przedstawiony w konieczności w skrócie i uproszczeniu był omawiany w dniu 7 kwietnia br. w Naczelnej Radzie Lekarskiej, w wyniku czego opracowano *Stanowisko Komisji Nauki i Kształcenia NRL* przedłożone kierownictwu resortu, które w całości przedstawiam poniżej.

Przewodnicząca Komisji Kształcenia DIL
Alicja Kowalisko

Stanowisko Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 7 kwietnia 1993 r. w sprawie zmiany systemu specjalizacji lekarskich

Komisja Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z przedstawionym przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej dokumentem *Zmiana systemu specjalizacji lekarskich*, ze stycznia 1993 r. zajmuje następujące stanowisko:

Pozytywnie ocenia się ogólny kierunek proponowanych zmian w systemie specjalizacji, zgłaszając jednocześnie następujące uwagi i propozycje:

1. W systemie specjalizacji należy zwrócić uwagę nie tylko na kwalifikacje specjalistów ale także na właściwe rozmieszczenie kadry specjalistycznej.

2. Wątpliwość budzi pkt. 2 przesłanek wyjściowych zakładający rozdzielenie kształcenia specjalistów i lekarzy rodzinnych. Kształcenie i specjalizacja obu tych grup lekarzy powinna podlegać kontroli Komitetu Edukacji Podyplomowej.

3. Koszty ponoszone na specjalizację i kształcenie podyplomowe powinny być pokrywane przez: resort zdrowia, samorządy terenowe, jednostki organizacyjne zatrudniające lekarzy i kształcących się lekarzy.

4. Wobec wysokich kosztów kształcenia podyplomowego postulujemy

- a) zwiększenie odpisu od podatku dochodowego kosztów ponoszonych na kształcenie,
- b) zwiększenie wynagrodzenia lekarzy specjalistów.

5. Zmiana liczby i nazewnictwa specjalizacji powinna odbywać się stopniowo w zależności od potrzeb.

6. Rezydentury nie powinny być jedyną drogą uzyskiwania specjalizacji.

7. Proponujemy możliwość specjalizowania się w trzech systemach: rezydentura, zatrudnienie etatowe w szpitalu i wolontariat.

8. Ośrodek szkolący, posiadający akredytację, powinien mieć możliwość zawierania umów z niżej usytuowanymi ośrodkami (np. szpital powiatowy) na odbywanie w nich stażów cząstkowych. Odnosi się to szczególnie do kierunków

zabiegowych, dla ułatwienia realizowania programów w zakresie szkolenia praktycznego. Za rezultaty szkolenia w tych jednostkach ponosi odpowiedzialność ośrodek posiadający akredytację.

9. Pozytywnie ocenia się propozycję odnawiania specjalizacji. Kontrolę nad odnawianiem specjalizacji powinny sprawować kolegia specjalistów współpracujące z okręgowymi izbami lekarskimi.

10. W procesie specjalizacji konieczne jest uwzględnienie roli lekarskich towarzystw naukowych.

11. W Krajowej Radzie Egzaminów Medycznych powinien być zapewniony udział przedstawicieli izb lekarskich, lekarskich towarzystw naukowych oraz medycznych instytutów naukowych.

Lista specjalizacji podstawowych w medycynie:

1. Anestezjologia i intensywne opieka.
2. Chirurgia.
3. Chirurgia dziecięca.
4. Choroby wewnętrzne (choroby zakaźne)?
5. Diagnostyka laboratoryjna.
6. Dermatologia i wenerologia.
7. Medycyna sądowa.
8. Medycyna zapobiegawcza.
9. Mikrobiologia.
10. Neurochirurgia.
11. Neurologia.
12. Okulistyka.
13. Onkologia.
14. Ortopedia i traumatologia.
15. Otolaryngologia.
16. Patomorfologia.
17. Pediatria.
18. Położnictwo i ginekologia.
19. Psychiatria.
20. Radiologia.
21. Rehabilitacja medyczna.
22. Stomatologia zachowawcza.
23. Ortodoncja.
24. Protetyka.
25. Chirurgia stomatologiczna.
26. Chirurgia szczękowa.

ODWOŁAĆ CEBRATA

Kalendarium konfliktu

Kalendarium konfliktu między środowiskiem medycznym a doktorem Stanisławem Cebратem rozpoczyna rok 1990. Na pierwsze spotkanie Komisji Zdrowia Miasta Wrocław radni, którzy zgłosili do niej akces, zaprosili przedstawicieli instytucji służby zdrowia – izby lekarskiej, „Solidarności”, tworzących się izb aptekarskiej i pielęgniarskiej. Zaprosili, po czym... wyprosil za drzwi. Dokładniej rzecz biorąc zrobił to przedstawiciel radnych – doktor biologii, Stanisław Cebрат. W ciągu następnych trzech lat swojej kadencji radnego w Komisji Zdrowia S. Cebрат skłócił środowisko służby zdrowia z radnymi, zablokował pracę Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, przyczynił się do rozpadu Komisji Zdrowia i Ochrony Środowiska na dwa organizmy (na czele jednego z nich stanął).

7 września 1992 roku wojewoda wrocławski, prof. Janusz Zaleski powołał S. Cebrata na stanowisko swojego pełnomocnika do spraw reorganizacji służby zdrowia. Decyzję tę tłumaczył koniecznością zatrudnienia menadżera opieki zdrowotnej oraz jej odmedycyzowania. Czy S. Cebрат był rzeczywiście najlepszym kandydatem? Nie posiada przecież wiedzy i wykształcenia z zakresu ekonomii, prawa i medycyny, nigdy nie pracował w służbie zdrowia, nie kierował żadnym większym zespołem, nie ukończył żadnego specjalistycznego szkolenia menadżerów, mającego zastosowanie w służbie zdrowia. Na nowym stanowisku S. Cebрат przyczynił się do chaotycznego i nie przemyślanego przejmowania (najczęściej wymuszanego) placówek służby zdrowia przez samorządy terytorialne. Spowodowało to niepotrzebny odpływ środków finansowych. Rozbił jednorodne struktury zożowskie, co pociągnęło za sobą zwiększenie etatów administracyjnych, dodatkowe koszty, bałagan (ZOZ Śródmieście, ZOZ Fabryczna, Przemysłowy ZOZ Fabryczna). Równocześnie dotychczas nie zarejestrowano publicznych zakładów opieki zdrowotnej, mimo że już na początku ubiegłego roku rozpoczęto ten proces (w czerwcu ub. r. jednostki złożyły wszelkie niezbędne dokumenty). Przy

podejmowaniu decyzji ważnych dla środowiska medycznego nie konsultuje się z przedstawicielami samorządów i związków zawodowych. Permanentnie łamie więc ustawy o: związkach zawodowych, izbach lekarskich, izbach aptekarskich, samorządzie pielęgniarek i położnych.

Od 7 stycznia bieżącego roku S. Cebрат jest dyrektorem Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego. W styczniu i lutym br. jednostki nie otrzymały środków finansowych na bieżące wydatki rzeczowe, na płace zaś przyznano im 70% należnego budżetu (gdy stanowią one ok. 80% wydatków). Obecne zadłużenie jednostek w pierwszym kwartale 1993 roku jest większe trzy, do pięciu razy niż na koniec ubiegłego roku. Przekroczyło już ono dopuszczalną granicę (5%), w wielu przekracza 10%. S. Cebрат nie ma poparcia środowiska medycznego. Jego postępowanie wywołuje protesty nie tylko Dolnośląskiej Izby Lekarskiej (jej Prezydium, Rady, VI Zjazdu Delegatów). Sprzeciw wyrazili także: Stowarzyszenie Właścicieli Prywatnych Aptek, Dolnośląska Izba Aptekarska, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, NSZZ „Solidarność” Służby Zdrowia, Federacja Związków Zawodowych Służby Zdrowia.

Spór przybiera coraz ostrzejsze formy. Dyrektor wydziału zdrowia rozpętał nagonkę personalną na Ryszarda Łopucha – wiceprezesa DIL, byłego kandydata Izby na to stanowisko. Przeprowadził kontrolę w kierowanej przez niego poradni, o nieprawidłowościach, jakich się doszukał, szeroko poinformował prasę; parę dni później zażądał teczek z danymi swego. W wypowiedziach prasowych podważył wiarygodność wybranych demokratycznie władz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, a w tym także rzecznika odpowiedzialności zawodowej. W odpowiedzi DIL wystosowała list otwarty do wojewody wrocławskiego z żądaniem odwołania S. Cebrata z pełnionego przez niego stanowiska. Podczas manifestacji zorganizowanej 13 maja przez „Solidarność” manifestanci również domagali się odwołania dyrektora wydziału zdrowia. Znamienne są tytuły artykułów poświęconych temu sporowi: „Zwolnisz albo cię zwolnimy”, „Cebрат musi odejść”, „Potrzebny kamikadze”, „Czekista

kamikadze”, „Dyrektor pod sąd”, „Urzędnicze gry wojenne”, „Wojna na całego”, „Taktyka lekarzy”, „Odwołać dyrektora Cebrata”.

Poniżej przedstawiamy oświadczenie DIL w tej sprawie, wspomniany list otwarty do wojewody wrocławskiego, wyjaśnienia R. Łopucha dotyczące zarzutów wysuniętych podczas kontroli Poradni nr 20 oraz opinię radcy prawnego DIL.

(k.p.)

Oświadczenie Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 20 maja 1993 roku

Prezydium DIL protestuje przeciwko wypowiedzi wojewody Janusza Zaleskiego opublikowanej w prasie, jakoby nasze działania były zachowawcze i niekonstruktywne. Członkowie DIL uczestniczą w pracach Rządu, Sejmowej Komisji Zdrowia, Naczelnej Izby Lekarskiej oraz w pracach Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej dotyczących restrukturyzacji służby zdrowia. Nie został również zatwierdzony budżet ochrony zdrowia województwa wrocławskiego. Brak rozmów dotyczących służby zdrowia, zdaniem DIL, doprowadził do błędnych decyzji, czego przykładem są konkursy na stanowiska dyrektorów i kierowników przychodni, w których brak części dokumentów składanych przez kandydatów, a mimo to konkursy usiłuje się przeprowadzić. Część z ogłaszanych konkursów dotyczy placówek, które nie mają sprecyzowanego statutu prawnego. Wnioskujemy o zawieszenie konkursów i ogłoszenie nowych, gdyż nastąpiło naruszenie prawa.

Przedłuża się dyskusja nad podwyżkami płac dla pracowników ochrony zdrowia spowodowana między innymi tym, że kierownictwo Wydziału Zdrowia UW nie potrafiło wytłumaczyć braku 799 etatów dla województwa wrocławskiego, co spowoduje zmniejszenie zatrudnienia w tym województwie o około 12%.

Do dnia dzisiejszego, tj. 20 maja 1993 roku nie rozpoczęto rozmów z Dolnośląską Izbą Lekarską w sprawie powołania komisji nadzorującej wydawanie druków L-4 w nowym systemie, który będzie obowiązywał od 27 maja 1993 roku. Spowoduje to olbrzymi bałagan w tym zakresie.

Prezydium DIL popiera wniosek

ODWOŁAĆ CEBRATA

Zarządu Regionu NSZZ „Solidarność” o odwołanie ze stanowiska kierownictwa Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia – dra n. biol. Stanisława Cembrata i lek. med. Ryszarda Dziekońskiego; Przypominamy także uchwałę VI Zjazdu z dnia 27 lutego 1993 roku w sprawie votum nieufności do wojewody wrocławskiego.

Przewodniczący Dolnośląskiej Rady Lekarskiej Włodzimierz Bednorz

Od redakcji:

Na konferencji prasowej z kierownictwem Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia poinformowano o rezygnacji dra R. Dziekońskiego ze stanowiska lekarza wojewódzkiego

List otwarty do wojewody wrocławskiego, prof. Janusza Zaleskiego

W związku z nieodpowiedzialnymi wypowiedziami dyrektora Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Stanisława Cembrata na konferencji prasowej w dniu 25 maja 1993 roku, w której podważa autorytet wybranych przez środowisko władz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, a także sugeruje, jakoby prace Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Sądu Lekarskiego były tendencyjne – domagamy się natychmiastowego odwołania tego urzędnika z zajmowanego stanowiska.

Przewodniczący Dolnośląskiej Rady Lekarskiej Włodzimierz Bednorz

Opinia prawna

Zgodnie z art. 17 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158) członkowie izb lekarskich pełnią swoje obowiązki społecznie.

Na wniosek okręgowej lub Naczelnej Rady Lekarskiej zakład pracy obowiązany jest zwolnić z pracy pracownika pełniącego określone funkcje z wyboru w organach izb lub wykonującego czynności na rzecz izby, bez prawa do wynagrodzenia.

Izby lekarskie określają zasady i tryb zwrotu kosztów podróży oraz innych uzasadnionych wydatków poniesionych przez członków samorządu w związku z wykonywaniem czynności na rzecz izb.

*Radca prawny DIL
mgr Beata Kozyra-Lukasiak*

Ryszard Łopuch wyjaśnia

W marcu i kwietniu 1993 roku Wojewódzki Wydział Zdrowia przeprowadził sześciotygodniową kontrolę w Zakładzie Opieki Zdrowotnej – Fabryczna we Wrocławiu, między innymi w kierowanej przeze mnie Przychodni nr 20. Jej wyniki dyrektor Stanisław Cebtrat podał do publicznej wiadomości na konferencji prasowej w dniu 25 maja. Przytaczam fragmenty artykułów w tej sprawie, opublikowanych następnego dnia (26. 05. 1993 r.):

„Potrzebny kamikadze” (Gazeta Dolnośląska)

„ (...) w państwowych placówkach służby zdrowia (...) już udało się wykryć wiele nieprawidłowości, na przykład lekarzy pracujących fikcyjnie ponad 16 godzin dziennie, sztucznie tworzone kolejki do gabinetów protetycznych czy błędne szeregowanie pracowników na siatce plac. Za niedopuszczalne dyrektor Cebtrat uznał wynajmowanie po południu gabinetów na prywatne praktyki lekarzom, którzy wcześniej przyjmują w tych samych placówkach i zakazał tego podczas majowego spotkania z dyrektorami wrocławskich zoz-ów.”

„Jak uporządkować służbę zdrowia” (Gazeta Robotnicza)

„Podnoszenie kwestii marnych zarobków w służbie zdrowia odnosi się, zdaniem dra Cembrata, do ogromnej masy

uczciwie pracujących lekarzy. W panującym bałaganie znakomicie radzi sobie natomiast część osób, także liderów DIL i związków zawodowych, mieniących się rzecznikami lekarzy. Na przykład kontrola przeprowadzona w ZOZ Fabryczna odkryła, że kierownik jednej z przychodni, oddelegowany do DIL, nieprawnie pobierał w tym czasie wynagrodzenie ze swojej przychodni, sam sobie przyznawał premie, przyznawał premie osobom będącym na urloпах bezpłatnych, zaszeregowwał działacza związkowego w taki sposób, że jego wynagrodzenie, mimo podstawowego tylko wykształcenia, wynosiło dużo powyżej pensji lekarzy, bo aż ponad 5 mln zł.”

„Służba zdrowia – emocje i porządki” (Słowo Polskie)

„Na przykład w przychodni przy ul. Legnickiej kierownik tolerował nieobecność w pracy – dwa dni w tygodniu – osoby, która w tym samym czasie była zatrudniona w innym zakładzie. W niektórych placówkach te same osoby są zatrudnione na dwóch umowach o pracę. (...) Dyrektor Cebtrat poinformował, że lista zarzutów pod adresem dra Łopucha jest bardzo długa. Obejmuje, między innymi, naruszanie uprawnień pracowniczych, pobieranie nienależnych wynagrodzeń.”

Odpierałem powyższe zarzuty, jednak o tym dyrektor Cebtrat nie wspomniał nigdzie nawet słowem. Dlatego pozwolę



ODWOŁAĆ CEBRATA

sobie przytoczyć poniżej moje wyjaśnienia:

„wynajmowanie po południu gabinetów na prywatne praktyki...”

Jako jeden z pierwszych w Polsce zainicjowałem działalność gospodarczą w ZOZ-ie Fabryczna za zgodą dyrektora zoz-u, lekarza wojewódzkiego i ministra zdrowia. Działalność ta pozwoliła uniezależnić się finansowo przychodni i zoz-owi od urzędników takich jak pan Cebrat, którzy chcą za wszystkich decydować jednoosobowo.

Wynajmowanie pomieszczenia administracyjne – puste w godzinach popołudniowych, udostępniano korytarze, w nielicznych przypadkach sprzęt oraz gabinety lekarskie. Przestrzegano zasady aby lekarze pracujący w tej przychodni, nie wynajmowali swoich gabinetów. Obecnie spośród 45 lekarzy tylko jeden pracuje w tym samym gabinecie – i to w soboty. Pięciu pracowników przychodni wyremontowało i adoptowało puste pomieszczenia, zakupiło sprzęt – pacjentów przyjmują w innym skrzydle budynku.

Łączne wpływy z działalności gospodarczej w Przychodni nr 20 wyniosły 706 621 130 zł (w latach 1991-93). Jest to duże osiągnięcie. Naszym śladem poszły inne placówki. Nie było i nie ma skarg pacjentów – ani w kierownictwie przychodni, ani u dyrektorów zoz-ów, ani w DIL. Na nasze pytania w tej sprawie Urząd Wojewódzki nie odpowiedział.

Paradoksalność powyższego zarzutu polega na tym, że na wynajm gabinetów nie ma wpływu kierownik przychodni czy dyrektor zakładu – decyzję podejmuje wydział zdrowia. Masowe zamykanie gabinetów w województwie wrocławskim uważam za decyzję polityczną skierowaną przeciwko lekarzom i pacjentom, sprzeczną z rządowymi zasadami prywatyzacji. Przyniesie ona straty finansowe w poszczególnych placówkach oraz całkowite uzależnienie pod tym względem od pana Cebrata.

„wynagrodzenie dużo powyżej pensji lekarzy, bo aż ponad 5 mln zł”

Zarzut dotyczący wypłacania pensji w wysokości 5,5 mln zł pracownikowi przychodni z podstawowym wykształceniem jest fałszywy. Wynagrodzenie

takie otrzymało w październiku kilku konserwatorów, w tym Janusz Jakubczak, za pomalowanie w soboty i niedziele pomieszczeń przychodni (parę tysięcy metrów kwadratowych). Uważam, że pracę tę wykonano prawie za darmo, z owych 5,5 mln zł połowa stanowiła dodatek za powyższe zlecenie. Jeszcze raz podkreślam wyjątkowość tego wynagrodzenia.

„przyznawał premie osobom będącym na urloпах bezpłatnych”

I ten zarzut jest fałszywy. Premie ustalają przedstawiciele załogi wspólnie z kierownikiem przychodni, a zatwierdza je Rada Zespołu przy ZOZ-zie, składająca się z przedstawicieli związków, samorządów, dyrekcji.

„sam sobie przyznawał premie”

Premie te uzyskałem ja oraz inni lekarze pracujący w pracowni protekcyjnej. Zastępowaliśmy koleżanki nieobecne z powodu długotrwałych zwolnień chorobowych, decyzja została podjęta przez Radę Zespołu, zgodnie z regulaminem premiowania w naszym ZOZ-ie.

„pobieranie nienależnych wynagrodzeń”

Jestem zatrudniony tylko w ZOZ Fabryczna i tam pobieram wynagrodzenie. Rzeczywiście, część czasu poświęcam pracy w Naczelnej Radzie Lekarskiej oraz Prezydium DIL. Nowo powstałe izby lekarskie przyjęły część zadań administracji centralnej. W związku z niepełną refundacją kosztów tych działań przez ministerstwo zdrowia w całej Polsce zawarto porozumienie o oddelegowaniu lekarzy do pracy w izbach lekarskich. Pisma takie otrzymali lekarze wojewódzcy, dyrektorzy zoz-ów. W całej Polsce jest ono respektowane. Za działalność w izbie w godzinach pracy zakład potrąca pieniądze, zwraca je Izba.

Jedną z nielicznych osób, które muszą zwracać wynagrodzenie, jestem ja.

„tolerował nieobecność w pracy”

Nieprawdziwe są stwierdzenia, jakoby toleruję nieobecność w pracy pracownika oraz fałszowanie podpisów w liście obecności. Pracownica, o którą chodzi, została oficjalnie oddelegowana

– zgodnie z ustawą – do pracy w szkole dentystrycznej na jeden dzień: drugi dzień w tygodniu pracuje w godzinach popołudniowych. Niedopatrzaniem moim jest to, iż nieobecność (95 minut) nie została rozpisana w liście obecności. Pracownica ta przez cały czas jako technik dentystryczny wykonuje swoją normę, nawet w dni swojego oddelegowania, a więc to jej trzeba dopłacić.

Kolejne zarzuty wysuwane przez pana Cebrata dotyczą oddzielania przychodni oraz utrzymywania centralnej rejestracji. Wielokrotne propozycje, aby odłączyć Przychodnię nr 20 od zoz-u odrzucałem. Uważam, że takie przekształcenia wymagałyby zmian kadrowych – zwiększenia liczby etatów administracyjnych kosztem pracowników działalności podstawowej.

Również centralna rejestracja w przychodni jest nonsensem, wymaga zatrudnienia większej liczby pracowników, powoduje natłok, gubienie kart, scysje z pacjentami z powodu braku miejsc.

Dyrektor ZOZ Fabryczna, mgr Witold Kiercz, po zakończeniu kontroli, został zwolniony w trybie natychmiastowym, bez podania uzasadnienia takiej decyzji. Pan Cebrat zapewne zwolnił go, ponieważ dyrektor Kiercz nie zgodził się usunąć mnie (nie miał zresztą prawa) gdyż bronią mnie ustawy o izbach lekarskich i związkach zawodowych), popierał inicjatywę samodzielności kierowników przychodni, nawiązał dobrą współpracę ze związkami i samorządami, odłużył zoz – czego nie można powiedzieć o władzach wojewódzkich. Zamiast konsultacji ze związkami i samorządami władze wojewódzkie usiłują zastraszyć ich przedstawicieli i obrzucić oszczerstwami w mass-mediach. Pan Cebrat posłużył się fałszem i kłamstwem w chwili, kiedy nie było mnie we Wrocławiu (na kilka dni wyjechałem w sprawach służbowych).

Całej tej sprawie pikanterii dodaje znamieny fakt: w telewizyjnym pojedyńku (program z cyklu „Ława” w telewizyjnej piątce) pan Cebrat przegrał ze mną – nie odpowiedział na żaden z moich zarzutów.

Ryszard Łopuch

Konferencja patomorfologów

W dniach 7-8 czerwca odbyła się w Centrum Kształcenia Podyplomowego w Warszawie doroczna ogólnopolska konferencja kierowników i zastępców kierowników zakładów patomorfologii.

Tematem wiodącym naukowych referatów była patomorfologia tarczycy. Wygłoszono następujące referaty:

– dr M. B. Gabrylewicz: „Podział zmian patologicznych w tarczycy w oparciu o nową klasyfikację WHO. Zastosowanie immunomorfologii w diagnostyce różnicowej nowotworów tarczycy”,

– prof. dr W. Olszewski: „Miejsce cytologii w diagnostyce i monitorowaniu leczenia guzów tarczycy”,

– doc. dr R. Maryniak: „Histoklinika i diagnostyka chłoniaka tarczycy”,

– dr J. Nowak: „Zastosowanie ultrasonografii w biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej tarczycy”.

Przedstawiciel generalny firmy niemieckiej MEDIM w Polsce przekazał informację promocyjną dotyczącą aparatury dla potrzeb anatomii, histologii i cytologii, następnie zaprosił zebranych na kawę podczas przerwy.

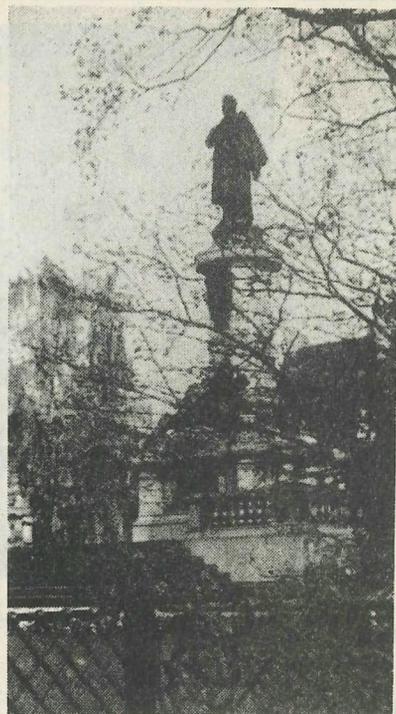
Z dużym odzewem spotkały się również *Propozycje nowego programu specjalizacji z patomorfologii* przedstawione przez prof. dra W. Olszewskiego, który poprowadził następnie dyskusję okrągłego stołu na ten temat.

Po przerwie między obradami przeglądaliśmy, żywo dyskutując, preparaty konsultacyjne przywiezione przez uczestników konferencji.

Drugi dzień obrad wypełniła ogólnokrajowa konsultacyjna konferencja histopatologiczna, zespół orzekający tworzyli: prof. dr W. Olszewski, prof. dr L. Sikorowa, prof. dr L. Woźniak i dr B. Papla.

Z Dolnego Śląska udział w konferencji warszawskiej wzięli: dr Górzyńska, dr Markowska, dr Sośnik, dr Tyszkiewicz, dr Wojnar.

Słynny od lat z miłej atmosfery i gościnności Zakład Patomorfologii CMKP był miejscem kolejnego spotkania patomorfologów z całej Polski, wymiany aktualnych doświadczeń, zarówno merytorycznych jak i menadżerskich w naszej specjalności, w dobie reformowania, liczenia kosztów i ury-



Pomnik A. Mickiewicza w Warszawie

kowania służby zdrowia, czasem za wszelką cenę.

Dla niżej podpisanego konferencja ta będzie pamiętna również z innego, pozamedycznego względu. Otóż, podczas obrad w Szpitalu Bielańskim wybito mi szybę w drzwiach auta i skradziono radio. Skradziono mi po raz drugi, w krótkim odstępie czasu, a pierwszy raz... przed siedzibą DIL we Wrocławiu.

Andrzej Wojnar

UWAGA ABSOLWENCI AM we Wrocławiu z roku 1968

Droga Koleżanko!

Z pewną dozą melancholii przypominam, że minęło 25 lat (niestety) od opuszczenia murów naszej kochanej Uczelni. Z tego oto powodu organizujemy pierwszy po tylu latach Zjazd Koleżeński. Spotkanie zaplanowaliśmy na dzień 2 października 1993 r. W dniu tym planujemy:

godz. 10.00 – Msza Św. w Katedrze

godz. 12.00 – Powitanie przez J.M. Rektora AM prof. dra hab. Jerzego Czernika w Collegium Anatomicum

Wykład jubileuszowy – prof. dr hab. Bolesław Popielski

godz. 19.00 – Spotkanie towarzyskie w Klubie Oficerskim OKO przy ul. Pretficza.

Dla osób spoza Wrocławia istnieje możliwość zamówienia noclegów w Hotelu Garnizonowym przy ul. Gajowickiej 130 (dawna ul. Próchnika – 300 m od klubu OKO). Zamówienia prosimy kierować na ręce kierownika hotelu Zygmunta Bratusa, 53-322 Wrocław z zaznaczeniem „Zjazd Koleżeński” (cena za 2-osobowy pokój – 300 tys.)

Wpisowe za udział w zjeździe wynosi 750 tys. zł od osoby. Pieniądze prosimy wpłacać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, 50-333 Wrocław, Matejki 6. Bank Gospodarki Żywnościowej, Oddział Wrocław, nr 893022-9537-2710 z zaznaczeniem ZJAZD KOLEŻEŃSKI.

Prosimy również o podawanie adresu kolegów spoza Wrocławia. Do miłego spotkania.

Za Komitet Organizacyjny
Krzysztof Wronecki

ul. Zimowa 14, 53-018 Wrocław
tel. 61-59-81

96 Zjazd Niemieckich Lekarzy

Lech Czarnecki



Przed rozpoczęciem obrad

W dniach 4-8 maja 1993 r. odbył się w Dreźnie 96 Zjazd Niemieckich Lekarzy. Na zaproszenie Ogólnoniemieckiej Izby Lekarskiej (Bundesärztekammer) NIL i DIL reprezentowali: prof. Tadeusz Chruściel (prezes NRL), Lech Czarnecki (członek Naczelnego Sądu Lekarskiego i Prezydium DIL) oraz Jan Adamus (członek Rady DIL). Ponadto w zjeździe uczestniczyli przedstawiciele prawie wszystkich izb lekarskich w Europie oraz towarzystw naukowych (polskie reprezentowali J. Wojciechowski i O. Kossowski). Każda okręgowa izba niemiecka (w sumie jest ich 17) delegowała dwóch przedstawicieli ze swojego kierownictwa oraz delegatów (wybranych w proporcji 1 na 1000). Tak więc w obradach zjazdowych udział wzięło 250 delegatów.

Główne tematy zjazdu stanowiły: wprowadzanie w życie projektu reformy systemu ubezpieczeń chorobowych, poziom świadczeń i opieka nad chorymi, podnoszenie kwalifikacji lekarzy a przede wszystkim – oszczędność.

Uroczystego otwarcia zjazdu dokonano w pięknym, późnorennesansowym budynku opery drezdeńskiej – nazwanej od nazwiska jej twórcy, hamburskiego architekta Sempera – Semperoper. Odrestaurowana po zniszczeniach w 1945 roku zachwyca bogatą formą zewnętrzną i pięknym wnętrzem.

Po muzycznym wstępie wszystkich zebranych przywitał prezydent Sächsischen Landesärztekammer – prof. Heinz Diettrich. W swoim przemówieniu podkreślił fakt, że po blisko stuletniej przerwie 96 Dni Lekarzy znów odbywają się w Dreźnie. Mówił również o odtworzeniu na terenie byłej NRD samorządnej korporacji lekarskiej, jaką są izby lekarskie, i przebudowie struktur ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych.

Następnie zabrali głos premier Saksonii i burmistrz Drezna. Uczczono zmarłych w ostatnim roku kolegów, udekorowano zasłużonych.

Minister zdrowia Bundestagu, Horst Seehofer, w długim i błyskotliwym przemówieniu udawał konieczność wprowadzonych reform wzrastającymi kosztami ochrony zdrowia. Zwrócił uwagę, że mimo trzykrotnego wzrostu liczby lekarzy w ostatnich latach stan zdrowia obywateli uległ pogorszeniu, również wzrosły wydatki na cele lecznicze i socjalne. Chociaż lekarze niemieccy nie popierają wprowadzanych zmian, rzeczową, ostrą i dowcipną wypowiedź ministra nagrodzono brawami.

Obradom 96. Dni Lekarzy przewodniczył prezydent Bundesärztekammer (Naczelnej Ogólnoniemieckiej Izby Lekarskiej) – dr Karste Vilmar. Mówił o trudnościach, jakie jeszcze będą musieli przezwyciężyć lekarze w

zjednoczonym państwie. W czągu 60 lat dyktatury – najpierw narodowosocjalistycznej, potem socjalistycznej – we wschodnich Niemczech, centralnie planowanej gospodarki, upaństwowienia prywatnej własności – załamały się wcześniejsze struktury. Teraz wspólnymi siłami trzeba przewyczyć ten stan. Mówiąc o reformach zdrowotnych dr Vilmar przytoczył słowa kanclerza Helmuta Kohla wypowiedziane podczas pierwszego wspólnego Dnia Lekarzy w 1960 r., w Hamburgu. H. Kohl ogłosił wówczas utworzenie w swoim rządzie ministerstwa zdrowia, podkreślił rosnące znaczenie polityki zdrowotnej w narodowym i międzynarodowym wymiarze oraz oświadczył, że w kierowanym przez niego rządzie wszelkie propozycje upaństwowienia służby zdrowia zostaną odrzucone. Ale już 12 miesięcy później, po ustąpieniu ówczesnej ministerstwa zdrowia – Gerdy Hasseldorf (jej miejsce zajął Horst Seehofer) w pośpiechu zatwierdzono projekt reformy zdrowotnej i socjalnej, sięgającej wieku XXI. Niektóre z przyjętych już wówczas postanowień obowiązują od stycznia 1993 roku. Nie uwzględniają one wniosków i propozycji wysuniętych przez Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy, który odbył się w sierpniu 1992 roku.

Po uroczystościach powitalnych Rząd Wolnego Państwa Saksonii zaprosił



Prof. dr Heinz Diettrich, prezydent Saksońskiej Izby Lekarskiej

Siedziba Saksońskiej Izby Lekarskiej, Dreżno, Pohlandstraße 19

zebranych na przyjęcie w foyer opery. Wieczorem odbył się koncert w wykonaniu Saksońskiej Państwowej Orkiestry, pod batutą H.E. Zimmerema.

Przez następne dni obrady odbywały się w Pałacu Kultury, rano – od 9.00 do 12.30 i po południu – od 14.30 do 17.30.

Dyskutowano głównie nad reformą polityki socjalnej i zdrowotnej, podnoszeniem kwalifikacji lekarzy oraz zmianami poszczególnych przepisów w ustawie o izbach lekarskich. Trudno streścić wszystkie wypowiedzi, dlatego ograniczę się do paru charakterystycznych stwierdzeń, które oddają wagę i nastrój obrad.

Zastanawiano się, jak powinna wyglądać relacja rząd – izby lekarskie. W myśl zasady „nic o nas bez nas” – izby lekarskie mogą i muszą być partnerem dla rządu. Nie znaczy to, że wolny zawód lekarza, dobrowolny system ubezpieczeń zdrowotnych, podnoszenie kwalifikacji zawodowych – mają być poddane dyrektywom rządowym.

Wykazano, że środki masowego przekazu informują o problemach środowiska lekarskiego nierzetelnie, często wręcz błędnie, nieuczciwie i kłamliwie. Na przykład twierdzenie, że mimo zwiększającej się liczby lekarzy poziom zdrowotności społeczeństwa obniża się, zaś koszty leczenia rosną – jest bezpodstawne. Nowoczesne metody diagnostyczne i lecznicze, coraz dosko-

nałsza – ale i droższa – aparatura umożliwiają wcześniejszą i dokładniejszą diagnostykę oraz leczenie. Ludzie, którzy wcześniej byli skazani na śmierć, żyją. Zwiększa się długość życia oraz liczba ludzi starych, wymagających stałej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej oraz opieki socjalnej. To jest właściwa przyczyna wzrostu kosztów. Rygorystyczne ograniczenia finansowe pogorszą sytuację i możliwości leczenia chorych. Według uczestników zjazdu – izby i wyższe uczelnie powinny zastanowić się nad etycznymi skutkami wprowadzonych oszczędnościowych reform. Ewentualne wątpliwości moralne należy omówić i rozstrzygnąć, mając stale na uwadze interes chorego. Delegaci na obrady 96. Dni Lekarskich oświadczyli, że byli i pozostaną obrońcami interesu swoich pacjentów. Zobowiązani są zapewnić im jak najlepszą opiekę i przysługujący im standard leczenia. Wskazali na pogłębiającą się przepaść między powinnością lekarską a bezsilnością wynikłą z ograniczenia środków. Przedstawione restrykcyjne założenia polityki zdrowotnej i nowe, wynikające stąd wymagania względem środowiska lekarskiego są nie do przyjęcia, gdyż zwracają się przeciw dobru chorego.

W trakcie dyskusji nad podnoszeniem kwalifikacji zawodowych podkreślono, że ma ono na celu zyskanie zaufania pacjentów oraz udzielenie im możliwie

jak najlepszej, fachowej pomocy. Obowiązkiem lekarza jest stałe doszktałcanie się, znajomość czasopiśmiennictwa medycznego, udział w zebraniach naukowych. Należy także dbać o właściwe, nowoczesne wyposażenie gabinetów i laboratoriów. Powołana przez Zjednoczenie Kas Chorych – komisja kwalifikacyjna czuwa nad indywidualnym szkoleniem lekarzy. Organizuje kilkusobowe koła, przeprowadza okresowe sprawdziany i wryrkowe kolokwia. W dziedzinie kształcenia postanowiono wypracować i wprowadzić w życie standardy, wskaźniki i propozycje – wspólnie z towarzystwami naukowymi, Związkiem Lekarskich Kas Chorych i Związkiem Szpitali Niemieckich.

W ostatnim dniu zaproszono nas na obiad, podczas którego wraz z lekarzami węgierskimi, słowackimi i estońskimi rozmawialiśmy o reformach zdrowotnych w Europie wschodniej i środkowej.

Na zakończenie chciałbym podkreślić, że przyjęto nas bardzo serdecznie. Prezydent – prof. H. Diettrich i wiceprezydent – dr P. Schwenke (znany nam już ze zgorzeleckiego spotkania, czytaj w majowym numerze „Biuletynu”) Saksońskiej Izby Lekarskiej pokazali nam dreźnieńską siedzibę izby. Zaprosili również delegację DIL na rewizytę w Dreżnie, pod koniec czerwca. Ale to już inna historia.

POLSKOJEZYCZNI LEKARZE W NIEMCZECH

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska

Z inicjatywy Wydziału Konsularnego Ambasady Rzeczypospolitej Polskiej w Kolonii oraz Polskiego Towarzystwa Medycznego w Niemczech odbyło się w dniu 22 maja 1993 roku w salonach ambasady spotkanie, w którym zaproszona przez konsula Marka Zielińskiego miałam zaszczyt uczestniczyć. Oprócz mnie z Polski przyjechali: wiceprezes NIL – dr Bożena Pietrzykowska, dr Wojciech Marquardt – przewodniczący Komisji Pracy i Placy NIL oraz Krzysztof Makuch – przewodniczący Komisji Wydawania Prawa Wykonywania Zawodu OIL w Warszawie. Stowarzyszenie „Wspólnota Polska” reprezentowała Agnieszka Panecka – kierownik Działu Informacyjno-Prasowego. Ministerstwo Zdrowia również wysłało swego przedstawiciela, który nie dość, że się spóźnił blisko godzinę, to jeszcze nie zawsze w sposób kompetentny odpowiadał na pytania, często podchwytliwe, dyskusyjantów, których było dużo. Koledzy z NIL za to wypowiadali się konkretnie i rzeczowo.

Z całych Niemiec zjechało się około 200 polskojęzycznych lekarzy i osób związanych zawodowo ze służbą zdrowia. Nie pomieszczono się w pokojach recepcyjnych, toteż spotkanie odbyło się przy pięknej pogodzie, w ogrodzie ambasady, wśród kwitnących róż i rododendronów.

Polskie Towarzystwo Medyczne w Niemczech powstało w listopadzie 1992 roku. Jego duszą i animatorem jest doktor Zbigniew Kostecki – chirurg z Krefeldu, rodowity lwowianin, absolwent Śląskiej AM, wybrany na pierwszego prezesa PTM. Przed 20 laty musiał opuścić Polskę jako „wróg narodu polskiego”, przez 10 lat miał zakaz przyjazdu do kraju, teraz buduje rzeczywisty pomost między środowiskiem lekarzy polskich w Niemczech a instytucjami i organizacjami służby zdrowia w Polsce.

„Cele Towarzystwa są szczytne ale i praktyczne. Pomoc w integracji towarzysko-kulturalnej oraz wymianie naukowej, ale również udzielanie kolegom, zwłaszcza początkującym,



Otwarcie spotkania w ambasadzie polskiej w Kolonii

konkretnej pomocy w znajdowaniu praktyk lekarskich. Towarzystwo – mimo gorzkich doświadczeń prezesa i jego kolegów w tym względzie – jest także otwarte na współpracę z Polską. Przewiduje się pośrednictwo i popieranie inicjatyw zmierzających do zapewnienia wysokiego standardu opieki zdrowotnej w kraju, rozwoju nauk medycznych oraz ochrony biologicznej życia i zdrowia narodu. Problem polega na tym, by w kraju znaleźć poważnego i odpowiedzialnego partnera. Towarzystwo dąży także do organizowania dla lekarzy z Polski bezpłatnych praktyk w Niemczech u ich polskojęzycznych kolegów”.

Jak się szacuje, na terenie Niemiec pracuje i żyje ponad 3 tysiące lekarzy z Polski. Prawie 95% to obywatele niemieccy, ale wielu z nich ma podwójne obywatelstwo. Większość to przesiedleńcy ze Śląska, jednak są również i tacy, którzy w Niemczech znaleźli się z przyczyn politycznych. W domach większość mówi po polsku i uczy w języku polskim dzieci. To fakt wielce symptomatyczny. Dziś dokonywanie podziałów na „politycznych” i tych „z rodowodem” nie ma w zasadzie sensu. Sprzyja to naturalnie integracji,

wynikającej także z nie zawsze jeszcze uświadomionej własnej siły. Mamy więc do czynienia z budowaniem środowiskowego lobby, które może w przyszłości na terenie Niemiec stanowić poważną i odpowiedzialną siłę. Zwraca uwagę otwartość Polskiego Towarzystwa Medycznego na sprawy polskie w Niemczech. Wstąpiło ono do Kongresu Polonii Niemieckiej, który w swych szeregach skupia już ponad 45 organizacji polonijnych i emigracyjnych.

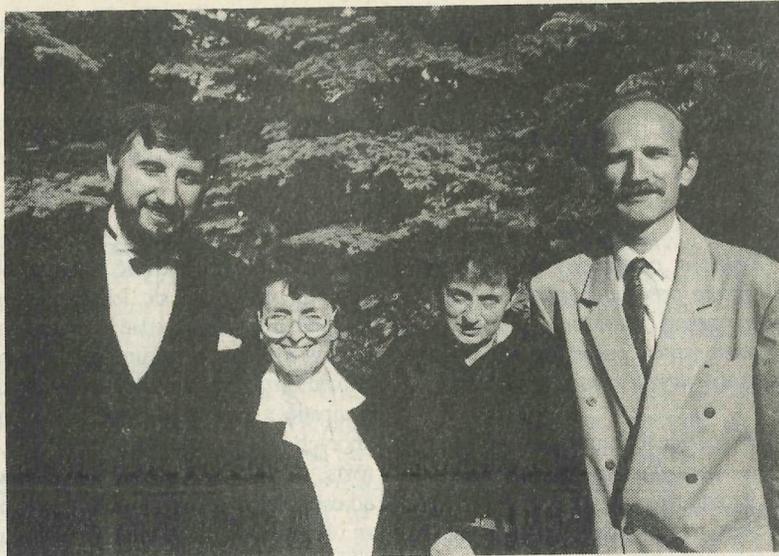
Los lekarza w Niemczech, mimo bardzo dobrych zarobków – tak to przynajmniej widzi się z zewnątrz – nie należy do najłatwiejszych. Obowiązuje ich 40-godzinny tydzień pracy, ale w rzeczywistości „nie starcza dnia” na podołanie obowiązkowi. Dlatego pracują po 12 godzin dziennie i więcej. Trzeba odpracować przerwę obiadową, trzeba ślepcze godzinami w bibliotece uniwersyteckiej, by nie pozostać w tyle. Takie jest prawo konkurencji w tym systemie.

Miło było spotkać znajome twarze absolwentów wrocławskiej AM. Wśród nich była, jak zawsze śliczna, dr B. Moroz – aktualnie lekarz ambasady, a ze stomatologów: M. Dał, która zrobiła doktorat w Niemczech i Małgosią Wolał – tak niedawno jeszcze studentka, z którą spotkałam się na

ćwiczeniach z protetyki. Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej nie udało się pomóc jej w przełamaniu bezdusznych i biurokratycznych barier anachronicznych przepisów, gdy chciała we Wrocławiu odbywać staż podyplomowy. Mgr Małgorzata Skalska-Wychodil, absolwentka Wydziału Farmacji AM we Wrocławiu, to prawdziwa biznesswoman, która zamierza częściej być w interesach we Wrocławiu. Pani mgr Lucyna Ochał-Frankl, która od lat organizowała transporty leków i aparatury medycznej dla szpitali krakowskich, z oburzeniem poinformowała o wprowadzonym niedawno sześcioprocentowym ciele od darów. Według niej izba lekarska powinna wystąpić do Ministerstwa Finansów i Głównego Urzędu o uchYLENIE tego bezdurnego przepisu – i to jak najszybciej!

Dr n. med. Józef Chomicz, okulista z Kolonii wypowiedział się zdecydowanie negatywnie o metodzie Fiodorowa operacyjnego leczenia krótkowzroczności, której stosowanie, jak nam powiedział, jest zakazane w Republice Federalnej Niemiec. W Niemczech preferowana jest metoda dra Fechnera ze Szpitala im. Roberta Kocha z Gehrden koło Hanoveru. Stosuje się ją według ściśle określonych wskazań i tylko w uzasadnionych wypadkach (np. u artystów).

Dr Dariusz Więcko, lekarz domowy z Ahavs, wyraził chęć zaproszenia do swej prywatnej praktyki na krótki staż młodego kolegę – pediatrę, z którym chciałby podzielić się swym doświadczeniem i wiedzą (chętni proszeni są o kontakt ze mną na dyżurze w DIL-u w każdy poniedziałek).



Dr Renuald Mahler z Frankfurtu niezmiernie interesująco mówił o swej pracy oberarza, a nawet pozwolił mi zrobić odbitkę swego Arztausweisu (Medical Identity Card, Carte d'identité du medicin, Carnet de Medico, Udostowiereniye wracza) – legitymacji członka izby lekarskiej. Myślę, że kiedyś też podobnej się dorobimy!

Rozmowy kulturalowe przeciągnęły się poza przewidziany czas, a jeszcze konieczne trzeba było obejrzeć wystawę premierową Stowarzyszenia Polskich Artystów Plastyków w Niemczech, która towarzyszyła spotkaniu, a otworzyło ją p. ambasadorowa Reiterowa. Na zakończenie wręczyłam konsulowi Zielińskiemu książkę wrocławskiego historyka Romualda Gellesa *Dom z białym orłem-Konsulat RP we Wrocławiu (1920 – 1939)* ze słowami,

że ta piękna inicjatywa spotkań lekarskich w ambasadzie w Kolonii powinna być kontynuowana, gdyż jest wyrazem nadziei na lepszą wspólną przyszłość w nadchodzącym trzecim tysiącleciu.

Pięknym przesłaniem na przyszłość jest *Wrocławski list – Breslauer Brief* poety niemieckiego urodzonego w 1922 roku we Wrocławiu, Heinza Winfrieda Sabais, opublikowany w miesięczniku „Odra” w maju 1993 roku, a przełożony przez Bogdana Danowicza:

*„Drogi Tadeuszu Różewiczu, mieszka
Pan we Wrocławiu,
ja urodziłem się w Breslau,
Opadające z drzew liście, pyłki nasion,
pory roku, czcigodne kamienie,
odnoszą się do nas przyjaźnie
jak przechodnie
Ale samo miasto uważa nas za swoje
dzieci*

(...)

*Drogi Tadeuszu Różewiczu
Jesteśmy cives Vratislavienses. Bóg
tak chciał
Miasto włączyło nas obu do swej
historii*

*Heraklityczna Odra przepływa
przez Pański i mój pokój
Musimy się lubić. Inaczej umrzemy”.*
(frag.)

U góry: „Silna grupa” z izby lekarskiej: K. Makuch, B. Bruziewicz-Miklaszewska, B. Pietrzykowska, W. Marquardt

Z lewej: B. Bruziewicz-Miklaszewska rozmawia z drem Renualdem Mahlerem z Frankfurtu



ETOS LEKARZA

Arnold Gubiński komentuje „Kodeks etyki lekarskiej”

Art. 6

Relacje pomiędzy pacjentem a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu. Wolny wybór lekarza przez pacjenta jest jedną z podstawowych zasad tych relacji.

W procesie leczenia podstawowe znaczenie mają zabiegi i ordynowane leki, ale istotną rolę odgrywa współdziałanie pacjenta współokreślane przez jego nastroj psychiczny, samopoczucie, zaufanie do lekarza. Od zamierzonych czasów, zdawano sobie sprawę, że istotnym czynnikiem w walce z wieloma chorobami jest nadzieja, że uda się ją zwalczyć, że realny jest powrót do zdrowia. W podtrzymaniu pacjenta na duchu, w wytworzeniu wiary w wyzdrowienie, dużą rolę może spełnić lekarz. Ale skuteczne oddziaływanie lekarza możliwe jest wówczas, gdy nawiązała się więź lekarza z chorym, gdy chory mu ufa. Lekarz nie powinien, jak sądzę, uciekać się do przesadnego optymizmu, do rokowań, które po jakimś czasie okazują się bez pokrycia. To podważałoby jego autorytet, podrywało jego wiarygodność. Wydaje się, że większość chorych ceni w postawie lekarza stanowczość, zrównowagę, życzliwość. Nie ma tu zresztą jakichś określonych reguł. Pewni pacjenci mają zaufanie do pewnych lekarzy, a innych zaufaniem nie darzą. Bowierni pacjenci tak jak lekarze są różni. Dlatego ważne jest, aby system opieki lekarskiej pozwalał na wybór lekarza przez pacjenta. Nie wydaje się w perspektywie czasu nasuwać dużych trudności wybór przez pacjenta lekarza w rejonie czy wybór lekarza domowego, jeśli ta od dawna zapowiadana instytucja zostanie powołana do życia. Sprawa komplikuje się w miejscowościach, gdzie jest nader szczupła obsada lekarska, ale formalnie i tam jest to do pomyślenia. Poważne trudności mogą wiązać się z opieką lekarską ze strony specjalistów a jeszcze większe, chyba często niepokonalne, dotyczą wyboru lekarza w zamkniętych zakładach leczniczych. Ale tak na szczepku konsultacji

specjalistycznych jak i leczenia szpitalnego należy podejmować starania, aby chorym opiekował się lekarz darzony zaufaniem. Nie można dać jednoznacznej odpowiedzi na to, jakimi cechami powinien odznaczać się lekarz, aby zyskać sympatię a przede wszystkim zaufanie chorych. Jak powiedziano już, ludzie są różni, różne są też ich oczekiwania pod adresem lekarza. Jedni pacjenci skłonni są okazać zaufanie lekarzowi pewnemu sobie, nie mającemu wątpliwości w kwestii metody leczenia, posiadającemu pewne cechy władcze. Inni cenią lekarza, który nie ukrywa trudności, dzieli się swymi przemyśleniami z chorym, nie waha się sugerować dodatkowej konsultacji.

Zasadą, jak wskazano, winno być ułatwienie leczonemu wolnego wyboru lekarza. Jest to bowiem podstawą jego zaufania do leczącego. Oczywiście nie zawsze wybór dokonany przez chorego będzie trafny. Pacjenta mogą znieść czynniki zewnętrzne – wygląd, sposób zachowania się, słowa, gesty, może poddać się owczemu pędowi, opiniiom, jakie powstały w pewnym środowisku, a u podstawy których może leżeć nawet świadoma działalność. Ale najważniejsze jest, aby zajmował się chorym lekarz, do którego pacjent ma zaufanie. Zresztą, obserwując życie, można powiedzieć, że w przeważającej większości wypadków zaufaniem cieszą się lekarze zasługujący na zaufanie. Stosunek między lekarzem a pacjentem jest dwustronny. Z jednej strony chodzi o zaufanie pacjenta do lekarza, z drugiej strony istotne jest, żeby lekarz prowadząc pacjenta, podejmując wysiłki, aby mu pomóc, odczuwał, że ze strony pacjenta istnieje nie tylko zaufanie a nawet sympatii oraz uznanie za jego starania.

Art. 7

W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki. Nie podejmując albo

odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

Zdarzają się wypadki, gdy postępowanie pacjenta świadczy nie tylko o braku zaufania do lekarza, ale nawet o jego nieżyczliwości. Zdarza się, że pacjent traktuje lekarza z góry, zachowuje się obcesowo, odzywa się po grubiąsku, używa słów nieprzyzwoitych. Wynika to z braku kultury, stanowi wyraz obyczajowości przyjętej wśród osób z marginesu społecznego, problemów związanych z alkoholem czy wręcz stanu nietrzeźwości, w którym się znajdują. Są też pacjenci spokojni, niekiedy wręcz potulni, ale nie stosujący się do zaleceń lekarza, uchylający się od zabiegów, nie przyjmujący przepisanych leków, prowadzący tryb życia, który obraca wniwecz proces leczenia. Nie są też wykluczone wypadki, zwłaszcza w małych miejscowościach, że między lekarzem a pacjentem istnieją stosunki nieprzyjemne czy wręcz konfliktowe. Oczywiście wskazane jest, aby lekarz abstrahował od istniejącego układu i zajął się z oddaniem człowiekiem chorym. Ale nie każdy potrafi wznieść się ponad to, co dzieli. Istotne jest zaś, że chodzi o stosunki dwustronne, gdy postawa lekarza może być przyjęta z niedowierzaniem, tłumaczona opacznie jako podstępna czy fałszywa. W takich przypadkach trudno mówić o zaufaniu pacjenta do lekarza, może mieć miejsce podejrzliwość, nieżyczliwość nawet postawa cechująca się agresywnością. Wzięli to pod uwagę twórcy kodeksu. Art. 7 mówi, że w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia z wyjątkiem wypadków nie cierpiących zwłoki. Kodeks nie precyzuje bliżej pojęcia „szczególnie uzasadnionych wypadków”, zadawalając się określeniem ogólnym. Należy sądzić, że są to te sytuacje, na które wskazano wyżej, a nadto inne szczególne sytuacje uzasadniające odmowę leczenia lub odstąpienie od opieki nad pacjentem. Można

dalszy ciąg na str. 21

Gdy lekarze operują prawo

Środowa konferencja prasowa w Naczelnej Radzie Lekarskiej na temat uchwały TK dotyczącej kodeksu etyki lekarskiej przyniosła informacje budzące wątpliwości prawne. O ich wyjaśnienie *Rzeczpospolita* poprosiła rzecznika prasowego Trybunału Konstytucyjnego dra Adama Jankiewicza.

– Mogę komentować jedynie relacje prasowe z tej konferencji i komunikaty PAP, bo sam w niej nie uczestniczyłem. A z doniesień wynika, że NRL zarzuca Trybunałowi ingerowanie w sprawę samorządu lekarskiego, tworzenie, a nie tylko kontrolę prawa oraz podjęcie bez wysłuchania opinii Rady decyzji w sprawie nie usuniętych przez Sejm (mimo sygnalizacji Trybunału dokonanej jeszcze w ubiegłym roku) sprzeczności między kodeksem etyki lekarskiej a ustawami o zawodzie lekarza, o izbach lekarskich i z ustawą antyaborcyjną. Przypomnę, że w uchwale z 17 marca br. Trybunał Konstytucyjny dokonał – na wniosek rzecznika praw obywatelskich – powszechnie obowiązującej wykładni prawa, w której stwierdził, że przepis grożący lekarzom sankcjami za działa-

nia zgodne z ustawami, lecz niezgodne z kodeksem etyki lekarskiej nie ma zastosowania do czasu usunięcia przez Sejm sprzeczności w obowiązującym stanie prawnym. Wniosek zaś o usunięcie tych sprzeczności leży w Sejmie od kilku miesięcy. Podobne stanowisko TK zajął w sprawie tajemnicy lekarskiej, a ponadto orzekł, że nie jest prawnie dopuszczalny eksperyment biomedyczny na człowieku, jeśli ośobiście nie wyraził on na to zgody.

Tak więc Trybunał dał pierwszeństwo przepisom ustawy tylko w ściśle określonym zakresie i nie stwierdził wcale, że każdy lekarz ma obowiązek stosowania się do przepisów ustawy bez względu na własne sumienie. On tylko nie może być pociągany do odpowiedzialności, jeśli postąpi zgodnie z ustawą, a wbrew kodeksowi etyki.

Nieporozumieniem jest twierdzenie, że Trybunał ingeruje w uprawnienia samorządu lekarskiego, a swoją uchwałę podjął bez wysłuchania opinii NRL. Uchwały w sprawie powszechnie obowiązującej wykładni prawa Trybunał podejmuje – zgodnie z konstytucją i

ustawą o Trybunale Konstytucyjnym – na niejawnym posiedzeniu kolegium sędziów TK i nie musi (choć może) wzywać na takie posiedzenia zainteresowanych podmiotów czy osób. Tym razem uznał, że nie ma takiej potrzeby. Nie jest to też żadne tworzenie prawa, lecz wskazanie na okres przejściowy – do czasu poprawienia przepisów przez Sejm – jak ma się zachowywać obywatel, by za zachowanie zgodne z przepisami prawa nie podlegał równocześnie jego sankcjom.

I ostatnia sprawa: NRL powierzyła mec. Maciejowi Bednarkiewiczowi zbadanie możliwości podjęcia kroków odwoławczych od uchwały Trybunału. Chcę stwierdzić, że zgodnie z obowiązującym prawem nie ma takiej możliwości. Uchwała w sprawie powszechnie obowiązującej wykładni prawa ma bowiem moc wiążącą.

Notowała: Jolanta Kroner

Przedruk z „*Rzeczypospolitej*”
16. 04. 1993 r. nr 89 (3433)

dalszy ciąg ze str. 20

przykładowo wymienić jeszcze chorobę, zasłabnięcie lub złe samopoczucie lekarza wywołane czynnikiem fizycznym lub psychicznym (stan wyczerpania, zmęczenia, dramatyczna sytuacja, w jakiej znalazł się lekarz lub bliska mu osoba). Wyjątek dotyczy wypadków nie cierpiących zwłoki. Przyjąć należy, że są to nie tylko wypadki, gdy człowiekowi grozi śmierć, ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia, ale także wszelkie przypadki zasłabnięcia, zranienia, poturbowania, w których niezbędna jest szybka fachowa pomoc lekarza, jeżeli nie może udzielić jej bez zwłoki instytucja specjalnie do tego powołana (z reguły pogotowie ratunkowe). Może to być m.in. napad padaczkowy, zemdlenie, zapaść, niedomagania krążenia,

bóle nerek czy wątroby (kamienie nerkowe). Przepis stwierdza, że lekarz nie podejmując się leczenia albo od niego odstępując – winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. W większych miejscowościach nie napotyka to na trudności, tak w wypadkach leczenia w ramach prywatnej praktyki, jak i w ramach społecznej służby zdrowia. Sprawa może nie być tak prosta w małych miejscowościach, w których praktykuje w ogóle jeden lekarz określonej specjalności. Można rzecz rozwiązać, jeśli taką pomoc uzyska się w pobliskiej miejscowości. Sytuacja jest zaś nader trudna, gdy z powodu stanu, w jakim znajduje się chory (obłożna choroba, kalectwo) lub z racji istniejących trudności komunikacyjnych, nie jest możliwe

uzyskanie szybkiej pomocy ze strony innego lekarza.

Wówczas lekarz, przynajmniej czasowo, wydaje się skazany na opiekowanie się nie chcianym pacjentem, chyba że z jego strony wystąpi sytuacja stanu wyższej konieczności (choroba, ostra niedomoga fizyczna). Klauzula art. 7 dotyczy wszystkich lekarzy a więc także zatrudnionych w społecznej służbie zdrowia, z tym że powinni oni zgłosić się do kierownika placówki odpowiednio uzasadniając swe wystąpienie i prosząc – w razie potrzeby – o wyznaczenie do leczenia innego lekarza. Ich decyzja niejako „wchodzi w życie” po podjęciu decyzji przez kierownika placówki.

Prof. Arnold Gubiński – prawnik,
ekspert przy Naczelnej Radzie Lekarskiej

Jakie problemy prawne nasuwają badania w sprawach o zgwałcenie?

Barbara Świątek

17-letnia dziewczyna zgłosiła się wraz z matką w Zakładzie Medycyny Sądowej. Do badania sędowo-lekarskiego skierował ją prokurator w związku z złożeniem formalnego wniosku o ściganie sprawcy czynu nierządno, dokonanego na jej osobie (jedną z form czynu nierządno jest zgwałcenie, tj. odbycie stosunku płciowego wbrew woli, z zastosowaniem przemocy fizycznej). Ze względu na niepełnoletność pokrzywdzonej wszelkie czynności prawne i badania lekarskie musiały – bo tak stanowi prawo – odbywać się w obecności, na żądanie i za zgodą jej matki. Biegły lekarz musiał – i z obowiązku zawodowego i ze specyfiki zgłaszanego czynu przestępczego – zebrać dokładny wywiad odnośnie ewentualnej przeszłości seksualnej badanej. Dziewczyna przyznała, że pierwszy stosunek płciowy odbyła dobrowolnie przed rokiem, po stosunku tym zauważyła na białym krew. Zdarzenie, w związku z którym zgłosiła się u lekarza, miało miejsce poprzedniego dnia. Znany chłopiec, na prywatce, będąc pod wpływem alkoholu, odbył z nią, wbrew jej woli i pomimo obrony, stosunek płciowy. Używał przy tym przemocy fizycznej i straszył spowodowaniem poważnych uszkodzeń ciała. W wyniku badań stwierdzono drobne, niecharakterystyczne obrażenia na ciele oraz stan po dawnym przedarciu błony dziewiczej, bez śladów świeżych obrażeń. W treści pobranej z pochwy nie stwierdzono charakterystycznej dla obecności nasienia fosfatazy kwaśnej (pokrzywdzona nie była pewna, czy doszło u sprawcy do wytrysku nasienia). Wyniki badań nie pozwoliły zatem na potwierdzenie odbycia z pokrzywdzoną poprzedniego dnia stosunku płciowego ani też przyjęcia, że zauważalne obrażenia powstały w wyniku użycia przemocy fizycznej. Matka pokrzywdzonej była obecna przy badaniu. W miarę upływu czasu zachowywała się coraz bardziej emocjonalnie (wręcz histerycznie), a po wyjściu z gabinetu wśród wyzisk szarpała i policzkowała córkę, nazywając ją

„dziwką” krzycząc, że do żadnego zgwałcenia nie mogło dojść, skoro nie była już dziewicą.

Dlaczego przedstawiłam tak zwykły dla medycyny sądowej przypadek? Dlatego, że nasuwa on wiele wątpliwości natury prawnej i etycznej. Lekarz biegły bowiem, działając w majestacie prawa, narusza prawo człowieka – co prawda niepełnoletniego – do tajemnicy odnośnie jego życia intymnego. Rodzice lub opiekunowie dowiadują się np. o wcześniejszej utracie dziewictwa, a nie zawsze potrafią potraktować tę wiadomość odpowiedzialnie. Sprawę komplikuje fakt, że polskie prawo przyjmuje, iż człowiek po ukończeniu 15. roku życia staje się „dojrzałym płciowo” (poniżej 15. roku życia chroni go prawo – traktował o tym felieton w poprzednim numerze) i praktycznie podejmowanie i prowadzenie życia płciowego jest jego prywatną sprawą, o ile nie narusza norm prawnych (art. 168, 170 k.k. oraz art. 175 dotyczący kazirodztwa). Dziewczyna po ukończeniu 15. roku życia (dotyczy to także chłopców) sama zatem decyduje o swym życiu intymnym i zdanie rodziców – z punktu widzenia prawa stanowionego – nie ma tu żadnego znaczenia. Natomiast przepisy *Kodeksu postępowania karnego* przewidują, że decyzje prawne w przypadkach niepełnoletności pokrzywdzonego podejmują rodzice lub opiekunowie prawni. Nie przewidziano wyjątku przy dochodzeniu przestępstw przeciwko wolności (czyny, o których mowa, popełniane są wbrew woli ofiary, stąd powyższa nazwa). Następna dodatkowa komplikacja to przepisy *Kodeksu karnego*, które stanowią, że sprawca przestępstwa (nawet najcięższego, tj. zabójstwa) po ukończeniu 17. roku życia (a nawet wyjątkowo 16.) odpowiada tak jak osoba pełnoletnia. Dochodzi zatem do sytuacji, że osoba 17-letnia jest na tyle dojrzała społecznie, że może być sądzona i skazana przez sąd nawet na 25 lat pozbawienia wolności (nie może na karę śmierci) i jest też według prawa „dojrzała płciowo” i sama decyduje o

swym życiu seksualnym ale nie jest na tyle dojrzała, by samodzielnie zdecydować o ściganiu sprawcy zgwałcenia i poddawaniu się koniecznym badaniom sędowo-lekarskim. Moje sumienie sprzeciwia się takiej interpretacji dojrzałości – dziewczynie do pełnoletności może brakować kilka dni i mimo to matka będzie decydowała, czy w przypadku podejrzenia przestępstwa na tyle seksualnym poddać ją badaniom i potem przed sądem narażać na stanie się obiektem nadmiernej ciekawości stron procesowych, zwłaszcza obrońców oskarżonego, którzy niejednokrotnie poddają szczegółowej analizie życie intymne pokrzywdzonej. Wykazanie wątpliwej moralności ofiary staje się bowiem metodą usprawiedliwienia czynu sprawcy. Uważam, że skoro prawo uznaje osobę powyżej 15. roku życia za dojrzałą płciowo, powinno także konsekwentnie w tej jedynej dziedzinie pozostawić takiej osobie prawo decydowania o podjęciu czynności prawnych, a tym samym prawo do zachowania w tajemnicy szczegółów życia intymnego, nawet powikłanego czynem przestępczym. Nie ma oczywiście żadnych problemów natury etycznej, gdy dziewczyna taka zgadza się z postanowieniami matki lub – przy skrajnej postawie – nie udziela wywiadu i nie zgadza się na badanie, do realizacji którego lekarz oczywiście nie może użyć siły.

Na zakończenie chciałabym przestrzec lekarzy ginekologów, do których zgłaszają się matki z dziewczętami w wieku powyżej lat 15. (do 18.), żądając ustalenia, czy są dziewicami. Przeprowadzanie takiego badania wyłącznie w celu zaspokojenia ciekawości matki, a bez jednoznacznej zgody dziewczyny jest w świetle podanych powyżej przepisów bezprawne i może narazić lekarza na odpowiedzialność co najmniej zawodową. Osoba zainteresowana musi w takich przypadkach wiedzieć, że ma prawo nie wyrazić zgody na badanie ginekologiczne, gdyż życie intymne (dobrowolne) jest już jej prywatną sprawą.

NASI DRODZY PROFESOROWIE I MY – STUDENCI I POWOJENNEGO ROKU STUDIÓW LEKARSKICH WE WROCŁAWIU

Bożenna Zawirska

„Może kiedyś i pamięć tego miła będzie...”
Wergiliusz: *Eneida*

dalszy ciąg ze str. 1

To łączyło i połączyło nas trwale, mimo różnic nie tylko wieku, ale odmiennie przeżytych w czasie wojny dróg, doświadczeń i losów.

Gdyby można było spojrzeć na studentów I powojennego roku studiów, każdy wpadłby w zdziwienie. Większość nie miała co włożyć na grzbiet: starosta roku, Staszek Penar, nosił obuwie składające się z połatanych dziur, inni – resztki wytartych kurtek lub spodni wojskowych. Było to dziwnie pstre, ale zwarte zbiorowisko młodych i dość młodych ludzi, na ogół głodujących, bez dachu nad głową, zespólonych entuzjazmem, upojonych wprost możliwością studiów. Czekaliśmy na moment, w którym Staszek Penar ogłaszał: „Proszę Koleżeństwa! Dzisiaj w Bratniaku przy ulicy Parkowej będę rozdzielał dary UNRA”.

Nie mam zamiaru wymienić liczby rektorów, profesorów i docentów wywodzących się ze społeczności pierwszorzeczniaków. Nie o to chodzi. W moim odczuciu istotne znaczenie ma przetrwanie do dzisiaj tych spajających nas wtedy więzów, których konkretnym wyrazem są co 5 lat organizowane zjazdy koleżeńskie. Biorą w nich udział

wszyscy powojenni pierwszorzeczniacy, z wyjątkiem już nie żyjących, którzy są jednak zawsze wśród nas, trwając w naszej pamięci.

Podczas tych koleżeńskich zjazdów i kontaktów pozazjazdowych serdeczna atmosfera nie jest zakłócana różnicami poglądów lub stanowisk. Wprawdzie w okresie studiów dwu czy trzech kolegów zasłużyło swoim postępowaniem na niechlubną, wręcz posępną pamięć, to jednak chciałabym opuścić zasłonę na okres ponurego czasu stalinowskiego. My wszyscy, poza tymi wyjątkami, kierowaliśmy się zasadą, którą Anglicy określają „Right or wrong, my country”.

Wspomnienia, które pragnę przywołać, są dość chaotyczne i stanowią jakby vorago rerum, a trochę tuwimowski cicer cum caule. Staralam się wyłowić pewne właściwości i słabostki naszych profesorów, przedstawić ich osobowość właśnie od tej strony; dzięki nim byli i są nam bardzo bliscy.

Prawie wszyscy nasi profesorowie byli kontynuatorami Szkoły Lwowskiej i wnieśli do nauki nie tylko krajowej, lecz i światowej cenne osiągnięcia naukowe. Byli i są dla nas wzorami godnymi naśladowania nie tylko w pracy naukowej, dydaktycznej i usługowej, lecz także dzięki udowodnionym faktami patriotyzmowi, zasługom w dziedzinie organizacyjnej i społecznej. Wyznawali zasadę, którą tak pięknie ujął Stanisław Konarski: „Nie masz zasług; to, co my zwiemy zasługą, są tylko ojczyźnie wypłacone długi”.

Dziekanat mieścił się w budynku przy ul. Chałubińskiego, w którym obecnie znajduje się Klinika Chirurgii Szczękowej. Rezydował w nim pełen godności portier, pan Kaczor, który dopusz-

czał nas do dziekana, prof. Witolda Grabowskiego, a następnie oświadczył: „My z panem dziekanem damy odpowiedź”. Najwięcej emocji doświadczyliśmy jednak w kontaktach z sekretarką dziekanatu, panią Marią Rzucidłową, obdarzoną niezawodną, długodystansową, wsteczną pamięcią i wielką skrupulatnością. Dość wspomnieć, że czasem dziekan pytał: „Pani Mario, czy mogę to podpisać?”.

Pierwszy wykład prof. Ludwika Hirszfelda, uczonego światowego formatu, i osobowość wykładowcy zapadły nam głęboko w serca. Było to 14 listopada 1945 r. Żarliwie wchłanialiśmy treść dalszych wykładów, które prócz przekazywanej nam wiedzy uczyły także humanizmu. Oboje prof. Hirszfeldowie przebywali w getcie warszawskim, skąd udało im się uciec. W 1943 r. stracili jedyną córkę, świetnie zapowiadającą się studentkę Sorbony; swoje uczucia skierowali na studiującą młodzież. Pamiętam pełną czaru postać prof. Hanny Hirszfeldowej, kierownika I Katedry i Kliniki Pediatricznej, mimo zaawansowanego wieku młodą duchem, pełną spokoju i uczuć macierzyńskich: do

dalszy ciąg na str. 26



Z lewej: Stanisław Penar – starosta pierwszorzeczniaków



Z prawej: prof. Ludwik Hirszfeld

studentek zwracała się „kochaneczko”. Prof. Hirszfeld zwykł był mawiać, że student powinien znaleźć czas na wszystko: na naukę, na dokształcanie się, literaturę piękną i muzykę, teatr, na miłość, a także na to, aby siedząc nad rzeką – rozmyślać. Dowiódł dużej od-

wagi cywilnej jako uczony, uznając za słuszny problem genetyki Morgana, co ówczesne władze uważały za karygodne odstępstwo; profesor nie ugiął się pod naciskami i nie zrezygnował ze swego stanowiska.

Do 1950 r. Wydział Lekarski należał do Uniwersytetu i Politechniki, następnie wyodrębnił się jako Akademia Medyczna.

Wspólnie ze studentami Wyższej Szkoły Rolniczej (obecnie AR) słuchaliśmy wykładów profesora Edwina Płażka obejmujących chemię nieograniczoną i profesora Stanisława Lorii z fizyki, który przy pomocy laboranta olśniewał nas elektrycznymi błyskawicami. Pełnym audytorium cieszył się zawsze prof. Gustaw Poluszyński uczący nas biologii, głównie parazytologii. Jego stosunek do głoszonej wówczas „nowej biologii” był zdecydowanie krytyczny i nie poddający się narzucanym orientacjom politycznym. Etykę i logikę dla medyków wykladał prof. Witold Ziembicki, pierwszy dyrektor biblioteki AM.

Rozpoczynaliśmy studia wśród zniszczeń i gruzów. Ochotnicza Straż Akademicka chroniła zdewastowane pomieszczenia przed działaniem tzw. szabrowników. Sale wykładowe mimo uszkodzeń,

często pozbawione szyb w oknach, z przeciekającymi dachami, doraźnie łatane deskami, były zawsze pełne słuchaczy. Podręczników nie było, ten, któremu udało się wygrzebać z gruzów podręcznik Rauber-Kopscha, był obiektem usilnych zabiegów o jego wypożyczenie. Zdarzało się, że rozrywaliśmy podręczniki na części, dzieląc się nimi w celu przepisania tekstu ręcznie. Jeden drugiemu rezerwował miejsce na salach wykładowych, bo opierając się o pulpit można było łatwiej zanotować cały wykład, aniżeli siedząc na schodach. Te rezerwacje przyczyniły się – jak sądzę – w pewnym stopniu do kojarzenia małżeństw, np. Moszczyńskich, Knapków, Wilimowskich lub Komobisów.

Na ćwiczeniach pełna frekwencja. Adiunkt Zakładu Anatomii Prawidłowej, dr Hilary Miller, przyniósł pewnego dnia kilka wypreparowanych serc krowich dla celów dydaktyki. Jedna z koleżanek zabrała po kryjomu jedno takie serce do domu, ażeby zgruntować jego budowę. Na drugi dzień dr Miller zapytał: „Kto ukradł mi serce?”. Po chwili wahania wystąpiła skonfundowana studentka i oświadczyła z żalem: „Ja, ale niestety muszę je Panu zwrócić”. Początkowo anatomie prawidłową wy-

dokończenie na s. 26

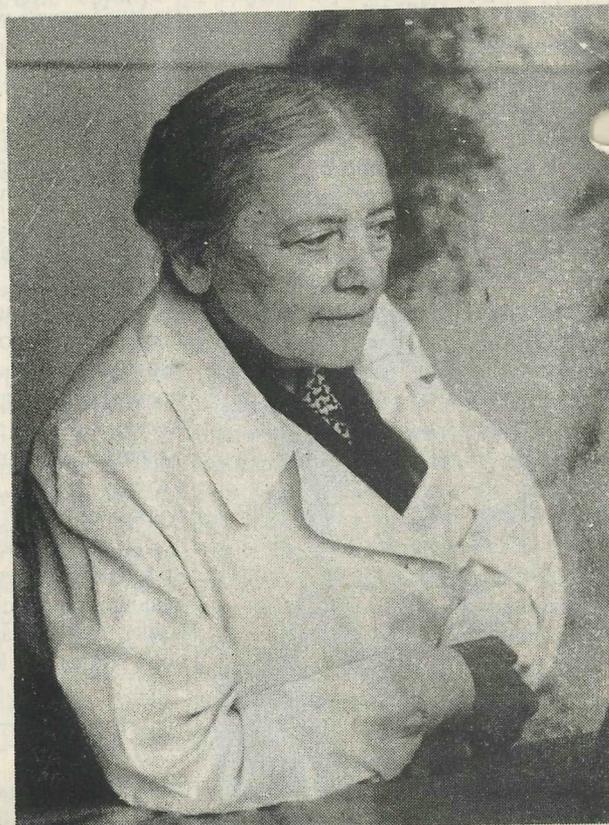
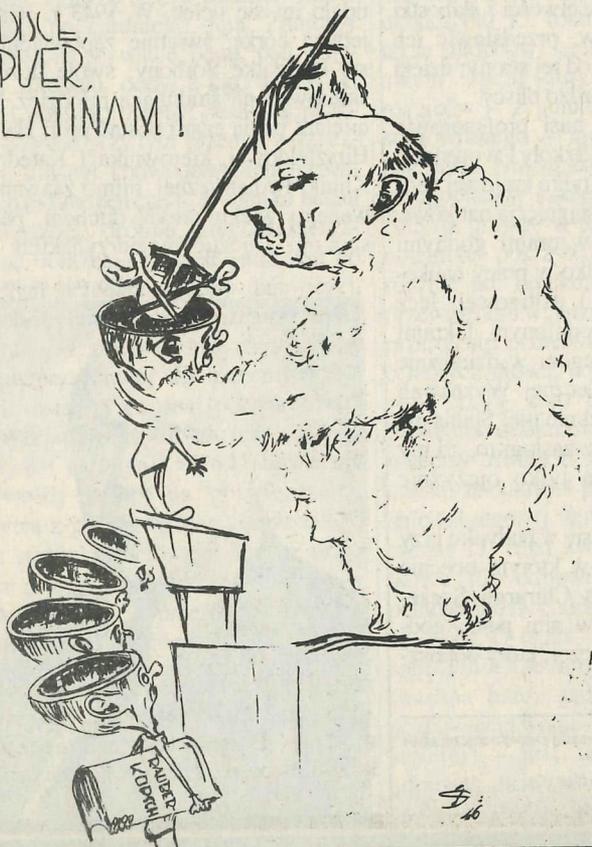


U góry: prof. Tadeusz Marciniak

U dołu: prof. T. Marciniak w karykaturze

Z prawej: prof. Hanna Hirszfeldowa

DISCE,
PUER,
LATINAM!



PIERWSZE KROKI

Ranek 2 listopada nie był słoneczny. Chłód, mgła i jakieś zagubienie. Żadnej taksówki. Zresztą nie miałam ani grosza. Przyjechałam tu za pożyczone pieniądze. Znalazłam tramwaj. Oglądam miasto i ludzi. Smutne, szare domy. Zaspani, zmęczeni ludzie. Wyraz twarzy dyrektora był zażenowany.

– Musiałem przyjąć na pani miejsce kolegę.

– Przepraszam, nie podpisywałam umowy dla kolegi – odparłam zdziwiona.

– Pani wybacz. O kadrach specjalistycznych decyduje kierownik Wydziału Zdrowia. Ja muszę wykonywać polecenia. Zapewne problem rozwiąże się pozytywnie. Proszę zwrócić się do kierownika.

Nie ma pracy, nie ma pokoiku. Wściekła ciągnę ciężką walizkę. Zostawić tę Legnicę, stanąć jeszcze raz przed komisją. Gdzie będę nocować we Wrocławiu? Za co żyć? Znów pożyczać pieniądze?

Sekretarka wprowadziła mnie do kierowniczkę. Pani rozmawiała ze starszym siwym mężczyzną w nieznanym języku. „Jakieś dziwne zwyczaje – pomyślałam – Jakby rozmawiali dwaj szpiedzy. Czy to arabski?” Popatrzyłam na twarze rozmawiających i zaczęłam ozumieć. Jeśli nie udoskonalej mojej wiedzy medycznej, poznam hebrajski.

– Witam panią – zwróciła się do mnie – Mam dla pani wspaniałą pracę. Oddział Zakaźny. Mieszkanie w Szpitalu Dziecięcym.

– Podpisałam umowę na pracę na Oddziale Wewnętrznym. Praca na Oddziale Zakaźnym nie obowiązuje mnie do stażu podyplomowego – powiedziałam.

– Moja kochana, mogłabym być pani matką. Czemu się pani denerwuje? Cóż to znaczy dwa miesiące? Teraz Szpital Zakaźny, a potem przeniosę panią, gdzie pani zechce. Dla mnie każdy chory wymaga lekarza. Ja to muszę tak załatwić. Pani uczyła się także chorób zakaźnych, więc w czym problem? – zakończyła.

Nie miałam argumentów. Zgodziłam się na pracę w Szpitalu Zakaźnym przez dwa miesiące. Istotnie, coż to znaczy te dwa miesiące?

Oddział Zakaźny był na innym końcu miasta. Znów ruina. Trzy budynki w ciągu, środkowy dom wypalony i zbombardowany. Znów żadnego podjazdu, ogródka, drzew. Szpital Zakaźny w samym środku miasta?

Na pierwszym piętrze Oddział Gruźliczy, wyżej Oddział Zakaźny. Ordynator przyjął mnie obojętnie. Mówił tak niewyraźnie, że nie można go było zrozumieć.

– Wizyty odbywają się o godzinie 7.30. Proszę nie spóźniać się, mamy bardzo surową personalną, która pilnuje dyscypliny. Pokażę pani oddział, żeby pani zorientowała się.

Wizyta przebiegała następująco: na zwykły fartuch lekarski wkładaliśmy drugi fartuch, następnie ogromne buciory z gumy na nogi, czapkę na głowę, maseczkę na usta. Nie dziwię się, że niektóre małe dzieci na nasz widok krzyczały albo chowały się pod łóżka. Jednak nie wchodziliśmy do żadnej sali. Zagląaliśmy przez szklaną szybę w drzwiach lub pielęgniarka otwierała drzwi sali i patrzyliśmy na pacjentów. Przy następnej sali przebieraliśmy się. Sądziłam, że to z powodu mojej pierwszej wizyty przebiegliśmy obok sal. Tymczasem w następnym dniu i do końca mojego stażu nic się nie zmieniło. Więcej czasu poświęciliśmy na ubieranie i rozbieranie się niż na pracę przy pacjentach. Ponadto ordynator powiedział, że bym nie chodziła do chorych.

– Jak zbiorę wywiad, co napiszę w obserwacjach? – zapytałam.

– Wywiad zbiera lekarz dyżurny (który jest pod telefonem), obserwacje podadzą pielęgniarki. Można oprzeć się na raportach pielęgniarskich – powiedział ordynator. – Żeby się pani nie nudziło, proszę uzupełnić stare historie chorób.

Znam to. Nazwisko, imię, data przyjęcia, rozpoznanie, wypis. Znów radosna twórczość, którą produkowałam na stażach studenckich.

– Po co pani doktor to pisze? – zapytała mnie siostra oddziałowa. – Dotychczas historie choroby prowadziły pielęgniarki na nocnych dyżurach, żeby nie spać.

Zatem co mam robić w tym szpitalu? Niepotrzebny ogon.

(odcinek II)

Zatrudniono mnie również w poradni ogólnej czyli internistycznej. Pierwszy dzień tam był dla mnie jak skok do głębokiej wody osoby uczącej się pływać. Wypłynę czy nie wypłynę? Miałam pewność, że pacjenci, którzy odważnie przyszli, byli równie przerażeni jak ja.

Uprzednio przygotowałam ściągę, co zapisywać na jakie choroby. Powtarzałam sobie – dobry wywiad to podstawa dobrego rozpoznania.

Pierwszy pacjent zburzył mi tę zasadę.

– Niech pani doktor przepisze mi te leki – powiedział.

– Czy ja nie mogę panu pomóc? –

– Za kilka lat, jak dożyję – odpowiedział szczerze.

Wypisałam leki. Następnie przyszła dość otyła kobieta.

– Proszę wypisać mi skierowanie na badania dodatkowe. Idę na operację. Mam przepuklinę pępkową – oświadczyła autorytatywnie.

– Proszę się rozebrać – powiedziałam.

– Dlaczego? Chcę tylko skierowanie na badania!

– Jednak proszę. Rozmawia pani z lekarzem a nie z sekretarką lekarza.

Posłuchała mnie. Zbadałam ją. Oprócz przepukliny pępkowej stwierdziłam guz wielkości głowy dziecka w jamie brzusznej. Powiedziałam jej prawdę.

– Niemożliwe – powiedziała.

– Daję pani skierowanie do ginekologa i sama pani zadecyduje.

Potem wszedł przystojny, wysoki, młody mężczyzna.

– Czy mogłaby pani doktor przepisać mi te recepty? Żeby nie było wątpliwości mam zaświadczenie, proszę.

Patrzę: stara recepta, ogromne dawki morfiny i skopolaminy. Odpis zaświadczenia, potwierdzony przez teatr w Gdańsku, że XY choruje na nowotwór żołądka z przerzutami do wątroby. Zalecenia? Stosowanie skopolaminy i morfiny. Podpis lekarza, pieczętka kliniki. Popatrzyłam na jego zmęczoną,

cierpiącą twarz, przymglone rozpaczliwie oczy. „O co mam pytać?” – pomyślałam.

– Współczuję panu – powiedziałam. Cóż więcej mogłam powiedzieć skażącemu?

Wypisałam receptę. Dając mu ją, popatrzyłam na jego twarz. To był inny człowiek. Inna twarz. Oczy pełne radości.

– Dziękuję stokrotnie – powiedział i już go nie było.

Coś we mnie drgnęło. Poszłam do gabinetu, gdzie przyjmował kolega.

– Pewnie odwiedził mnie morfinista – powiedziałam.

– Oczywiście – odparł. – Masz szczęście. Morfiniści są niebezpieczni.

– Co mam zrobić?

– Zadzwoń do aptek i nieważnij receptę. Nie jest to sprawa prosta. Nie będzie realizował recepty w Legnicy. Zresztą, kto będzie się szarpał z morfinistą. Żeby zdemolował aptekę?

Wróciłam do swojego gabinetu. Pierwszy dzień i taka wpadka. Zawiodłam się. Nie chodzi o to, że mnie nabral na receptę, ale o to, że wyłudził ode mnie współczucie i zaufanie. Jeden raz za dużo – pomyślałam. Od tego czasu nie dałam się nabrać na podejrzone recepty. Nigdy nie wydawałam recepty z morfiną bez zaświadczeń oryginalnych. Mój różowy bloczek prawie cały leży w gabinecie od wielu lat.

– Nie ma pacjentów – oświadczyła pielęgniarka. – Może pani doktor iść do domu.

– Mam tu pracować do 17.00 – odpowiedziałam.

– Jak pani doktor tak dokładnie będzie badać chorych, to nie wyjdzie pani ani o piątę, ani o siódmę, a pieniądze takie same – odpowiedziała. – Gdzie pani doktor mieszka?

– W Szpitalu Dziecięcym.

– Niech pani doktor się pośpieszy i idzie szybko do domu.

– Dlaczego? Chcę zobaczyć miasto.

– Oddział Dziecięcy znajduje się w pobliżu ruskich koszar. Lepiej nie kręcić się w pobliżu.

– Gwałcą? – roześmiałam się.

– Niech pani doktor nie żartuje. Jedna znajoma o mało co nie straciła życia. Pielęgniarka ubrała mnie, spakowała bloczek i pieczątkę do torebki.

cdn.

Zdzisława Abraszko

NASI DRODZY PROFESOROWIE I MY...

dokończenie ze s. 24

kładał prof. Różycki, który niechętnie widział kobiety na studiach lekarskich. Po nim katedrę objął prof. Tadeusz Marciniak, który przyjechał ze Lwowa. Traktował nas jednakowo bez względu na płeć, a przy egzaminach w razie bloku myślowego lub niedouczenia darzył nas dobrotliwie ojcowskim i zachęcającym: „No, jelopa jedna”, co bardzo lubiliśmy. Jeden z asystentów, Kazimierz Strzyżewski, był tak przystojny, wysmukły i wykwinny, że uosabiał dla mnie postać Ketlinga z sienkiewiczowskiej *Trylogii*. Podczas składania u niego tentamen osteologicum wyobrażałam go sobie w XVII-wiecznym stroju i mimo jakiegoś takiego przygotowania ust nie otworzyłam i oczywiście oblałam. Prof. Karol Stojanowski zaznajamiał nas z antropologią.

Piękne wykłady z histologii i embriologii prowadziła prof. Zofia Opoczyńska-Sembratowa. Egzaminy zaczynały się rano i trwały nieraz do godziny pierwszej w nocy. Ponieważ zajęcia na I i w części na II roku studiów mieliśmy wspólnie ze studentami WSR, również egzaminy składał u tych samych wykładowców. Jeden ze studentów WSR wszedł do gabinetu prof. Sembratowej, a my tłumnie czekaliśmy za drzwiami wokół



Prof. Zofia Sembratowa

posągu Herkulesa z maczugą (stojącego tam do dzisiaj) na piętrze Zakładu Anatomii Prawidłowej. Uszkodzone ściany gabinetu uzupełnione deskami miały dość wysoko szczeliny, przez które można było zobaczyć, co dzieje się w gabinecie. Jeden z kolegów wdrapał się na barki innego stojącego przy ścianie i szeptem udzielał nam informacji. Pytaliśmy „Jak?”. Odpowiadał: „Mówi bez przerwy, nastrój dobry”. I tak to trwało ponad godzinę, wreszcie kolega z WSR wyszedł, ale z miną ponurą. „Oczywiście zdałeś?” – mówimy. „Nie” – odparł. Oszłupiliśmy! Wyjaśnił: „Pani profesor pytała o Lwów, odpowiadałem cały czas, ale gdy powiedziała: »A teraz ad rem« na żadne pytanie z histologii nie odpowiedziałem”.

Bożenna Zawirska

Okręgowa Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie informuje, że organizuje **ogólnopolski turniej lekarzy w brydżu sportowym** w dniach 17-19. 09. 1993 r. Koszt uczestnictwa wynosi 400 tys. zł od osoby. Mieszczą się w nim 2 noclegi, wyżywienie i wpisowe.

Program turnieju:

17. 09. 1993 r. godz. 8.00 – turniej drużynowy „team'y”

18. 09. 1993 r. godz. 10.00 – turniej par dwusesyjny

19. 09. 1993 r. – zakończenie turnieju i rozdanie dyplomów.

Zgłoszenia wraz z dowodem wpłaty należy przesłać do dnia 1. 08. br. na adres: Okręgowa Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie, ul. Żołnierska 16. Konto Izby:

PBK II O/Olsztyn 375007-2541-132

Turniej odbędzie się w atrakcyjnej miejscowości nad jeziorem. Miejsce rozgrywek podamy po 15. 08. 1993 r. osobom, które zgłoszą swoje uczestnictwo.

Odeszli od nas...

Dr Józef Beza, ur. 24.02.1924 r. W 1952 roku ukończył wrocławską Akademię Medyczną. Od 1963 do 1990 był ordynatorem Oddziału Wewnętrznego „B” szpitala w Kłodzku. Długoletni pracownik Przychodni Kolejowej i Spółdzielni Lekarskiej „VITA”. Wykształcił wielu specjalistów I i II stopnia, w tym wielu późniejszych ordynatorów.

Z głębokim żalem, połączeni w cierpieniu z Rodziną, żegnamy wielkiego Lekarza i niezwykłego Człowieka

Doktora Józefa Bezę, wieloletniego ordynatora Oddziału Wewnętrznego „B” szpitala w Kłodzku.

Odszedł od nas wybitny lekarz, który w środowisku tego miasta odcisnął niepowtarzalną piętno.

W imieniu kolegów lekarzy z Oddziału Wewnętrznego „B”, w imieniu wszystkich pracowników tego oddziału i swoim własnym – składałam najwyższy hołd Jego pamięci.

Żegnamy naszego Nauczyciela i Wychowawcę, przyjaciela i kolegę – naszego kochanego „Szeffa”, bo tak go nazywaliśmy.

Przede wszystkim jednak żegnamy wielkiego Człowieka, ponieważ to właśnie człowieczeństwo stanowiło o nim najgłębiej. Wszystkie Jego zalety jako Lekarza, szefa zespołu, Jego profesjonalizm, miały swe źródło właśnie w głębokim humanitaryzmie. Przy całej stanowczości ducha emanowały z niego łagodność i dobroć. Był wrażliwym, wyrozumiałym i bardzo skromnym człowiekiem. Jedyną agresją, na którą było go stać, była agresja wobec chorób; zwalczał je jako lekarz z determinacją, dążył do jak najszybszego rozpoznania i leczenia.

Nie będąc nigdy nikomu wrogiem, sam nie miał wrogów. Cieszył się ogromnym autorytetem u wszystkich swych pracowników: lekarzy, pielęgniarek, salowych. Stawał się autorytetem także dla innych lekarzy i ordynatorów, z którymi się zetknął. W każdym starał się dostrzec i docenić coś dobrego; przyjąwszy taką postawę mógł egzekwować od każdego wszystko, czego oczekiwał.

Profesjonalna dyscyplina nie była dyscypliną strachu; można by ją raczej nazwać dyscypliną odpowiedzialności, obowiązku, etyki. Jego siła brała się z dobroci i mądrości. Czasem mówiono nam: „Ten szef was rozpieszcza”. Byliśmy działającą zawodowo, ale kochającą się Rodziną.

Doktor Beza był naszym Nauczycielem i Wychowawcą. Pobudzał naszą ambicję, wyzwał w nas chęć współzawodnictwa; pozwalał się kształcić, jeździć na kursy, robić specjalizacje. Mówił nam: „Musicie być mądrzejsi niż ja, więcej wiedzieć i rozumieć. Wtedy będę się was radził”. Takie słowa mógł wypowiedzieć tylko wielki człowiek. Do końca dzielił się z nami swoją wiedzą, sobą. Korzystaliśmy z tej możliwości i wysoko ją sobie ceniliśmy.

Po studiach przyjechałem do Kłodzka z myślą o chirurgii plastycznej. Po odbyciu stażu zrezygnowałem ze swych chirurgicznych planów – wybrałem internę. Dziś myślę, że to doktor Beza (zdaje się, nieświadomie) spowodował tę zmianę. Przeglądając się Jego działaniu, przysłuchując się Mu, zaczynałem rozumieć, że właśnie interna jest moim powołaniem. Nie ja jeden zresztą za sprawą doktora Bezy wybrałem taki a nie inny kierunek w życiu.

Zazwyczaj żegnając tych, co doszli do kresu swego życia, mówimy, że byli ludźmi niezastąpionymi. Rzeczywiście: pustego miejsca po zmarłym Doktorze Bezie nikt inny nie wypełni.

Dziękujemy Ci za wszystko, nasz kochany Szeffie!

Żegnamy Cię, kochany Doktorze!
Sпоczywaj w Pokoju, drogi Przyjacielu!

W imieniu wszystkich pracowników Oddziału Wewnętrznego „B” oraz w imieniu Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Rady DIL składam Żonie zmarłego Doktora Bezy, całej Jego Rodzinie wyrazy najgłębszego współczucia.

lek. med. Grzegorz Muskata

Pani dyrektor Zakładu Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy, dr Krystynie Maciejewskiej, serdecznie wyrazy współczucia z powodu śmierci Matki

przekazują koleżanki i koledzy z Koła Oleśnickiego DIL

W dniach 18-20 czerwca odbyło się **I Regionalne Spotkanie Przedstawicieli Polskich i Polonijnych Stowarzyszeń Lekarskich Krajów Ościennych**. Uczestniczyli w nim lekarze z Litwy, Ukrainy, Białorusi, Słowacji, Niemiec i in. Po uroczystym otwarciu we Wrocławiu wszyscy udali się autokarem do Domu Pracy Twórczej AM „Fregata” w Zagórzcu Śląskim. Zebrani obradowali w trzech zespołach roboczych, dyskusje zaowocowały licznymi wnioskami, które wraz ze sprawozdaniem i fotoreportażem przedstawimy w kolejnym numerze „Biuletynu”.

Informujemy, że lekarze, którzy chcą spędzić wakacje we Lwowie (noclegi i wyżywienie u polskojęzycznych lekarzy) w zamian za zaproszenie do siebie na wakacje lwowskiej rodziny, mogą zgłaszać się do redakcji „Biuletynu”

Na spotkaniu delegatów województwa wrocławskiego w dniu 28 maja zebrani poparli zarzuty wysuwane wobec dyrektora Wydziału Zdrowia UW, Stanisława Cembrata. Udzielono poparcia Prezydium DIL za podjęte dotychczas kroki, równocześnie zobowiązując je do dalszych wystąpień w tej sprawie.

Redakcja „Biuletynu” zwraca się z prośbą do wszystkich towarzysz naukowych, aby informacje, komunikaty, programy posiedzeń itp. nadsyłało 2 miesiące przed żądanym terminem opublikowania. Gwarantujemy, że odpowiednio wcześniej dostarczone materiały dotrą do wszystkich lekarzy na Dolnym Śląsku we właściwym czasie.

Sprostowanie

Przepraszamy za błędy w ostatnim numerze „Biuletynu”: na stronie 13 zamieniono podpisy pod zdjęciami przedstawiającymi Włodzimierza Bednorza i Lecha Czarneckiego (nie Jerzego!), zaś na stronie 4 podano informację „Lech Czarnecki – delegatura wałbrzyska. Powinno być „Lech Czarnecki – delegatura jeleniogórska”.

WHO IS WHO?

Zofia Wieraszk



Członek Rady DIL.

Studiowała na Śląskiej Akademii Medycznej, dyplom lekarza uzyskała w 1970 roku. Specjalizacja w dziedzinie interny i pulmonologii. Mieszka w Głogowie. Jest zastępcą ordynatora oddziału wewnętrznego.

Stan wolny. Lubi literaturę, uprawia turystykę.

Dewiza życiowa: „Aby przebrnąć przez życie należy wziąć ze sobą w drogę znaczny zapas ostrożności i wyrozumiałości: pierwsza chroni przed szkodą i stratą, druga przed sporem i kłótnią”.

„Szkoda, że tak mało możemy” – mówi o pierwszej kadencji Izby.

Czesław Klemaszewski



Członek Rady DIL, były przewodniczący Komisji Pracy i Warunków Płacy.

Ukończył Akademię Medyczną

w Wrocławiu (dyplom lekarza – 1974 r.). Psychiatra, specjalista chorób wewnętrznych. Pracuje w Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubinie, na stanowisku ordynatora oddziału wewnętrznego.

Żonaty, dwoje dzieci. Jego hobby stanowią: sport, literatura science-fiction, grzybobranie.

Pierwsza kadencja Izby to dla niego:

„Okres gorączkowej pracy, pełnej zaangażowania i wiary we własne siły i możliwości – w efekcie pełna frustracja. Możliwość dalszego działania – tylko w kolaboracji z władzą, co też nie rokuje nic dobrego, ponieważ żadna władza nas nie kochała i kochać nie będzie”.

Elżbieta Krysińska



Członek Rady DIL, Komisji Socjalnej oraz Zarządu Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej.

Studiowała na AM w Poznaniu, tam otrzymała dyplom w 1972 r. Za swój sukces zawodowy uważa zdobycie specjalizacji I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej. Pracuje w Przychodni Rehabilitacyjnej Spółdzielni Inwalidów ELEKTROMET w Dierzoniowie.

Mężatka, dwoje dzieci. Interesuje się fotografią, chętnie czyta książki biograficzne, uprawia turystykę pieszą, zajmuje się przydomowym ogródkiem.

„Życie jest piękne a jutro cieka-

wsze!” – ta dewiza przyświeca jej życiu.

Krótko wypowiada się na temat działalności Izby:

„Praca ciężka, za mało zrobiliśmy, brak tolerancji wśród kolegów lekarzy”.

Michał Jeleń



Członek Rady DIL, Komisji Współpracy z Zagranicą i Zespołu ds. Przyznawania Prawa Wykonywania Zawodu, pełnomocnik JM Rektora AM do kontaktów z izbą lekarską i towarzystwami naukowymi.

Studia lekarskie ukończył w 1973 roku na Akademii Medycznej we Wrocławiu, gdzie pracuje do dziś w Katedrze i Zakładzie Anatomii Patologicznej. Jest również prodziekanem Wydziału Lekarskiego.

Za swoje osiągnięcia w życiu zawodowym uważa wdrażanie na nowym terenie cytologicznej diagnostyki onkologicznej oraz stałe propagowanie tej metody.

Żonaty, dwoje dzieci. Lubi muzykę poważną, chętnie opiekuje się swoim psem – owczarkiem podhalańskim.

Za motto swojego życia uważa słowa: „Pomagając innym pomagam samemu sobie”.

Jego refleksja dotycząca działalności Izby:

„W początkowym okresie kadencji Izba często zajmowała się sprawami mającymi bardziej wy-

dźwięk polityczny, zamiast zajmować się sprawami istotnymi dla naszego środowiska”.

Maria Jagas



Członek Rady DIL, do grudnia 1992 r. przewodnicząca Komisji Kształcenia, Członek Międzynarodowego Pediatrycznego Towarzystwa Onkologów SIOP w Amsterdamie oraz Europejskiego Towarzystwa Onkologów w Belgii. Konsultant ds. onkologii województwa wrocławskiego.

W 1973 r. otrzymała dyplom lekarza na Akademii Medycznej w Poznaniu. Jest specjalistą onkologiem i radioterapeutą. W 1980 r. obroniła pracę doktorską. Adiunkt w katedrze Onkologii AM we Wrocławiu, ordynator oddziału radioterapii Specjalistycznego Zespołu Onkologicznego.

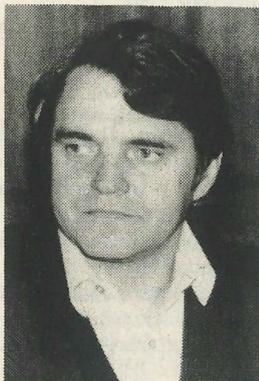
Mężatka, jeden syn. Jej zainteresowania stanowią malarstwo akwarelowe i olejne oraz bibliofilstwo.

Jej życiu przyświeca dewiza: „To piękna rzecz być szczerze przekonanym, ale czasem ważne jest, by mieć rację”.

„Okres pierwszej kadencji izby lekarskiej zbiegł się z okresem burzliwych przemian, stąd też wielki trud niewielkiej grupy lekarzy

bezpośrednio i ofiarnie zaangażowanych w pracach dla naszego środowiska nie zawsze jest dostrzegany i pozytywnie odbierany”.

Ryszard Nowik



Członek Rady DIL oraz przewodniczący Komisji Pracy i Warunków Pracy.

Dyplom lekarza uzyskał w 1974 roku na AM we Wrocławiu.

Specjalista I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. W latach 1979-84 pracował jako lekarz okrętowy, od 1984 r. jest asystentem na Oddziale Hematologii w Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubinie, kieruje również Gminnym Ośrodkiem Zdrowia w Rudnej.

Żonaty, dwie córki. Interesuje się fotografią i filmowaniem, chętnie jeździ na wycieczki w góry i do lasu.

Chce przede wszystkim „dążyć do życia i pracy w normalnych warunkach”.

O pierwszej kadencji Izby mówi: „Bardzo małe zaangażowanie całego środowiska lekarskiego w pracach izby lekarskiej; duży wkład pracy jednostek. Myślę, że izba lekarska jest mało elitarna, dużo miejsca i czasu poświęca sprawom, które rozwiązywać powinni ekonomiści i prawnicy”.

STOPNIE SPECJALIZACYJNE UZYSKALI

W sesji jesiennej 1992 r. egzamin zdali na I stopień specjalizacji

okulistyka

Danuta Chojnowska
Mirosława Grzebińska
Agata Markowicz
Beata Janiak-Kulczuga

farmacja apteczna

Ewa Gołach
Anna Pączek
Genowefa Barnal

medycyna społeczna

Ewa Tymczuk
Jolanta Westwalewicz
Mañola Aiyegbusi
Genowefa Ulman

na II stopień specjalizacji

neurologia

Zbigniew Pietrzak

anestezjologia i intensywne terapia

Elwira Krystkowiak
Stanisław Zieliński
Jarosław Terpiński
Lidia Łysenko

psychiatria

Bogusław Zasepa

neurochirurgia i neurotraumatologia

Renata Abraszko-Żukiewicz

seksuologia

Ryszard Smoliński

ortodoncja

Iwona Siekierka
Jadwiga Teodorowicz
Iwona Jackowska
Małgorzata Pośpiech

Wszyscy wyżej wymienieni
lekarze pochodzą z Wrocławia
Gratulujemy!!!

Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu i Zespół Opieki Zdrowotnej Wrocław Stare Miasto ogłaszają zapisy na kurs

„Organizacja i zarządzanie w służbie zdrowia” od 2.X.1993r. – 7.02.1994r.

Warunkiem przyjęcia jest praca w służbie zdrowia oraz wykształcenie minimum średnie.

Po ukończeniu – uczestnicy otrzymują DYPLOM (certyfikat).

Należność w wysokości 2,5 mln zł. trzeba wpłacić na KONTO BHP w Krakowie ODDZ. Wrocław Nr 329202-8503-132-3.

Informacji udziela – Sekcja Organizacji i Nadzoru ZOZ-u Stare Miasto, przy pl. Dominikańskim 6. Tel. 44-73-38, 382-51 wew. 211.

OGŁOSZENIA O PRACY

Główny Ośrodek Badań Lotniczo-Lekarskich, Wrocław, ul. Wiśniowa 36A, tel. 67-24-20 zatrudni:

- internistę (najchętniej II° specjalizacji)
- chirurga (najchętniej II° specjalizacji)

Warunki pracy i płacy do uzgodnienia na miejscu.

Ośrodek Zdrowia w Kunicach, zatrudni stomatologa na korzystnych warunkach płacowych. Wiadomość tel. 575-322. Urząd Gminy Kunice.

Przychodnia Rejonowa w Wojcieszowie zatrudni od zaraz LEKARZA STOMATOLOGA. Zainteresowanych prosimy o kontakt z kierownikiem przychodni. Oferujemy korzystne płace i mieszkanie

Przedsiębiorstwo Produkcyjno-Usługowe
„DELTA-BUD”
80-419 Gdańsk, ul. Dubois 10
tel. 41-35-08

Firma PPU DELTA-BUD działająca na podstawie zezwolenia Min. Pracy i Polityki

Socjalnej, prowadząca tę działalność od 3 lat, dalej poszukuje chętnych lekarzy do pracy w Libii.

Do oferty prosimy dołączyć następujące dokumenty:

1. kserokopię dyplomu
2. tłumaczenie dyplomu i stopni specjalizacji (angielski) 2 egz.
3. świadectwo przebiegu stażu pracy (angielski) 2 egz.

PILNIE POSZUKUJEMY!

I. GINEKOLOGÓW z II stopniem specjalizacji (wyłącznie kobiety) dla polikliniki w Benghazi z wynagrodzeniem miesięcznym 1800\$ USA netto

II. NEFROLOGÓW z minimum 5-letnim stażem pracy

III. PULMONOLOGÓW z minimum 5-letnim stażem pracy

IV. HISTOPATOLOGÓW z minimum 5-letnim stażem pracy

V. RADIOLOGÓW z minimum 5-letnim stażem pracy

VI. NEUROCHIRURGÓW z minimum 5-letnim stażem pracy

Dla wyżej wymienionych specjalności otrzymaliśmy aktualnie zamówienie z Benghazi (poz. 1 i 2), Derna i Baydy (pozostałe pozycje).

Niezależnie od w/w informacji poszukujemy lekarzy wszystkich specjalności.

Zgłoszone kandydatury wciągane są do naszego rejestru. Z chwilą nadejścia zapotrzebowania z Libii, zainteresowani informowani będą listownie ewentualnie telefonicznie.

Zakłady Techniki Medycznej we Wrocławiu zatrudnią w gabinetach stomatologicznych dla dzieci i młodzieży lekarzy stomatologów na umowy zlecenia.
Tel. 67-59-81

Prywatna Przychodnia Lekarska w Dzierżoniowie zatrudni od października 1993 roku następujących lekarzy specjalistów:

dermatologa, ortopedę, hematologa dorosłych i dziecięcego, psychiatrę i psychologa, seksuologa, alergologa, 2 stomatologów, 2 ginekologów, endokrynologa, neurologa, laryngologa.

Podpiszemy również umowy z lekarzami chętnymi do dyżurów w ramach pomocy wieczorowej, stacjonarnej i wyjazdowej (warunki: prawo jazdy, minimum 5-letni staż pracy oraz doświadczenie w pomocy doraźnej). Wszyscy lekarze otrzymywać będą honoraria zależne od liczby przyjętych pacjentów. Praca w komfortowych warunkach. Pisemne oferty prosimy kierować na adres:

Spółka Lekarska „Cerebrum”, 58-200 Dzierżoniów, Osiedle Różane 1F/7. Na-

viscoplast

Zakłady Chemiczne S.A.
ul. Kwidzyńska 6
51-416 WROCLAW/POLAND
Sekretariat: 25-25-52
Fax: 25-31-18
Tlx: 071/2661 WCH PL

„Laureat EURO-MED'93 za promocję polskich wyrobów wysokiej jakości”
PRODUKUJĄ:

- plastry opatrunkowe i przylepce na podłożu tkaninowym PRESTOVIS, POLOVIS,
- plastry opatrunkowe i przylepce na podłożu włókninowym PRESTOPOR, POLOPOR - zalecane dla osób podatnych na alergię
- plastry opatrunkowe wodoodporne na podłożu foliowym MINIFOL,
- plaster leczniczy: - KAPSIPLAST dla cierpiących na nerwobóle i reumatyzm,
- zestawy plastrów:
 - dla dzieci - zawiera plastry niealergizujące
 - uniwersalny - stosowany do różnego rodzaju skaleczeń
 - turystyczny - zawiera plastry niezbędne w podróży, podczas rajdów, wycieczek itd.
 - domowy - zawiera plastry przydatne w każdym domu
 - minifol - zawiera wodoodporne plastry typu „strips” do opatrywania drobnych skaleczeń

oraz nowości:

- MINIPOR - plastry na włókninie z opatrunkiem
- MINIDERM - plastry na odciski
- APTECZKI - samochodowe pierwszej pomocy
- POLOSOFT - włókninowy bandaż podgipsowy

Działalność handlową prowadzi:

Dział Sprzedaży: tel. 248-292, 248-589, 248-533, a także bezpośrednio Sklep FIRMOWY: 248-505.

stępnie prosimy oczekiwać na zaproszenie do rozmów.

Wojewoda Legnicki ogłasza konkurs na stanowisko dyrektora:

Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Legnicy, ZOZ w Legnicy oraz GHS Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lubinie.

Kandydaci powinni spełniać następujące warunki:

- wykształcenie wyższe - preferowane kierunki: ekonomiczny, prawniczy, organizacja i zarządzanie,
- wyższe medyczne ze specjalizacją II lub I stopnia w dziedzinie med.
- 5. letni staż pracy, w tym co najmniej 2 lata na stanowisku kierowniczym,
- dobry stan zdrowia.

Wynagrodzenie zgodne z obowiązującym w służbie zdrowia taryfikatorem płac.
Mieszkanie na ogólnie obowiązujących zasadach.

Kandydaci zostaną poddani testom psychologicznym.

Oferta powinna zawierać:

- podanie wraz z motywacją ubiegania się o stanowisko,
- dokumenty stwierdzające posiadane kwalifikacje zawodowe,
- opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej,
- kwestionariusz osobowy,
- opinię pracy z ostatnich 3 lat pracy zawodowej,
- zaświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe,
- opracowaną koncepcję funkcjonowania jednostki, którą będzie kierował.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu winni złożyć dokumenty w terminie do dnia 31 sierpnia 1993 r. w opieczętowanej kopercie z napisem „konkurs”, Wydział

Zdrowia UW w Legnicy, pl. Słowiański 1. Decyduje data stempla pocztowego. Termin rozpatrzenia wniosków - w 7 dniu od daty upływu terminu zgłaszania.

Gryfów Śl. dn. 27.05.1993 r.

Komitet Organizacyjny VI Dolnośląskich Spotkań Reumatologów Świeradów Zdrój 22 - 23.10.1993 r. Fundacja na Rzecz Utworzenia Centrum Reumatologiczno-Rehabilitacyjnego w Gryfowie Śl. ul. Rzeczna 24 tel. 444 w. 220 K-to PKO BP Gryfów Śl. Nr 23650-28886-132-3

KOMUNIKAT NR 1

Komitet Organizacyjny VI Dolnośląskich Spotkań Reumatologów uprzejmie zaprasza do wzięcia udziału w Konferencji Naukowo-Szkoleniowej.

Temat wiodący: POSTĘPY W LECZENIU I DIAGNOSTYCE CHOROBY REUMATYZMU.

Miejsce konferencji - Świeradów Zdrój HOTEL MALACHIT.

Pokoje 2-osobowe z łazienką, basen, sauna.

Koszty: - Uczestnictwo - 150 tys.

- Doba hotelowa z wyżywieniem - 150 tys.

Termin zgłoszeń uczestnictwa 15.08.1993 r.

Termin zgłaszania prac ze streszczeniami - A4 - 15.09.1993 r. Po otrzymaniu od Pana(i) potwierdzenia uczestnictwa przysyłamy komunikat nr 2.

Sekretarz Komitetu

Organizacyjnego

lek. med. Wojciech Dul

Przewodniczący

Komitetu Organizacyjnego

dr n. med. Bohdan Łasiz

OŚWIADCZENIE

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego wyraża oburzenie z powodu ogłoszenia w *Gazecie Wyborczej* (10-12 kwiecień 1993) stwierdzającego, że Zespół Prywatnych Szkół Eugeniusza Nagadowskiego prowadzi rekrutację, między innymi do Akademii Medycznej Wydział Stomatologiczny.

Pomijając brak możliwości utworzenia w Zgierzku Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej gwarantującego odpowiedni poziom naukowo-dydaktyczny, Zarząd Główny PTS stwierdza co następuje:

1. Ustalanie polityki kształcenia i zatrudnienia lekarzy, w tym lekarzy stomatologów należy do państwa a więc do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, uczelni oraz do organizacji prezentujących zawód, a więc do izb lekarskich i towarzystw naukowych. Otwieranie i zamykanie wydziałów lekarskich oraz limity przyjęć na pierwszy rok studiów zależą od negocjacji tych podmiotów.

2. Niedopuszczalne jest ingerowanie w tych sprawach osób czy przedsiębiorstw prywatnych. Skutki takich działań będą miały niekorzystny wpływ na poziom zawodu jak również na powstanie groźby bezrobocia.

3. Biorąc pod uwagę powyższe Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego zwraca się do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej o wszczęcie postępowania wyjaśniającego dotyczącego rekrutacji na Wydział Stomatologiczny Akademii Medycznej w Zgierzku.

Za Zarząd Główny

Polskiego Towarzystwa

Stomatologicznego

Prof.dr hab. Włodzimierz Józefowicz

Prezes

Burmistrz Gminy Polkowice

województwo legnickie

OGŁASZA KONKURS NA STANOWISKO DYREKTORA ZESPOŁU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLKOWICACH

Kandydaci przystępujący do konkursu powinni spełniać następujące warunki:

● Wykształcenie wyższe ● Minimum 5 lat pracy na stanowisku kierowniczym ● Lekarze z minimum 5 letnim stażem pracy i prawem wykonywania zawodu

Preferowane kierunki wykształcenia: ekonomiczne, prawnicze, organizacja i zarządzanie

Oferta kandydata powinna zawierać:

- zgłoszenie do konkursu wraz z motywacją ubiegania się o stanowisko dyrektora
- dokumenty stwierdzające posiadane kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania stanowiska
- opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej
- oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe
- opinię o pracy z okresu trzech lat pracy zawodowej
- świadectwo pracy
- świadectwo zdrowia
- koncepcję funkcjonowania ZZOZ w Polkowicach, opracowaną przez kandydata

Dokumenty w opieczętowanych kopertach z napisem „KONKURS” należy składać w

Kancelarii Urzędu Gminy

ul. Legnicka 15

59-320 Polkowice

w terminie do 31.08.1993 r.

O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci będą powiadomieni pisemnie.

Organizatorzy zastrzegają sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny.

Wszelkich informacji udziela WYDZIAŁ ZDROWIA I OCHRONY ŚRODOWISKA tel.45-00-49, fax 45-13-64.

Z ZAPISKI EMERYTA

Ja-ja

Lubię ja-ja. Na twardo, w jajeczniczy, na szynce, w sałatce, w sosie tatarskim, w omlecie i w torcie. Nadają się także do żonglerki słownej w postaci kogla-mogła. „Ja-ja-ko” to powiedzenie zrobiło ostatnio furorę – a więc „jajako emeryt” ciągle mam niejasne przecucie, że w ostatnich latach zburzono mi cały dotychczasowy świat. I to nie raz. Coraz mniej żyje koleżanek i kolegów pamiętających Polskie Kasy Chorych. Ba, bycie lekarzem „ubezpieczalni” oznaczało wysoki stopień zaufania społecznego. Mieściło się w centrum etosu lekarza. Komuś to przeszkadzało... Przez następne lata żyłem z konieczności w warunkach systemu „zatwarzającego”, tzn. takiego, który brał za twarz (pragnę wyrażać się z godnością). Do wszystkiego można się przyzwyczaić, jak mówi pewne przysłowie znane między Nachodką a Warszawą. I myśmy też nauczyli się żyć w ramach socjalistycznej służby zdrowia. Harował człowiek na kilkunastu posadach, czasem niektórym z nas udawało się nawet praktykować prywatnie. I nagle bęc – znów transformacja, rewolucja. Nie pozwalają mnie – emerytowi pracować. Kto? ONI – no

władza! Dyrektor zoz-u, przychodni, szpitala. Mówią: „jesteś stary, zostaw miejsce młodemu”. Szlag mnie trafia. Rzuciłbym w takiego chińskim jajem. Jedno ze znanych powiedzeń mówi, że nieważne, jaki kot łapie myszy (byle łapał). Trawestując kota – on ma leczyć, a czy jest czarny, biały czy czekoladowy powinno to być mało istotne.

Ale trudno, stabilizacja pęktła, draka dookoła, gryziemy kawę, popijamy brendy i bierzemy się do roboty! Ostatnio modna stała się prywatyzacja. A więc zakładamy gabinety prywatne, póki nam Izba pozwala. Jak nie możemy sami, bo zdrowie już nie takie chwackie lub kasa pusta, to łączmy się w spółki, spółdzielnie, małe firmy. Można czasem dopuścić do interesu jakiegoś młodzika. Do tej pory przez kilkadziesiąt lat ktoś decydował o naszym losie. Teraz możemy sami zrobić jakiś ruch ku dobrobytowi. I nie wstydzimy się mówić o pieniądzach! Tak – chcemy zarobić. Uczciwą pracą, tak, korzystając z tego, że stworzony świat jest pełen ludzi chorych. My ich chcemy leczyć za pieniądze. Duże!

A sprawą polityków i Państwa Prawa jest stworzenie takiego systemu, aby ci chorzy ludzie płacili mi kartką, punktami, znaczkiem, moniuszką itp. Nie łapówką, koniakiem, kawą, kurczakiem. No, może jajkiem, bo lubię.

dr Józef emeryt

ENCYKLOPEDIA LIPIŃSKIEGO Tom III NIEZDROWY

Acuta (łacińskie, czytaj: akuta) – coś ostrego. Określenie używane wyłącznie w medycynie. W życiu codziennym nie mówimy musztarda acuta, tylko zwyczajnie: musztarda sarepska. Natomiast w medycynie wszystko może być acuta. Acuta może być katar i zapalenie wyrostka robaczkowego, z tym zastrzeżeniem, że na przykład nóż nie może być równocześnie i ostry, i tępy, podczas gdy ostre zapalenie wyrostka może się charakteryzować od samego początku tępym bólem.

Angina – z łaciny: anginus, angina, anginum. W medycynie znany jest tylko rodzaj żeński tej choroby, czyli angina. Na rodzaj męski i nijaki ludzie nie chcą chorować.

Biegunka – rodzaj biegów na krótkich dystansach uprawianych z konieczności.

Choroba – patrz: choroby.

Choroby – niczym nie zastąpiony temat rozmów towarzyskich.

Diagnoza – streszczenie dolegliwości pacjenta. Patrz: diagnoza błędna.

Diagnoza błędna – streszczenie dolegliwości nie tego pacjenta.

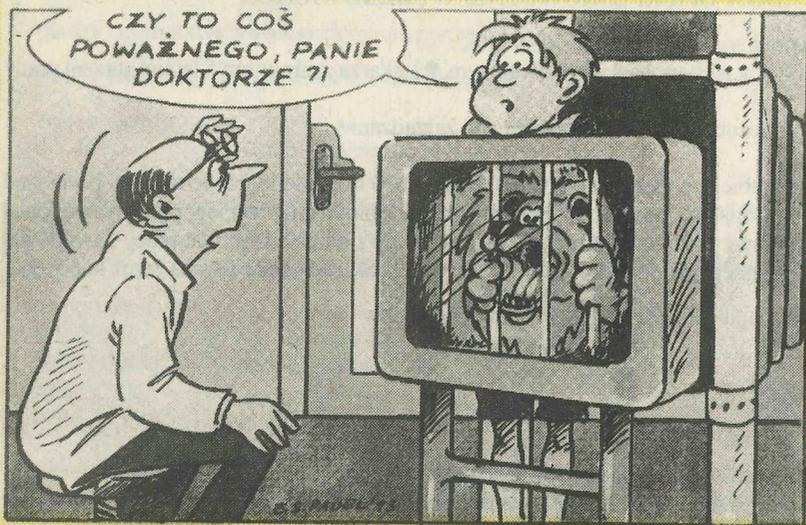
Emmanuela – bohaterka głośnego filmu, zmieniająca mężczyzn jak przysłowiowe rękawiczki, bez żadnych kompleksów i obaw, że może się zarazić chorobą określaną jako dyskretną. Stąd też uznano film za bardzo niedyskretny.

Fragment – część większej całości. Składaniem człowieka z fragmentów zajmuje się ortopedia.

Gruźlica – choroba usiłująca upodobnić płuca człowieka do sera szwajcarskiego.

Nieboszczyk – człowiek, który nie odzyska już nigdy zaufania do medycyny.

Papierosów palenie – sposób spędzania czasu w oczekiwaniu na raka płuc.



Skład Dentystyczny „CLIDENT”
Wrocław, ul. Czarnieckiego 13, tel/fax
55-44-54 uprzejmie zaprasza P.T.
Lekarzy Stomatologów codziennie od
9-17 a w soboty od 10-14.

Proponujemy rozszerzoną ofertę materiałów oraz sprzętu stomatologicznego renomowanych firm zachodnich, w tym unitów Ampco i Castellini.

Sprzedaj także w formie lesingu.