



BIULETYN

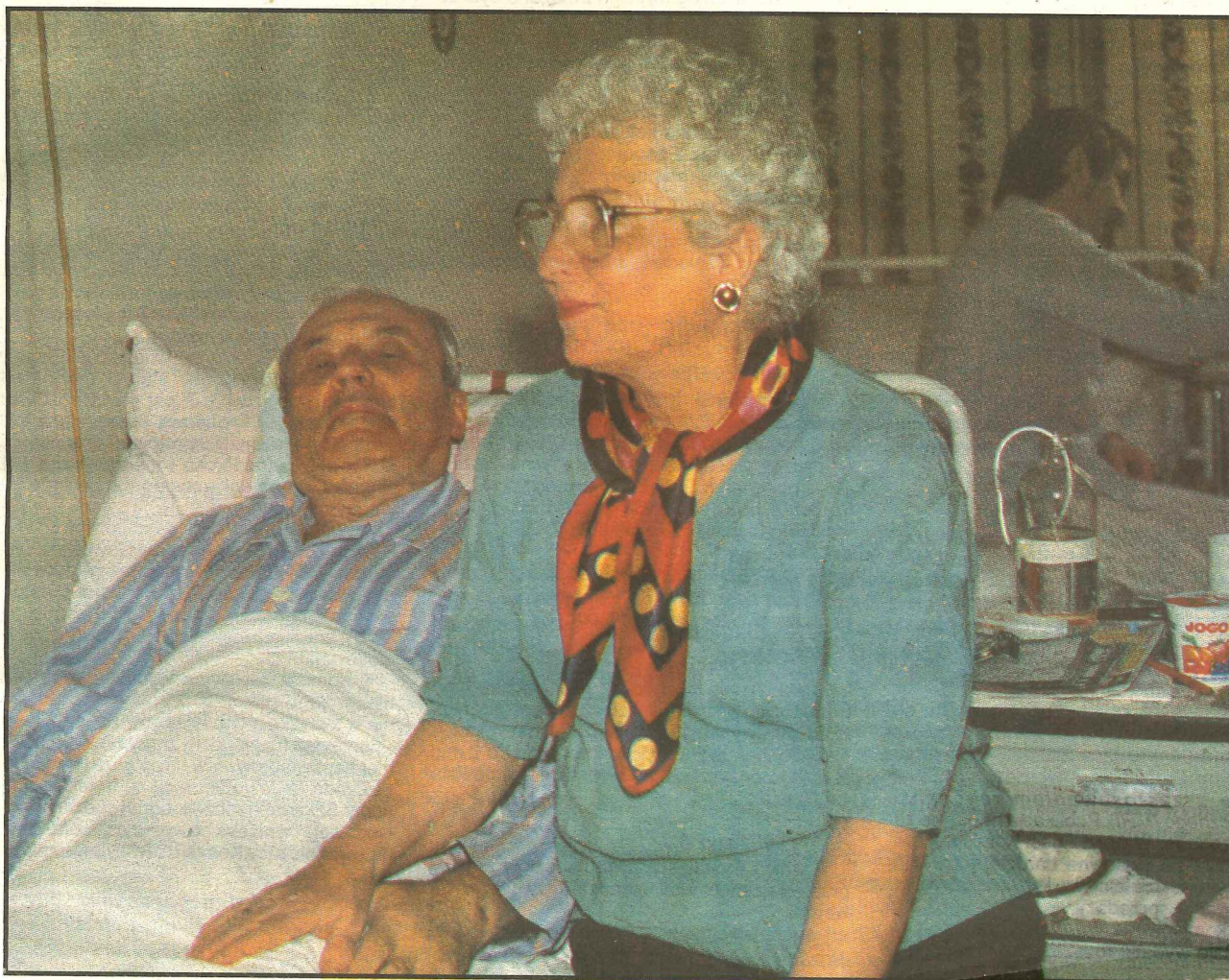
DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

KWIECIEŃ

nr 4 (47)

Niektórzy sądzą, że jest to temat zastępczy. Inni oponują przeciwko takiemu dokumentowi, uważając go za antagonizujący lekarza i pacjenta.

Projektodawcy - parlamentarzyści KPN traktują ustawę jako zapis, porządkujący rozproszony w różnych rozporządzeniach ustalenia i normy, proponują też wprowadzenie szeregu nowych praw pacjenta, praw w demokratycznym państwie niezbędnych.



Katarzyna Pociękin

Karta Praw Pacjenta

Rozmowa z prof. dr hab. Barbarą Kowal-Gierczą kierownikiem Katedry i Kliniki Angiologii AM

- Czy potrzebna jest Karta i Rzecznik Praw Pacjenta?

- Jest wiele skarg na lekarzy. Powinien więc być ktoś, kto spoglądając na sprawę od strony pacjenta będzie pomagał w rozstrzygnięciu konfliktu. To jest psychologicznie korzystne, pacjent wie, że nie zostanie sam.

Jest jednak pewne "ale". Lekarz zobligowany do tajemnicy lekarskiej nie będzie mógł ujawnić rzecznikowi pełnej diagnozy, co stawia go z góry na pozycji przegranej w konflikcie z pacjentem.

- Jeden z paragrafów projektu tego dokumentu mówi o prawie pacjenta do

pełnej informacji o chorobie, jej przebiegu, rokowaniach, postępach terapii.

- Tak oczywiście powinno być, gdyby lekarz np. w przychodni miał szansę poświęcić każdemu tyle czasu. Dlatego uchwalenie Karty Praw Pacjenta może poprawić komfort psychiczny chorego, ale dopóki nie zreformuje się systemu i sposobu organizacji leczenia praktycznie niewiele się zmieni.

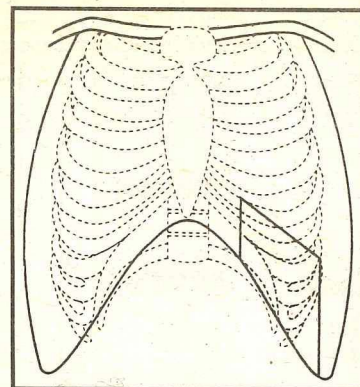
- Czy nie uważa pani profesor, że prościej jest podać choremu parę mniej lub bardziej ogólnikowych informacji zamiast konkretnej diagnozy, która czasem wymaga długich i mozolnych wyjaśnień, uzasadnień?

...i z prof. dr hab. Zuzanną Morawską, kierownikiem Katedry i Kliniki Nefrologii i Pediatrycznej AM

- Od października na łamach "Gazety Wyborczej" ukazywały się publikacje, zwracające uwagę na krzywdę, łamanie praw dziecka podczas leczenia w szpitalu i rozłąki z rodzicami. Opatrzono je wspólnym tytułem "Szpital - dom czy więzienie?"

- Artykuły prasowe ujmują zagadnienie emocjonalnie, bez znajomości problemu chorego dziecka. Choroba dziecka wywołuje u rodziców różne reakcje: od całkowitego zrozumienia stanu do nadmiernie opiekuńczej postawy. Często nie mogą oni pogodzić się z faktem, że ich dziecko jest poważnie chore i wymaga leczenia skomplikowanego, także w warunkach szpitalnych.

Zbierają informacje z różnych, nie zawsze kompetentnych źródeł (dotyczy to nawet rodziców z wykształceniem medycznym).



str. 6

CZŁOWIEK I JEGO PRZESTRZEŃ

Zimą 1868 Traube został poproszony o zbadanie mężczyzny cierpiącego na gorączkę z dreszczami, ból głowy i przeszywający ból lewej połowy klatki piersiowej. Badający zauważył u chorego silną duszność i wykrztuszanie rdzawo podbarwionej płwociny. Przedmiotowe badanie wykazało skrócenie odgłosu opukowego nad przestrzenią półksiężycowatą i osłabienie drżenia głosowego po lewej stronie klatki piersiowej. Ponadto pacjent miał głośny świst oskrzelowy pod lewą łopatką i tarcie skurczowe nad mostkiem.

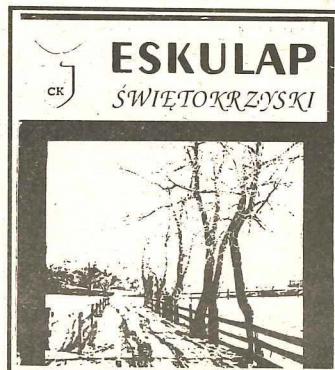


str.13

MALOWANIE - POSZUKIWANIE RADOŚCI

Wystawę miał otworzyć krótki odczyt na temat sztuki i pieniądza. Autor stwierdził jednak, że wewnętrzna cenzura nie pozwala mu na publiczne wygłoszenie takiego odczytu, aby nie obrazić tych, którzy zajmują się sztuką ani tych, którzy mają pieniądze.

Jacek Ciezkowicz, specjalista chirurg klatki piersiowej, przywitał więc swych gości słowami amerykańskiego malarza, Andy'ego Warhola:



str. 12

OGÓLNOPOLSKIE SPOTKANIE REDAKCJI

Okręgowych izb lekarskich jest w Polsce 23 - i tyle samo chyba biuletynów samorządowych. O ich tematyce, graficznej szacie, składzie redakcji, nakładzie i formie kolportażu decyduje oddzielnie każda izba.



ANDRZEJ

WOJNAR

Szpalta Naczelnego

Ostatnie tygodnie były bardzo pracowite. Ósmy Zjazd Delegatów DIL z jego budżetowymi dylematami. Zebrania w moim oleśnickim kole, i szkoleniowe z przedstawicielką firmy Boehringer Ingelheim, i zarządu, i z dyrekcją ZOZ-u. Przygotowania do zjazdu absolwentów mojego rocznika 1969 oraz do II Regionalnego Spotkania Przedstawicieli Polskich i Polonijnych Stowarzyszeń Lekarskich Krajów Ościennych, a przede wszystkim organizacja I Ogólnopolskiego Spotkania Redakcji Czołpism Izb Lekarskich. I jeszcze czwartek literacki poświęcony poezji wrocławskich twórców, m.in. naszego kolegi lekarza, i jeszcze wystawa malarstwa lekarza w Klubie DIL, i jeszcze zebrania przewodniczących kół i delegatów woj. wrocławskiego, i jeszcze co tydzień zebranie Prezydium i zebranie Rady DIL, i prawie codzienna praca redakcyjna w "Biuletynie", i jeszcze, i jeszcze... No i przecież jest przede wszystkim praca zawodowa. Zastanawiam się czasem, dlaczego tak gnam przez życie. Gnam nie patrząc na znaki ostrzegawcze, choćby kardiologiczne. Chyba jednak lubię taką szybką, sportową jazdę.

Kiedyś przed laty będąc specjalistą wojewódzkim w Opolu wiozłem pewnego lekarza o pokolenie ode mnie starszego, kiedy przekonywałem go, że bez niego nie będzie diagnostyki, powiedział mi, że nie ma ludzi niezastąpionych. Chyba miał rację. Ale dopóki wierzymy, że tak nie jest, że tylko my możemy czegoś dokonać, dopóty czujemy się potrzebni, niezbędni dla innych i dla siebie. Czujemy się młodzi, mimo siwych włosów na skroniach.

W tym roku jesienią odbędzie się we Wrocławiu kilka zjazdów absolwentów naszej Akademii Medycznej różnych roczników. 25-lecie, 30-lecie, 35-lecie... Zjadą się z całego kraju i różnych stron świata byli konsumenci słynnej stołówki "Pod świnia", tam gdzie stoja dziś rządy luksusowych aut dealera Seata, kiedyś rzeczywiście była śmierdząca świnia. Zjadą się podtatusiali panowie i panie w kwiecie wieku. Porównamy własne osiągnięcia na różnych polach i tych prywatnych, i tych zawodowych. Jeden z naszych jest ponoć admirałem amerykańskiej US Navy, a inny parkingowym w tej samej ziemi obiecanej za oceanem. Wielu przeszło smugę cienia i pozostali już tylko w naszej pamięci, jako piękne dziewczyny i młodzi chłopcy sprzed lat. Gdyby tak można było cofnąć lub choćby zatrzymać czas. Być może czegoś bym nie zrobił lub zrobił inaczej. Muszę jednak przyznać, że mam satysfakcję z tego co robię. Chociażby z tego, że doczytałeś Drogi Czytelniku tę szpaltę do tego miejsca. Mam też małą cegiełkę w tym, że pilnuję, aby "Biuletyn" nie stał się brukowcem ani magazynem plotkarskim, czy broszurą programową jakiejś partii, a niektóre pojedyncze listy dowodzą, że jest zapotrzebowanie i na jedno, i na drugie i na trzecie.

I coś z ostatniej chwili. Być może uda się załatwić z Komendantem Wojewódzkimi Policji naszych czterech województw, iż auta lekarzy wyposażone w specjalną nalepkę będą liberalnie traktowane podczas postoju w niedozwolonych miejscach, przy udzielaniu pomocy choremu w czasie wizyty domowej lub innego nagłego zachorowania bądź wypadku. Oczywiście taki lekarz-kierowca będzie musiał posiadać przy sobie międzynarodową legitymację lekarską (wydawaną od pewnego czasu przez Biuro DIL), aby udowodnić swoje lekarskie obowiązki i przywileje. Nalepkę dołączyliśmy do każdego egzemplarza tego numeru "Biuletynu". W następnym wydrukujemy odpowiedzi Komendantów, które po ofoliowaniu radzę wzić w aucie, gdyż w przypadku pomyślnych dla nas decyzji mogą się stać lokalnym prawem na terenie danego województwa.

Wnioski z kontroli działalności finansowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej za rok 1993 przeprowadzonej na posiedzeniach Komisji Rewizyjnej DIL w dniach 18 stycznia i 1 lutego 1994

I. Analiza bilansu i dokumentacji księgowej za rok 1993.

Kontrola wykazała rzetelne prowadzenie dokumentacji księgowej i finansowej Izby.

2. Uregulowania wymaga sprawa nieterminowych spłat pożyczek zaciągniętych w DIL przez pożyczkobiorców.

Pomimo, że zaleganie spłat przez pożyczkobiorców jest sprawą marginalną i dotyczy tylko dwóch przypadków - uważamy za stosowne ustalenie przez Komisję Finansową DIL maksymalnego terminu prolongaty zadłużenia, a w przypadku jego przekroczenia - egzekwowania obowiązku spłat od żyrantów.

II. Analiza sprawozdania finansowego (wpływy i wydatki) w odniesieniu do zamierzeń finansowych i gospodarczych (preliminarza) na rok 1993 wraz ze zmianami wprowadzonymi na VI Zjeździe Delegatów DIL oraz na posiedzeniu Rady DIL w dniu 9 września 1993 roku.

Przedstawione sprawozdanie z wpływów i wydatków DIL za rok 1993 wykazało różnicę w stosunku do preliminarza budżetowego na rok 1993 (ze zmianami) w następujących punktach:

PO STRONIE WYDATKÓW

* patrz pkt.2

Przekroczenie o kwotę 150.000.000, - w stosunku do aneksu wynikało z włączenia do tego punktu kosztów remontu siedziby DIL.

Zwiększenie wydatków na remont należy uznać za uzasadnione, spowodowało to obniżenie miesięcznych opłat czynszowych o kwotę 10.150.000, - w roku bieżącym oraz o kwotę dalszych 10.000.000, - w roku przyszłym.

* patrz pkt 3

Niższy niż zakładano wydatek na energię elektryczną.

* patrz pkt 4

- zwiększenie wydatków w związku ze wzrostem poniesionych opłat pocztowych na kolportaż biuletynu

- dodatkowy wydatek na instalację programu komputerowego 370.370.300, - stanowi poważny wydatek w gospodarce finansowej DIL. Należy rozważyć ewentualność renegotjacji warunków serwisu komputerowego.

- koszty VI i VII Zjazdu Delegatów DIL nie ujęte w preliminarzu pokryte zostały w całości przez firmy sponsorujące Zjazdy - dofinansowanie do publikacji prof. Mieleckiego pt. *Obrazowanie z zastosowaniem rezonansu magnetycznego (MRI)*. Publikacja nadal nie została sprzedana. W przyszłości Komisja Rewizyjna uważa za stosowne bardziej rozważne podejmowanie działalności kolportażowej lub podejmowanie sprzedaży wszelkich publikacji w formie komisowej.

Pozostałe wydatki rozszerzone w stosunku

do preliminarza są zgodne z uchwałami Rady DIL.

* patrz pkt 5

Skontrolowano listę premii pracowników etatowych DIL za listopad 1993, podpisaną przez sekretarza DIL, skarbnika i przewodniczącego DIL. Lista obejmuje 15 pozycji, zawiera motywację o podwyższenie premii pracownikom. Dokumentacja ta zgodna jest z regulaminem premiowania pracowników biura DIL.

* patrz pkt 6

Przekroczenie wydatków o kwotę 69.586.400, - jest związane z zawarciem umów-zleceń na wykonanie prac m.in. remontowych i napraw bieżących.

* patrz pkt 9

W sprawozdaniu zawiera kwoty preliminowane w punktach 12 i 13. Przekroczenie planowanych kosztów delegacyjnych związane było ze zwrotem kosztów podróży delegatów tak na VI, jak i na VII Zjazd Delegatów DIL. Koszty te zostały pokryte przez wpływy od sponsorów.

* patrz pkt 11

Środki przekazane kołom terenowym i delegatorem DIL wraz z zapomogami oraz kolportażem biuletynu stanowiły 35,5 % składek członkowskich.

Ocena pozostałych wydatków nie budzi zastrzeżeń pod względem ich celowości i gospodarności.

PO STRONIE WPŁYWÓW

* patrz pkt 1

Przekroczenie z tytułu składek członkowskich o kwotę 828.021.850, - co należy tłumaczyć podwyższeniem płac w służbie zdrowia. Faktyczny procent lekarzy płacących składki w chwili obecnej jest przedmiotem oddzielnej analizy oraz prac podjętych przez biuro DIL na wniosek Komisji Rewizyjnej.

* patrz pkt 2

Wzrost dochodów z tytułu odsetek od kont bankowych o kwotę 95.835.000, -

* patrz pkt 3

Zmniejszenie dochodu z tytułu odsetek od udzielonych pożyczek spowodowane jest tym, iż została wypłacona mniejsza kwota pożyczek od planowanej. Liczono odsetki od 2 mld zł, a u pożyczkobiorców znajduje się kwota 1.718 mld zł.

* patrz pkt 6

Różnica wysokości zwrotu kosztów z tytułu przejęcia zadań administracji państwowej wynika z:

- opóźnienia napływania pieniędzy z budżetu

(w 1993 roku wpłynęła refundacja za rok 1992) - braku prawnego uregulowania zasad obliczenia wyżej wymienionych kosztów przez administrację centralną i izby lekarskie.

Aktualnie został zmieniony sposób obliczenia tych kosztów za rok 1994, nie jest jednak jasne czy wpłynie to na poprawę refundacji. Rozwiązanie tego problemu będzie przedmiotem działań Naczelnego Komisji Rewizyjnej, w których to pracach nasza Komisja bieżąco czynny udział.

III. Badanie stanu realizacji wniosków i zaleceń Komisji Rewizyjnej DIL z posiedzeń w dniach 16 listopada i 10 grudnia 1993 roku.

Omówienie w wystąpieniu przewodniczącego Komisji Rewizyjnej na VIII Zjeździe Delegatów DIL.

IV. Uwagi odnośnie preliminarza:

1. Komisja Rewizyjna wnosi o dołączenie do preliminarza pozycji "Zakup środków trwałych" (kserekopiarka), informacja ustna przekazana skarbnikowi - przyjęta.

2. Komisja Rewizyjna wnosi o dołączenie do preliminarza planowanego kosztu nieodpłatnego wynajęcia Klubu na cele kół.

Wnioski i uchwały Komisji Rewizyjnej, zgłoszone do przegłosowania VIII Zjazdowi Delegatów DIL:

1. Komisja Rewizyjna wnosi o dołączenie do preliminarza na rok 1994 planowanego kosztu nieodpłatnego wynajęcia klubu na cele kół - po wyjaśnieniach skarbnika złożonych na zjeździe, wniosek wycofano.

2. Komisja Rewizyjna wnioskuję o wprowadzenie do poprawki do statutu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: w par. 7, pkt 1 tekstu "... kontroluje działalność finansową i gospodarczą DIL" zastąpić tekstem "...kontroluje działalność finansową, gospodarczą i merytoryczną DIL" - wniosku nie przegłosowano na zjeździe z powodu braku quorum.

3. Na podstawie ustaleń dokonanych w toku działań kontrolnych Komisja Rewizyjna Dolnośląskiej Izby Lekarskiej wnioskuję o udzielenie absolutorium radzie DIL za działalność finansową i gospodarczą w okresie od 1 października do 31 grudnia 1994 roku. - wniosek przyjęto w głosowaniu.

4. Komisja Rewizyjna wnioskuję o rozszerzenie swojego składu do 7 osób i przeprowadzenie w związku z tym wyborów uzupełniających - ponieważ na zjeździe zrezygnowali z wcześniej zapowiadanych wyborów uzupełniających L. Zynda (przewodniczący sądu lekarskiego) i Jerzy Szkarłat (rzecznik odpowiedzialności zawodowej) - wniosek powyższy wycofał również przewodniczący Komisji Rewizyjnej.

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej
Jerzy Terpiński

Sprawozdanie z wpływów i wydatków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu za okres od stycznia do grudnia 1993 roku

I. STAN ŚRODKÓW NA DZIEŃ 31 GRUDNIA 1993 ROKU

1. Kasa	- 12.602.200
2. Rachunek bieżący bankowy	- 322.149.000
3. Konta oprocentowane	- 1.407.701.800

II. WPŁYWY

1. Składki członkowskie	- 5.891.021.850
2. Odsetki od kont bankowych	- 567.335.500
3. Odsetki od pożyczek	- 339.022.700
4. Reklama w "Biuletynie"	- 45.169.000
5. Uczestnictwo w VI i VII Zjeździe Lekarzy DIL	- 283.500.000
6. Zwrot ponoszonych kosztów za korzystanie z sal	- 41.640.000
7. Uczestnictwo w sympozjum komputerowym	- 13.250.000
8. Dofinansowanie I Regionalnego Spotkania Lekarzy Polonijnych	- 40.000.000
9. Zwrot ponoszonych kosztów administracyjnych	- 458.048.000
10. Inne wpływy	- 36.406.450
11. Wpływy ze "Sztuki i Medycyny"	- 56.923.900
12. Dofinansowanie publikacji prof. Mieleckiego	- 20.000.000
razem wpływy	- 7.792.317.400

III. WYDATKI	- 68.618.800
1. Amortyzacja	- 658.289.982
2. Zużycie materiałów, przedmiotów	- 20.168.000
3. Energia	- 1.812.031.800
4. Usługi materialne	- 61.887.200
w tym:	- 374.661.200
- telefony	- 318.725.450
- opłaty pocztowe	- 370.370.300
- druk "Biuletynu"	- 210.443.550
- program komputerowy, szkolenie, instalacja	
- remonty, modernizacja	

5. Uczestnictwo w VI i VII Zjeździe Lekarzy DIL	- 283.500.000
6. Zwrot ponoszonych kosztów za korzystanie z sal	- 41.640.000
7. Uczestnictwo w sympozjum komputerowym	- 13.250.000
8. Dofinansowanie I Regionalnego Spotkania Lekarzy Polonijnych	- 40.000.000
9. Zwrot ponoszonych kosztów administracyjnych	- 458.048.000
10. Inne wpływy	- 36.406.450
11. Wpływy ze "Sztuki i Medycyny"	- 56.923.900
12. Dofinansowanie publikacji prof. Mieleckiego	- 20.000.000
razem wpływy	- 7.792.317.400
III. WYDATKI	- 68.618.800
1. Amortyzacja	- 658.289.982
2. Zużycie materiałów, przedmiotów	- 20.168.000
3. Energia	- 1.812.031.800
4. Usługi materialne	- 61.887.200
w tym:	- 374.661.200
- telefony	- 318.725.450
- opłaty pocztowe	- 370.370.300
- druk "Biuletynu"	- 210.443.550
- program komputerowy, szkolenie, instalacja	
- remonty, modernizacja	

Główna księgowca Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
Karolina Dembińska

Zwrot za kurs dla lekarzy	- 70.300.000
- koszty VI i VII Zjazdu Lekarzy DIL	- 282.628.400
- koszt Biegu Piastów	- 30.000.000
- koszt I Regionalnego Spotkania Lekarzy Polonijnych	- 7.440.300
- publikacja prof. Mieleckiego	- 27.755.000
- inne	- 75.458.600
5. Osobowy fundusz płac	- 799.722.750
6. Bezosobowy fundusz płac	- 369.586.400
7. Ubezpieczenie społeczne ZUS	- 351.137.900
8. Usługi materialne	- 13.871.200
9. Podróże służbowe	- 290.389.050
10. Pozostałe koszty - czynsz, ubezpieczenie majątkowe	- 288.242.000
11. Środki przekazane terenowym kołom DIL	- 482.715.350
12. Zapomogi, odprawy pośmiertne	- 538.156.000
w tym:	
- zapomogi	- 319.000.000
- odprawy pośmiertne	- 219.156.000
13. Koszty posiedzeń DIL	- 51.694.250
14. Składki przekazane NIL Warszawa	- 1.132.502.800
15. Refundacja wynagrodzenia lekarzy	- 60.755.800
16. Podatek	- 4.644.000
17. "Sztuka i Medycyna"	- 79.670.000
razem koszty	- 7.022.196.082
Wynik:	770.121.318
IV WYPŁACONO POŻYCZEK OPROCENTOWANYCH	- 2.436.000 tys.
W KWOCIE	- 2.264.758 tys.
Splacono pożyczkę w kwocie	
Pozostała kwota u pożyczkobiorców na dzień 31.XII.1993 r. w kwocie	- 1.717.693 tys.

Skarbnik Dolnośląskiej Izby Lekarskiej Andrzej Szmidt



Rozmowa z dr Alicją Kucharską, lekarzem kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy Oddziału ZUS we Wrocławiu

Powtórka z

L4

- W zależności od przewinienia: jeśli lekarz orzeka niezgodnie z obowiązującymi przepisami orzecznictwa, powinien zdać kolokwium z ich znajomości, jeśli niezasadnie wydaje na długie okresy zwolnienia lekarskie - powinien zwrócić zasiłek chorobowy wypłacony choremu. Dla zakładu pracy zwolnienie lekarskie jest podstawą wypłacenia zasiłku, zakład nie ma uprawnień do analizy ich zasadności, chyba że ma jakieś uzasadnione zastrzeżenia, wówczas interweniuje w ZUS-ie.

- **Ilu lekarzy ukaraliście w ten sposób?**

- Mimo takich uprawnień zagrożonych w kodeksie cywilnym, nie korzystaliśmy z nich do tej pory, prawdopodobnie jednak w obecnie prowadzonej sprawie zażądaliśmy od lekarza zwrotu zasiłku chorobowego, chodzi o wysoką kwotę. Lekarz musi pamiętać stale, że wydawanie orzeczeń o niezdolności do pracy wiąże się z pieniędzmi i to obecnie dużymi pieniędzmi.

- **Jaką odpowiedzialność karną ponoszą dyrektorzy zoz-ów, którzy nie wywiązują się z obowiązku nadzoru merytorycznego i rozliczania druków L-4?**

- Takie sprawy będziemy kierować do Dolnośląskiego Sądu Lekarskiego, również lekarzy nieprawnie wykorzystujących druk L-4. Uważamy, że są to zachowania niewłaściwe, sprzeczne z etyką lekarską, wynoszenie druków ścisłego zarachowania to po prostu kradzież.

- **Jednak dotychczas nie skierowaliście żadnej sprawy do sądu koleżeńkiego?**

- Z tego typu uchybieniami mamy do czynienia od niedawna, wcześniej lekarze nie mieli takiej potrzeby. Coraz więcej otrzymujemy skarg od osób postronnych. Ludzie zaczynają się teraz bacznie obserwować. Niektórzy zarabiają mniej, inni więcej, w małym środowisku wszyscy się doskonale znają. Nietrudno zauważyć osoby, które przebywają na zwolnieniu a równocześnie wykonują swoje zwykłe, codzienne czynności, nawet zawodowe.

- **Czy dotyczy to również lekarzy**

chorych w swojej przychodni rejonowej a równocześnie pracujących w prywatnym gabinecie?

- Takie sygnały nie dotarły do nas jeszcze ani od dyrektorów zoz-ów, ani od osób postronnych.

- **Na zwolnieniu od lekarza zauważyłam skreślenie i niewyraźne przybitą pieczęć...**

- Żadnych skreśleń ani poprawek nie powinno być na drukach ścisłego zarachowania. W przypadku pomyłki lekarz powinien anulować druk i wypisać następny. Również pieczęć musi być przybijana odpowiednio, tak by nie zasłaniała daty wystawienia zwolnienia. Coraz częściej zauważam łamanie symboli chorobowych, np. 353/450. Jeśli u pacjenta występują dwa schorzenia równocześnie (lub więcej), lekarz powinien wybrać chorobę wiodącą, w związku z którą przewiduje najdłuższy okres przebywania na zwolnieniu. Jedyne dopuszczalne a nawet konieczne łamanie symboli dotyczy zaznaczenia, że pacjent nadużywa alkoholu (symbol 980). Wiąże się to z określonymi sankcjami wobec pracownika: zakład pracy za pierwsze trzy dni w ogóle pozbawia go zasiłku chorobowego, potem zaś przyznaje zasiłek chorobowy, zmniejszony o 25 proc. przez 365 dni.

- **Zdarza się, że lekarz pod silną presją pacjenta wypisze mu zwolnienie lekarskie. Jeśli podczas kontroli wyjdzie na jaw, że taka sytuacja miała miejsce, karzecie lekarza?**

- Oczywiście, nie - jeśli na druku L-4 przy wskazaniach lekarskich zaznaczył, że pacjent nie stosuje się do wskazań lekarskich, tj. zwolnienie zostało wymuszone. Wówczas taki druk jest inaczej traktowany przez zakład pracy, który nie płaci w ogóle zasiłku chorobowego. To dyscyplinuje pacjentów, a raczej dyscyplinowałoby, gdyby lekarze stosowali się do tego zalecenia. Częściej kończy się jedynie na dokonaniu odpowiedniego zapisu w historii choroby, za co przecież żadne sankcje pacjentowi nie grożą. Całą odpowiedzialność bierze na siebie lekarz, nie daje zaś wskazówek zakładowi pracy ani organowi kontrolnemu.

- **W praktyce więc i za takie przewinienia nie wyciągacie żadnych konsekwencji?**

- Nowe przepisy orzecznictwa obowiązują już prawie od roku, a do chwili obecnej mimo naszych monitorów telefonicznych i pisemnych nie otrzymaliśmy z wojewódzkiego Wydziału Zdrowia imiennego wykazu wojewódzkich specjalistów ani wykazu ordynatorów, u których lekarze mogliby odbyć przeszkolenia za tego typu przewinienia. Uważam, że podobny problem ma wojewódzki inspektor ds. orzecznictwa, p. dr Janina Michalak-Belda.

- **Czy pani - orzecznik ZUS i orzecznik wojewódzki macie różne uprawnienia?**

- Nie, dokładnie takie same, określone we wspomnianych przepisach orzecznictwa. Ponadto ZUS przyjmuje oświadczenia i rejestruje prywatne gabinety lekarskie, w których lekarz zamierza orzekać o czasowej niezdolności do pracy. Równocześnie, w przypadkach wątpliwych, wiążących się z orzecznictwem udzielamy instruktażu. Niezależnie od powyższego prowadzimy w tych gabinetach kontrolę zasadności wydawanych zwolnień lekarskich.

- **Czy współpracujecie ze sobą?**

- Mamy taką możliwość, dotychczas jednak nie zdążyliśmy z niej skorzystać, w przyszłości zamierzamy niektóre kontrole przeprowadzać razem.

- **Wróćmy do orzecznictwa w prywatnych gabinetach. W dalszym ciągu spora grupa prywatnie praktykujących lekarzy nie zdecydowała się na orzekanie w swoich gabinetach, dlaczego?**

- Nie jest to obowiązkowe. Niektórzy lekarze twierdzą, że chcą leczyć, a nie przyjmować pacjentów, którzy przychodzą tylko po to, by otrzymać zwolnienie lekarskie. Skoro pacjent przychodzi i płaci za wizytę - dobrze by od ręki dostał zwolnienie, jeśli jest ono konieczne, a nie biegł jeszcze raz do przychodni, by dostać L-4.

- **Dziękuję za rozmowę.**

Tekst autoryzowany.
Katarzyna Ziembowska

- **Od 27 maja 1993 roku obowiązują nowe rozporządzenie MZIOS o orzekaniu o czasowej niezdolności do pracy. M.in. umożliwiło ono wydawanie orzeczeń lekarskich - druków Mz/L-4a w prywatnych gabinetach. Ilu lekarzy skorzystało z tej możliwości?**

- 430 lekarzy z Wrocławia i województwa wrocławskiego, z tego 53 w br. Zainteresowanie początkowo było bardzo duże, zanim przepisy jeszcze weszły w życie organizowaliśmy szkolenia zgodnie z wytycznymi z ministerstwa zdrowia. Po opublikowaniu rozporządzenia w Dzienniku Ustaw (nr 38 z 1993 r.) zaniechaliśmy ich. Do przeszkolenia lekarzy z zakresu obecnie obowiązującego orzecznictwa zobowiązani są dyrektorzy zoz-ów.

- **Czy to znaczy, że nowe przepisy są już doskonale znane lekarzom i żadnych uchybień w orzecznictwie nie stwierdzacie?**

- Niestety, nie. Nasze kontrole wskazują, że lekarze popełniają rozmaite błędy. Najpoważniejsze to nieprzestrzeganie pełnej zasadności orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, wynikającej z ww. rozporządzenia, szczególnie odnosi się to do dłuższych zwolnień, powyżej 30 dni. Podczas kontroli stwierdzamy w dokumentacji jedynie strzępki wywiadu lekarskiego, samo rozpoznanie bez badania fizykalnego lub tylko część badania i fragmentaryczny zapis leczenia. Taka niepełna dokumentacja nie może być dla nas uzasadnieniem zwolnienia, a tymczasem okazuje się, że pacjent przebywa na zwolnieniu lekarskim długo, nawet 270 dni, a potem, według nas niepotrzebnie, kierowany jest na rentę.

- **Nikt nie sprawdza prawidłowego prowadzenia dokumentacji lekarskiej?**

- W publicznej służbie zdrowia m.in. dyrektor zoz-u. Teoretycznie. W praktyce stwierdzamy słaby merytoryczny nadzór orzecznictwa. Dyrektor powinien sprawdzać

prawidłowość orzekania, zwracać uwagę na przestrzeganie przepisów i podejmować odpowiednie kroki tam, gdzie zauważył przekroczenie przez lekarza jego uprawnień. Rzadko to robi, a już zupełnie nie panuje nad wypełnieniem formalności przy zwalnianiu się lekarzy, chodzi mi głównie o rozliczanie ich z druków L-4, które są przecież drukami ścisłego zarachowania.

- **Czy lekarze poza swoją przychodnią nie wykorzystują tych druków?**

- Zdarzają się takie wypadki, ostatnio coraz częściej. Lekarz zabiera ze sobą druk do domu i wykorzystuje w gabinecie prywatnym, u nas niezarejestrowanym. Zakłady pracy telefonują potem do ZUS-u i pytają, czy mogą honorować takie zaświadczenia. Oczywiście, odpowiadamy nie.

- **W wypadku stwierdzenia nieprawidłowości, jakie kary wymierzacie?**

Obowiązujące przepisy orzecznictwa to: rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 21 kwietnia 1993 roku (Dz.U. nr 38 z 1993 r., poz. 171, pełny tekst opublikowaliśmy w "Biuletynie DIL" z maja ub.r.) oraz zasady wypłat zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa - ustawa z 17 grudnia 1974 r. (jednolity tekst: Dz.U. nr 30 z 1983 r., poz. 143).

Przy wypełnianiu druków L-4 lekarz korzysta również z klasyfikacji gospodarki narodowej (odpowiedni numer w książeczce ubezpieczeniowej pacjenta) oraz międzynarodowej klasyfikacji chorób - dostępnych w zoz-ach.

W gabinecie prywatnym lekarz może wydać zwolnienie wsteczne do trzech dni.

B...

Dr Alicja Kucharska - lekarz orzecznik oddziału ZUS we Wrocławiu, ul. Pretlicza 9/11, IV piętro, pokój 416, przyjmuje w poniedziałki (8.00 - 10.30) i środy (8.00 - 12.00).

C...

Formalności, jakie musi wypełnić lekarz, aby móc orzekać o czasowej niezdolności do pracy w gabinecie prywatnym, określa rozporządzenie MZIOS z 21 kwietnia 1993 roku. Jeśli lekarz sam prowadzi gabinet prywat-

ABC orzecznictwa

A...

ny (nie zatrudnia dodatkowych osób, ani sam nie jest zatrudniony przez spółkę) wystarczy, że złoży w ZUS oświadczenie oraz przedstawi do wglądu dokumenty, następnie jedną kopię oświadczenia zanieś w ciągu 7 dni do wojewódzkiego Wydziału Zdrowia.

* Oświadczenie:

- formularz otrzymuje lekarz w ZUS u lekarza orzecznika

- oświadczenie należy wypełnić w trzech egzemplarzach (jeden zostaje w ZUZ, drugi w Wydziale Zdrowia, trzeci przedstawia się w zoz, na terenie którego znajduje się gabinet prywatny, w celu zakupu druków L-4)

- w oświadczeniu lekarz zobowiązuje się do przestrzegania przepisów orzecznictwa wynikających z nowego rozporządzenia MZIOS oraz ustawy zasiłkowej

* Wymagane dokumenty:

- adres gabinetu prywatnego lub gabinetów (jeśli lekarz prowadzi więcej niż jeden gabinet)

- REGON

- aktualne prawo wykonywania zawodu (nie wcześniejsze niż z 1980 roku)

- dowód tożsamości ze zdjęciem lub dyplom lekarza

- pieczęć nagłówkowa gabinetu

- pieczęć imienna lekarza

Z PRAC PREZYDIUM TRADYDIL

10 marca

Na zaproszenie Prezydium DRL w posiedzeniu uczestniczył wrocławski lekarz wojewódzki, Witod Kowalewski. Zebrani zadawali gościowi pytania dotyczące sytuacji we wrocławskiej służbie zdrowia, tj. budżetu, plac lekarzy, przemysłowej służby zdrowia, przekazywania lecznictwa gminom, zmian organizacyjnych we wrocławskich przychodniach, funkcjonowania i finansowania tomografów komputerowych i rezonansu magnetycznego, zawierania kontraktów na usługi medyczne, opracowywania raportu dotyczącego stanu zdrowia mieszkańców województwa wrocławskiego oraz nielegalnych praktyk lekarskich spółek zatrudniających cudzoziemców.

Uchwały i wnioski:

1. Podjęto uchwały finansowe na łączną kwotę 10 mln zł.
2. Postanowiono zakupić lodówkę i kostkarkę do klubu DIL.

17 marca

Działalność delegatur i komisji problemowych przedstawili:

Kol. Jan Adamus (Wałbrzych) stwierdził, że w województwie wałbrzyskim trwają przygotowania do wyborów samorządowych. W najbliższym czasie odbędzie się spotkanie wałbrzyskich lekarzy z dyrektorami zoz-ów, poświęcone polityce płacowej. Prowadzona jest weryfikacja kół.

Kol. Aleksander Niedzielski (przewodniczący Zespołu ds. Praktyk Prywatnych): Komisja podjęła rozmowy z Urzędem Skarbowym w sprawie podatków lekarzy prywatnie praktykujących. Opracowuje też katalog wartościowania pracy lekarzy i zamierza zająć się sprawą ogłoszeń lekarzy.

Kol. Krystyna Kochman podjęła problem organizowania konkursów na kierownicze stanowiska w placówkach służby zdrowia. Zwróciła uwagę na liczne nieprawidłowości - zwalnianie ordynatorów w połowie roku (wysyłanie na emeryturę), zdejmowanie ze stanowisk ordynatorów lekarzy starszych, mających do przepracowania 1-2 lata i in.

Następnie zebrani dyskutowali nad sprawą zależności i niezależności merytorycznej izbowego miesięcznika - "Biuletynu DIL". Podjęto uchwały finansowe na łączną kwotę 1 mln zł.

24 marca

Działalność delegatur i komisji problemowych przedstawili:

Kol. J. Adamus poinformował zebranych, że w Wałbrzyskiem trwają przygotowania do wyborów samorządowych.

Kol. Aldona Białas uczestniczyła w spotkaniu jeleniogórskich lekarzy z wojewodą, lekarzem wojewódzkim i dyrektorami zoz-ów. Wojewoda przedstawił propozycję, aby jego Kierownik Wydziału Finansowego, a nie tak jak dotychczas lekarz wojewódzki, decydował o zakupach drogiego sprzętu medycznego. Lekarze jeleniogórscy nie są zainteresowani wyborami samorządowymi. Do kol. A. Białas wpłynęło parę ustnych skarg lekarzy.

Kol. Jerzy Malkiewicz stwierdził, że w województwie legnickim kilku lekarzy chce kandydować w wyborach samorządowych. 25 marca odbędzie się spotkanie legnickich lekarzy z dyrektorami zoz-ów.

Kol. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska poinformowała, że w maju Komisja Współpracy z Zagranicą organizuje spotkanie z lekarkami niemieckimi. W głosowaniu Prezydium opowiedziało się za przyznaniem 10 mln zł na zorganizowanie powyższego spotkania.

Kol. Krystyna Kochman przygotowała opinię budżetu dotyczącą służby zdrowia w województwie wrocławskim. Po jej odczytaniu zebrani zgłosili drobne uwagi, jednogłośnie przyjęto opinię.

Pozostałe uchwały i wnioski:

1. Opinię o przejmowaniu szpitala przez gminę Środa Śląska przygotowuje dr Kopecki.
2. Prezydium delegowało soich przedstawicieli do komisji konkursu na ordynatora w szpitalu w Kamiennej Górze.

31 marca

Posiedzenie Prezydium DRL nie odbyło się, jednak we wrocławskiej siedzibie DIL spotkali się członkowie Rady i Prezydium, którzy podzielili się święconym jajkiem i złożyli sobie życzenia świąteczne.

7 kwietnia

Kol. Jerzy Piekarski przedstawił wnioski nie przegłosowane na VIII Zjeździe Delegatów DIL z powodu braku quorum:

- wniosek 1, dotyczący spowodowania wpisu do ustawy emerytalnej lekarzy w sprawie podwyższenia emerytur do wysokości 80% uposażenia (a nie jak obecnie - ok.40%), rewaloryzacji emerytur do wysokości 80%, progresywnie do podwyżek plac w służbie zdrowia - Rada DIL zdecydowała przekazać do realizacji Naczelnej Komisji Socjalnej i Naczelnej Komisji Placy i Warunków Pracy;

ciąg dalszy na str. 5

Z ŻYCIA AKADEMII

Do absolwentów wszystkich roczników Akademii Medycznej we Wrocławiu!

Wkrótce upłynie 50 lat od pierwszych wykładów, które odbyły się w naszej uczelni po II Wojnie Światowej. W tym okresie w jej murach nauczało szereg wybitnych postaci, których cechy osobowości wywierały znaczące piętno nie tylko na współpracownikach, ale także na studentach. Wiele z tych osób już nie żyje, a upływ czasu nieubłaganie zaciera pamięć o nich.

W związku z tym zwracamy się do wszystkich absolwentów Akademii Medycznej we Wrocławiu z łaskawą prośbą o podjęcie wraz z nami próby walki z zapomnieniem.

Pragniemy, przy życzliwej aprobacie JM Rektora Akademii Medycznej, prof. dra hab. Jerzego Czernika zebrać wspomnienia o byłych pracownikach naszej Uczelni, nie tylko o nauczycielach, ale także o pracownikach administracyjnych, którzy swymi cechami osobowości tworzyli klimat uczelni i tym samym pozostali w naszej studenckiej pamięci.

Chcielibyśmy, by było to żywe wspomnienie, żartobliwa dykteryjka, opis dowcipnej sytuacji, przypomnienie, czasem śmiesznych, dziwnych czy nawet irracjonalnych nawyków naszych nauczycieli, lub zwyczajów klinicznych, zdarzeń z ćwiczeń i wykładów, różnie postrzeganych przez nas, wówczas studentów.

Zdajemy sobie sprawę, iż nasz apel nie jest w realizacji prosty. Wymaga refleksyjnego a zarazem pełnego poczucia humoru spojrzenia wstecz z odrzuceniem krępującej autocenzury.

Będziemy ogromnie wdzięczni za zaakceptowanie naszych planów poprzez trud zapisu wspomnień o naszych nauczycielach.

Z wyrazami głębokiego szacunku

Rzecznik prasowy AM
Marek Mędras

P.s. Prosimy o kierowanie materiałów (mogą być podpisane z adresem autora do końca 1995 roku na adres: Marek Mędras, Klinika Endokrynologii, Wrocław, 56-367, ul. Pasteura 4. Tel 209655

Akademia Medyczna nie osłabia aktywności

Jednym z zasadniczych celów władz Uczelni obecnej kadencji jest próba uruchomienia wszystkich mechanizmów mogących pomóc w budowie tzw. "nowej" Akademii Medycznej. Pomysł narodził się na początku lat siedemdziesiątych. Obecnie problem ten ma charakter wręcz dramatyczny, ponieważ dalszy brak funduszy na inwestycję doprowadzi do dekapitalizacji tego, co już zrealizowano.

Tak więc urealniono poprzedni projekt, który zgodnie z atmosferą okresu, w którym powstawał był gigantyczny.

Dalej władze Uczelni konsekwentnie i systematycznie interweniują w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. W tej sprawie Rektor Akademii Medycznej przebywał wielokrotnie w Warszawie. Był to też główny temat poruszany w czasie spotkania z wiceministrem Zdrowia i Opieki Społecznej dr W. Jakubowiakiem, które odbyło się 4 stycznia 1994 r. we Wrocławiu.

Rektor Akademii Medycznej, prof. dr hab. Jerzy Czernik podjął się trudnego zadania zorganizowania w naszym makroregionie lobby parlamentarnego, które by konsekwentnie optowało za realizacją budowy. Wielokrotnie kontaktował się z wojewodami i lekarzami wojewódzkimi. Doprowadził także do spotkania w Rektoracie Akademii Medycznej z grupą senatorów i posłów wszystkich opcji politycznych, którzy po zapoznaniu się ze szczegółami inwestycji jednogłośnie wyrazili poparcie dla sprawy i wręcz zobowiązali się do udzielania wszelkiej możliwej pomocy. Również Prezes DIL-u przedstawił podobny pogląd.

Kolejnym wyrazem aktywności na tym polu władz Akademii Medycznej było spotkanie 28 marca 1994 r. z Marszałkiem Sejmu Józefem Oleksym, który mimo niezwykle napiętego terminarza wizyty we Wrocławiu, spędził ponad 1.5 godziny w Rektoracie omawiając z władzami Uczelni ten jeden problem. Można sądzić, iż w połowie roku zaistnieje możliwość otrzymania od władz centralnych znaczących funduszy. Marszałek Sejmu rozumiejąc wagę problemu przyrzekł poparcie dla wrocławskiej Akademii Medycznej w tej kwestii. Zwrócił też uwagę na potrzebę konsolidacji różnych środowisk makroregionu wokół budowy nowej uczelni medycznej.

Opracowany racjonalny wariant minimum, który stanowi optimum w obecnej sytuacji ekonomicznej kraju da miastu i regionowi 2501600 wycofanych ze zrujnowanych klinik zlokalizowanych na tzw. bazie obcej. Tam też znajdują chorzy godne warunki pobytu i opiekę specjalistyczną na najwyższym poziomie.

Miejmy nadzieję, iż dalsze uporczywe podnoszenie sprawy budowy nowej Akademii Medycznej, przy wsparciu wszystkich środowisk, doprowadzi do szczęśliwego zakończenia budowy tej prestiżowej inwestycji, która będzie służyła całemu społeczeństwu Dolnego Śląska.

Rzecznik prasowy AM
Marek Mędras

Uwaga! Kandydaci na studia!

Zgodnie z regulaminem rekrutacji oraz uchwałą Senatu Akademii Medycznej we Wrocławiu ustalono, iż odpłatność za egzamin wstępny:

- na Wydział Lekarski i Oddział Stomatologiczny wynosi 200 tys. zł
- na Wydział Farmaceutyczny i Oddział Analityki Medycznej oraz Wydział Pielęgniarski wynosi 150 tys. zł

Oplata winna być przekazana przez kandydata na konto Uczelni: Polski Bank Inwestycyjny SA Wrocław, ul. Ofiar Oświęcimskich 41/43, nr konta 708036-3421-3111-02.

Wyznaczono również limity przyjęć:

- Wydział Lekarski - 190 miejsc
- Wydział Stomatologiczny - 70 miejsc
- Wydział Farmaceutyczny - 120 miejsc
- Oddział Analityki Medycznej - 30 miejsc
- Wydział Pielęgniarski - 24 miejsca

Rzecznik prasowy AM
Marek Mędras

W dniach 10-12 czerwca 1994 roku odbędzie się pod patronatem Jego Magnificencji Rektora Akademii Medycznej prof. dr hab. Jerzego Czernika turniej tenisowy o puchar ufundowany przez Jego Magnificencję.

Turniej jest przeznaczony dla lekarzy medycyny, stomatologii i farmaceutów.

Koszt uczestnictwa wynosi 300 tys. zł, które należy wpłacić na konto: IV O PKO, BPO Wrocław, 93549-160922-136. Organizatorem turnieju jest Wrocławskie Centrum Tenisowe, Wrocław, ul. Paderewskiego 35 (korty Stadionu Olimpijskiego), tel. 21 11 52. O ewentualne informacje prosić pana Mieczysława Lewandowskiego lub Stanisława Habdasa.

Serdecznie zapraszamy wszystkich kolegów.

(Umiejętności gry w tenisa w gruncie rzeczy są drugoplanowe.)

Rzecznik prasowy AM
Marek Mędras

Stowarzyszenie absolwentów Akademii Medycznej w Łodzi (90-419 Łódź, Al. Kościuszki 4, pok. 5-A) organizuje w cyklu 5-cio letnim koleżeńskie zjazdy poszczególnych roczników lekarzy medycyny i lekarzy stomatologów.

Najbliższy zjazd rocznika 1964 i 1963-go odbędzie się 22 października 1994 r. w Łodzi z okazji 30-lecia ukończenia studiów.

Absolwenci zainteresowani spotkaniem proszeni są o kontakt z organizatorem!

Z PRAC PREZYDIUM I RADY DIL

- wniosek 2, dotyczący przeprowadzenia rozmów przez Naczelną Radę Lekarską z Dyrekcją Generalną PKP i podjęcia ostatecznych ustaleń znoszących dotychczasową praktykę zmuszania do wcześniejszego przechodzenia na emeryturę lekarzy kolejowej służby zdrowia, co zapobiegłoby zwalnianiu z pracy wysoko kwalifikowanych, doświadczonych specjalistów i eliminowaniu ich z konkursów na kierownicze stanowiska w służbie zdrowia PKP - kol. Włodzimierz Bednorz przypomniał, że Naczelna Rada Lekarska podjęła już ten problem;

- wniosek 3, dotyczący traktowania dyżurów lekarzy jako godzin nadliczbowych i odpowiedniego ich opłacania oraz ustalenia stawki dyżurowej nie niższej niż stawka indywidualnego zaszerogowania na danym stanowisku i utajnienia zarobków - zwrócono uwagę, że podawanie zarobków pracownika bez zgody jest naruszeniem jego dóbr osobistych;

- wniosek 4, dotyczący ustosunkowania się do projektu badań stanu zdrowia mieszkańców Wrocławia, których organizatorem i koordynatorem ma być DCDM "Dolmed" - zwrócono uwagę, że w najbliższym czasie zostanie zorganizowane przez lekarza wojewódzkiego spotkanie w sprawie funkcjonowania ww. placówki, Izba nie podejmie na razie żadnego stanowiska;

- wniosek 5, dotyczący wprowadzenia licencjonowania prywatnych gabinetów lekarskich - Rada DIL od dłuższego czasu prowadzi dyskusję na ten temat, radczyni prawna DIL zwróciła uwagę, że niektóre izby lekarskie wprowadziły już licencjonowanie prywatnych praktyk;

- wniosek 6, dotyczący zobligowania Rady DIL do wprowadzenia grupowego ubezpieczenia lekarzy - Rada DIL prowadzi już negocjacje w tej sprawie;

- wniosek 7, dotyczący wystąpienia do MZiOŚ z wnioskiem o umożliwienie lekarzom pracującym wyłącznie prywatnie specjalizowania się w wybranej przez siebie dziedzinie medycznej - kol. W. Bednorz poinformował zebranych, że Naczelna Rada Lekarska ma zamiar w najbliższym czasie zorganizować spotkanie z prezesami towarzystw naukowych w sprawie specjalizacji, samorząd lekarski będzie dążył do ujednolicenia zasad specjalizowania się;

- wniosek 8, dotyczący zajęcia stanowiska w sprawie mnożących się w środkach masowego przekazu licznych reklam promujących nabywanie leków w systemie powszechnej dostępności - kol. W. Bednorz przypomniał, że minister zdrowia wydał niedawno rozporządzenie regulujące sposoby reklamowania leków;

- wniosek 9, dotyczący delegowania do konkursów na ordynatorów przedstawiciela koła terenowego DIL, na terenie działalności którego konkurs jest organizowany - kol. W. Bednorz zaproponował, aby Dolnośląska Izba Lekarska wprowadziła na terenie swojej działalności zasadę, że spośród trzech przedstawicieli samorządu lekarskiego do komisji konkursowej - jeden przedstawiciel będzie delegatem zainteresowanego koła, zebrani podjęli krótką dyskusję nad tą propozycją, ostatecznie w głosowaniu jednogłośnie odrzucono wniosek;

- wniosek 10, dotyczący wystąpienia do MZiOŚ w sprawie zarządzenia o zniesieniu odpłatności za badania i zabiegi wykonywane w publicznych zakładach opieki zdrowotnej na zlecenie lekarzy prywatnie praktykujących - według zebranych problem ten rozwiąże dopiero wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.

Następnie zebrani omawiali sprawy finansowe. Głos zabrali:

Kol. Szczęśna z wałbrzyskiej delegatury - po raz kolejny zwróciła się z wnioskiem o przyznanie kwoty 20 mln zł na zorganizowanie pleneru delegatury wałbrzyskiej, wniosek podpisali przewodniczący kilku wał-

brzyskich kół (którzy zgodzili się, by całą kwotę rozbić na poszczególne koła). Wniosek przyjęto (w głosowaniu: 22 głosów za, 0 - przeciw, 2 - wstrzymujące). Kol. Jan Adamus zwrócił uwagę, że Koło DIL przy ZOZ w Wałbrzychu nie wyraziło zgody na przekazanie swoich środków finansowych na ww. imprezę.

Kol. Włodzimierz Bednorz - odczytał zebrany list Opolskiej Izby Lekarskiej, która zwraca się do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej z prośbą o udzielenie pożyczki w wysokości 150 mln zł na okres 3 miesięcy, na warunkach ustalonych przez pożyczkodawcę. Po krótkiej dyskusji zebrani w głosowaniu (17 osób za, 2 - przeciw, 5 - wstrzymało się) opowiedzieli się za udzieleniem 100 mln zł pożyczki, na takich samych zasadach, na jakich przyznawane są pożyczki wszystkim innym osobom przez DIL.

Kol. Jarosław Terpiński, przewodniczący Komisji Rewizyjnej - przedstawił wnioski KR w sprawie naliczania ryczałtów samochodowych niektórym członkom Prezydium DRL i p. kierownik biura. Komisja uważa, że obecna uchwała w tej sprawie nie ma mocy obowiązującej (gdyż została podjęta przez Prezydium DRL, a nie Radę DIL), w związku z tym Rada DIL powinna ustalić wielkość ryczałtów i sposób ich comiesięcznego rozliczania (uzasadniania). W wyniku dyskusji przyjęto uchwałę, która w punkcie pierwszym określa komu i w jakiej wysokości przysługuje ryczałt samochodowy, w punkcie drugim w zawiera zapis, że limit przestaje przysługiwać z chwilą zaprzestania pełnienia funkcji, w punkcie trzecim mówi, że Rada i Prezydium DIL są upoważnione do rozszerzenia listy osób, którym przysługuje ryczałt. Odrzucono propozycję składania comiesięcznych oświadczeń potwierdzających wykorzystanie przyznanego ryczałtu oraz propozycję, by zamiast określonego limitu kilometrów ustalać górną dopuszczalną granicę. Przyjęta lista przyznanego ryczałtu jest zgodna z poprzednią i uzupełniona jedynie o przewodniczącego Komisji Rewizyjnej, któremu przyznano limit 500 km miesięcznie.

Kol. Andrzej Niedziółka przedstawił 2 listy lekarzy, którzy informują Dolnośląską Izbę Lekarską, że z powodu trudnej sytuacji materialnej, w jakiej się znajdują, nie będą płacić składek na rzecz samorządu lekarskiego. Przypomniano, że ustawa o izbach lekarskich nie przewiduje ulg lub zwolnień od płacenia składek. Do ww. lekarzy zostaną wysłane pisma informujące o tym fakcie oraz zawierające propozycję zwrócenia się do DIL z prośbą o zapomogę lub zmniejszenie wysokości składki.

W trzecim punkcie obrad zebrani dyskutowali nad powołaniem zespołu ds. farmakoterapii. Jednogłośnie wybrano kol. Zdzisława Plamieniaka na przewodniczącego tego zespołu.

Pozostałe uchwały i wnioski:

1. Podjęto uchwały finansowe na łączną kwotę 125 tys. zł.
2. Zatwierdzono poprawki do projektu prawa farmaceutycznego i regulaminu wyborów do kół terenowych, zgłoszone przez Komisję Legislacyjną.
3. Upoważniono Prezydium DRL do podjęcia decyzji w sprawie wniosku o dofinansowanie w wysokości 100 tys. zł przeszczepu szpiku lekarce.
4. Przyjęto propozycję ustanowienia odznaczenia honorowego DIL, regulamin przyznawania przygotowuje Komisja Informacyjna.
5. Przyjęto propozycję opracowania poradnika podatkowego dla prywatnych lekarzy.

Posiedzenia Rady DIL odbywają się raz w miesiącu (pierwszy czwartek, godz. 11.00), w pozostałe czwartki obraduje Prezydium DRL.

(kz)

Z ŻYCIA KÓŁ

Przewodniczący kół

kadencja

1994-1997

Koło DIL przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, ul. Kamińskiego
przewodniczący Andrzej Niedziółka

Koło DIL przy PKS nr 1, ul. Skłodowskiej
przewodniczący Roman Dutkiewicz

Koło DIL przy PKS nr 3, ul. Poniatowskiego
przewodniczący Jerzy Woldan

Koło DIL przy PKS nr 4, ul. Wrońskiego
przewodniczący Adam Wiraszka

Koło DIL przy ZOZ Trzebnica
przewodniczący Paweł Orzechowski

Koło DIL przy Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrii w Krośnicach
przewodnicząca Małgorzata Sobczak-Ptak

Koło DIL przy Wojewódzkim Specjalistycznym ZOZ nad Matką Dzieckiem
przewodnicząca Krystyna Madela

Koło DIL przy PPU Szczawno-Jedlina
przewodniczący Tadeusz Tracz

Koło DIL przy Wojewódzkim Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym w Wałbrzychu
przewodniczący Marek Krawczyk

Koło DIL przy Zespole ZOZ w Wałbrzychu
przewodniczący Karol Szadok

Koło DIL przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Wałbrzychu
przewodniczący Krzysztof Kwiatkowski

Koło DIL przy Wojewódzkim Szpitalu im. A. Sokołowskiego
przewodniczący Wiktor Jaremkowski

Sprostowanie
Redakcja otrzymała błędne dane o przewodniczącym koła DIL przy ZOZ Wrocław Fabryczna, które zamieszczone zostały w poprzednim numerze. Właściwa informacja brzmi:

Koło DIL przy ZOZ Wrocław Fabryczna
przewodnicząca Teresa Łopuszańska

STOMOZ • STOMOZ • STOMOZ • STOMOZ • STOMOZ

W dniach 11-12 marca br. odbyło się w Karpaczu 2-dniowe sympozjum naukowo-szkoleniowe na temat:

1. Zasady finansowania ochrony zdrowia, w tym zasady podziału budżetu wojewódzkiego, ocena technik, procedury i negocjacji tworzenia budżetów, system informacji niezbędnych do objętościowej procedury planowania budżetowego.
2. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.
3. Regulowany rynek świadczeń zdrowotnych.

W sobotę: 12 marca wystąpił senator Jerzy Cieślak - przewodniczący Komisji ds. Organizacji Zdrowia, który przedstawił aktualne trendy zmian oraz stopień zaawansowania prac legislacyjnych.

Organizatorami sympozjum byli: wiceprzewodniczący Oddziału Lekarskiego STOMOZ (Dyrektor ZOZ Luban) - kol. Andrzej Orłowski i kol. Beata Bokej - wiceprzewodnicząca Klubu Jednostek Samodzielnych STOMOZ, którzy po raz pierwszy organizowali spotkanie na taką skalę. Andrzejowi naprawdę udało się!

W dniu 14 marca OD STOMOZ zorganizował we Wrocławiu dla dyrektorów i głównych księgowych - prorocze, jak się okazało - szkolenie na temat "Zasad postępowania w sprawach o naruszenie dyscypliny budżetowej" prowadzone przez pracownika naukowego Zakładu Prawa Finansowego.

Szkolenie to zostało powtórzone w Opolu 28 marca br.

Zapraszamy wszystkich zainteresowanych do udziału w pracach STOMOZ-u. STOMOZ jest pozarządową organizacją społeczną, posiada oddziały terenowe obejmujące obszar całej Polski, liczne komisje, kluby. W 1993 roku liczył około 800 członków. Statutowe cele stowarzyszenia to m. in. podnoszenie prestiżu kadry menedżerskiej pracującej w opiece zdrowotnej, sprzyjanie rozwojowi kwalifikacji kadry kierowniczej i administracji, współtworzenie i upowszechnianie profesjonalnego zarządzania. Od stycznia 1992 r. STOMOZ wydaje profesjonalny miesięcznik "Antidotum" - Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej.

Inne formy działalności STOMOZ to cieszące się dużym zainteresowaniem kursy dla kadry menedżerskiej i administracyjnej, a także seminaria i konkursy.

Dla uzyskania szczegółowej informacji o STOMOZ-ie, zasadach przystąpienia, prosimy o kontakt z Biurem Organizacyjnym STOMOZ Warszawa, ul. Muranowska 1, tel./fax 31 22 33 lub z siedzibą Oddziału Dolnośląskiego we Wrocławiu, ul. Krakowska 28, tel./fax 44 31 88

Przewodnicząca Zarządu
Oddz. Dolnośląskiego STOMOZ
mgr M. Jolanta Borzycka

Komisja Legislacyjna

Na zebraniu Komisji Legislacyjnej w dniu 29 marca 1994 r. w składzie: Krystyna Gomulska, Janina Kasprzak-Wójtowicz, Beata Kozyna-Lukasik, Dariusz Kielkiewicz, Marek Myskow, Georgias Ziomas omówiono projekt ustawy o Prawie Farmaceutycznym Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

1. Zaproponowano, aby o ilości i rozmieszczeniu aptek decydował minister zdrowia w porozumieniu z samorządem aptekarskim i samorządem terytorialnym.

2. Uchwalono przez głosowanie (4 głosy za, 2 przeciw), że koncesje na prowadzenie apteki powinien otrzymać farmaceuta, a nie każdy obywatel posiadający fundusze.

3. Zwrócono także uwagę, iż kierownikiem apteki powinna być osoba posiadająca specjalizację aptekarską (z uwzględnieniem ewentualnego okresu przejściowego na doszkolenie osób już pełniących wyżej wymienioną funkcję).

Kolejnym punktem posiedzenia było zapoznanie się z uchwałą nr 94/93/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 kwietnia 1993 r. w sprawie trybu i zasad postępowania o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu lekarza (lekarza stomatologa) przez cudzoziemców.

Ostatnim tematem obrad było zaproponowanie nielicznych poprawek regulaminu wyborczego do Rady Koła Dolnośląskiej Izby Lekarskiej uściślających tryb wyboru.

Przewodnicząca Komisji Legislacyjnej DIL
Janina Kasprzak-Wójtowicz

Człowiek i jego przestrzeń

Współczesna medycyna korzysta z odkryć wielu często już zapomnianych naukowców, którzy po raz pierwszy opisali jakiś objaw, odkryli strukturę anatomiczną, zastosowali nową metodę. Niekiedy unikają oni zapomnienia dzięki swoistemu medium jakim są eponimy medyczne, przywoływane codziennie przy łóżku chorego (odczyn Biernackiego, objaw Goldflama, pęczek Hisa). Postać Ludwiga Traubego została utrwalona w eponimie "spatium semilunare Traube", choć wielu lekarzy już dawno zapomniało, gdzie się taka przestrzeń znajduje i dlaczego jest ważna w medycynie klinicznej. Warto więc tę postać przywołać, zwłaszcza, że związana jest z Dolnym Śląskiem.

Człowiek

Ludwig Traube urodził się na Śląsku w 1818 roku. Podczas studiów medycznych na uniwersytetach we Wrocławiu i Berlinie pozostawał pod wpływem Johanna Müllera (1805-1858), Francois Magendie (1783-1855), Rene Laenneca (1781-1826), Johanna Schonleina (1793-1864). Szczególnie praca Laenneca o osłuchiwanie i opukiwanie wywarła wpływ na jego myślenie kliniczne.

W 1840 ukończył medycynę na Uniwersytecie Berlińskim i udał się do Wiednia, gdzie spędził rok na intensywnej pracy pod okiem klinicysty Josefa Skody (1805-1881) i słynnego anatomopatologa Karla Rokitsanskyego (1804-1874). Powrócił na stałe do Berlina w 1843, aby rozpocząć swą przygodę z medycyną eksperymentalną i kliniczną. Na początku lat dwudziestych XIX w. niemieccy lekarze, rozczarowani spekulatywną Naturphilosophie i zachęceni przez szkołę francuską Magendie'go i Claudea Bernarda (1813-1878), zaczęli stosować na szerszą skalę eksperyment medyczny i naukowe metody badawcze. Nic też dziwnego, że i Traubemu udzielił się ten zapal, którego inicjatorem w Niemczech był Wilhelm von Humboldt (1767-1835).

W 1847 Traube uzyskał stanowisko "Privatdocent" w szpitalu Charite pod kierownictwem Schonleina. Ten moment był przez niego później wspominany jako najszcześniejszy dzień w życiu. Pierwsza praca na temat zapalenia płuc w wyniku wagotomii ukazała się w czasopiśmie, które Traube założył wspólnie z Rudolfem Virchowem (1821-1902). W 1850 wprowadził stosowanie termometru do kliniki, a trzy lata później został mianowany asystentem Charite i ożenił się z Corą Markwald.

W latach 1862-67 poważnie chorował na dusznicę bolesną, stracił też syna, który zapadł na błonicę. Nie ustawał jednak w pracy - w tym okresie powstał opis fal Traubego-Heringa.

Traube był szczególnie zainteresowany objawami, które stale towarzyszą pewnym chorobom układu oddechowego: opisał charakterystyczną płwocinę w ropniu płuc, gnilne zapalenie oskrzeli, a w pracy nad "ileotyfusem" (prawdopodobnie dur płamisty) zwrócił uwagę na oddechowe aspekty choroby - larynitis i bronchitis. Zademonstrował szmer

oskrzelowy w niedodmie, ukuł termin "metaliczny" świst w astmie oskrzelowej, dość dokładnie opisał zapalenie opłucnej i krup.

W 1872 mianowano go profesorem, wtedy też opublikował dwa tomy swoich prac w dziedzinie fizjologii i medycyny klinicznej. W tym samym roku został honorowym członkiem Towarzystwa Lekarzy Niemieckich w Paryżu a słynny William Osler odwiedził laboratorium Traubego, Virchowa i Frerichsa, wyrażając swój podziw i uznanie dla poziomu naukowego medycyny niemieckiej. Swą pracę kontynuował na Uniwersytecie w Berlinie aż do śmierci spowodowanej zawałem w 1876 r., zaledwie 2 miesiące po pogrzebie żony, która umarła na raka.

Przeźródło

Traube jest współcześnie znany głównie dzięki półksiężycowatej przestrzeni opukiwanej na klatce piersiowej. Przestrzeń ta anatomicznie ograniczona jest przysiędkowo przez lewy brzeg wątroby, bocznie - przez przysiędkowy brzeg śledziony, a od góry przez dolną granicę serca. Można ją wyznaczyć, spuszczając pionową linię w dół od połączenia kostno-chrząstki VI żebra do IX żebra i linię pachową przednią po brzeg żebrowy. Powstaje nieregularna czworokątna przestrzeń, o której francuski profesor Jacoud z paryskiego "L'hôpital de la Pitié" pisał 110 lat temu: "przy pustym żołądku i zdrowych narządach tej okolicy, można stwierdzić półksiężycowatą prze-

strzeń, wydającą bębnowy odgłos opukowy, brak drżenia głosowego przy palpacji i brak szmerów oddechowych przy osłuchiwaniu."

Zimą 1868 Traube został poproszony o zbadanie mężczyzny cierpiącego na gorączkę z dreszczami, ból głowy i przeszywający ból lewej połowy klatki piersiowej. Badający zauważył u chorego silną duszność i wykrztuszanie rdzawo podbarwionej płwociny. Przedmiotowe badanie wykazało skrócenie odgłosu opukowego nad przestrzenią półksiężycowatą i osłabienie drżenia głosowego po lewej stronie klatki piersiowej. Ponadto pacjent miał głośny świst oskrzelowy pod lewą łopatką i tarcie skurczowe nad mostkiem. Diagnoza Traubego była następująca: 1) Rdzawa płwocina

na wskazuje na zapalenie mięszu płucnego, tj. pneumonię. 2) Zmniejszenie przestrzeni półksiężycowatej oraz przeszywający ból klatki piersiowej po lewej stronie wskazują na wysięk opłucnowy, tj. ropniak. 3) Tarcie nad mostkiem świadczy o wysięku wokół serca.

Wszystkie te spostrzeżenia zostały potwierdzone w badaniu autopsyjnym.

U innego pacjenta z płynem w jamie opłucnowej po urazie Traube stwierdził, że resorpcji płynu towarzyszy powiększanie się (powrót do normalnych rozmiarów) przestrzeni półksiężycowatej o wiele wcześniej niż powraca prawidłowy wypuk nad lewym płucem.

Co ciekawe, Traube nie napisał wiele więcej na temat przestrzeni półksiężycowatej, zajął się tym dalej jego uczeń Fraenzel, który podsumował badania w kilku punktach:

a) Wspomniany wyżej obszar bębnowego odgłosu opukowego ma kształt półksiężyca, dolną granicą jest łuk żebrowy a od góry ogranicza go łukowata linia skierowana wydrążeniem w dół.

b)(...)

c) W najszerszym miejscu osiąga 3-3,5 cala.

d) Odgłos opukowy tego obszaru odróżnia nie tylko to, że jest on bębnowy, ale także głośniejszy w porównaniu z resztą płuć.

e) Gdy płuco rozpręża się podczas wdechu, przestrzeń ta zmniejsza się.

f) Znaczne zwiększenie przestrzeni jest zwykle oznaką unieruchomienia dolnego płuca, co może świadczyć o powstawaniu zrostów opłucnowych.

g) Przy wysięku opłucnowym przestrzeń półksiężycowata może zniknąć, a jej ponowne pojawienie się zapowiada proces reabsorpcji, a co za tym idzie, zdrowienie.

h) Podczas zapalnej infiltracji całego płuca przestrzeń pozostaje nienaruszona lub tylko nieznacznie zwężona."

Wspominany już wyżej prof. S. Jacoud dodaje, że skrócenie odgłosu opukowego może powstać nie tylko przy wysięku opłucnowym, lecz także na skutek zrostów opłucnowych w dolnych partiach płuca lewego. Te dwie przyczyny różnicujemy obserwując ruchy oddechowe - retrakcja przemawia za zrostami.

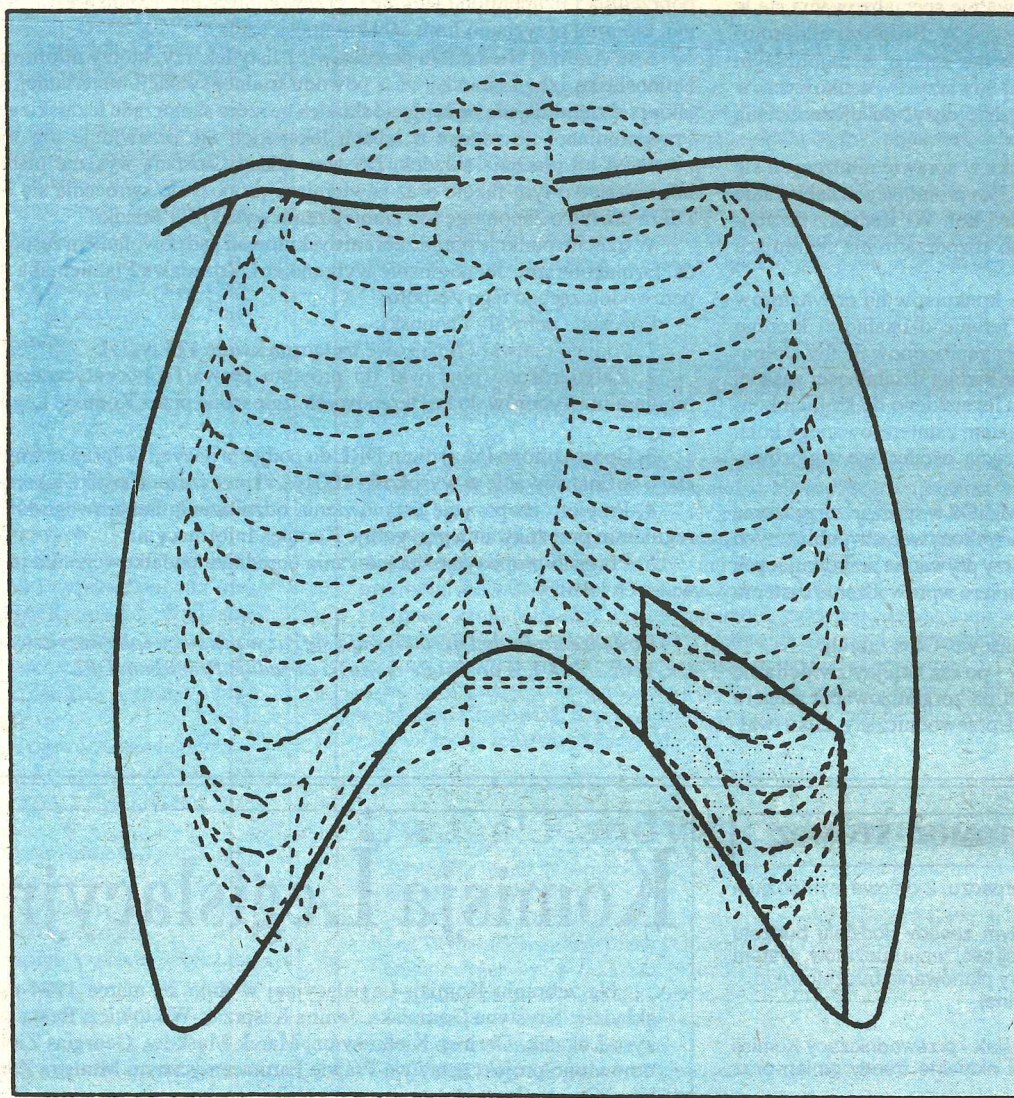
Traube nigdy nie wiązał zmian odgłosu opukowego tej przestrzeni z powiększeniem śledziony, odkrycie tej zależności to zasługa innych.

Cóż pozostało z zapalu i wiedzy XIX-wiecznych klinicystów w dzisiejszej medycynie klinicznej, czekającej spokojnie na wyniki morfologii i badań biochemicznych krwi, ekg, rtg, usg, TK, NMR? Czy w dobie głęboko zakorzenionego braku zaufania do badania "fizykalnego" sens mają jeszcze słowa Williama Oslera:

"Bacne obserwowanie objawów życia we wszystkich jego fazach - normalnej i zaburzonej, doskonalenie najtrudniejszej ze sztuk, sztuki obserwacji, przywołanie nauk eksperymentalnych do pomocy, odróżnianie prawdy od błędu - oto nasze metody."

Na podstawie "Arhives of Internal Medicine"

- opracował Emil Mikulski



Surface anatomy of Traube's space.

"Opukując w dół po lewej stronie wzdłuż linii pachowej natrafiamy na okolicę o odgłosie bębnowym, zależnym od gazów w żołądku, i zgięcia śledzionowego (flexura coli lienalis).

Jest to tzw. przestrzeń półksiężycowata Traubego, która zmniejsza się lub znika przy powiększaniu śledziony.

(...) Wysięk opłucnej lewostronnej znosi tzw. przestrzeń półksiężycowatą Traubego, która jest zawarta między obszarem stłumienia wątroby i śledziony a łukiem żebrowym, i nad którą normalnie stwierdzamy odgłos opukowy bębnowy."

E. Szczeklik, A. Szczeklik

Diagnostyka ogólna chorób wewnętrznych

I. Budżet służby zdrowia woj. wrocławskiego w porównaniu do innych województw (na podstawie informacji o projekcie ustawy budżetowej na 1994 rok w zakresie działu 85 - Departament ekonomiczny MZiOS - materiał na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu RP i Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP).

W projekcie ustawy budżetowej zakłada się wzrost wydatków w dziale ochrona zdrowia w cz. 85 - o 18,8% z tego:

- wydatki bieżące o 117%
- wynagrodzenia o 110,7%
- pozostałe o 127%
- inwestycje o 154%

w tym wydatki rzeczowe o 127,2%

Pomimo niewątpliwego priorytetowego ujęcia przez wojewodę ochrony zdrowia w projekcie budżetu - w wyniku uzyskania prawa do swobodnego kształtowania działalności struktury swojego budżetu w ramach określonego przez ministra finansów dla województwa planu dochodów oraz limitu wydatków - to województwo wrocławskie:

- jest wśród 14-tu województw, gdzie na podstawie wielkości planowanych wydatków można dostrzec najpoważniejsze zagrożenie w funkcjonowaniu jednostek służby zdrowia,

- jest wśród 14-tu województw, gdzie przewidywane nakłady nie zabezpieczą refundacji leków,

- wśród 10-ciu województw, które uzyskały środki na nowe zadania nie ma województwa wrocławskiego, brak również środków na pokrycie wydatków związanych z nowoutruchamianymi inwestycjami,

- jest wśród 5-ciu województw, gdzie przeznaczono mniej niż w ubiegłym roku środków na inwestycje (o 7,7%)

- wg planowanego zbiorczego budżetu w układzie województw - nasze województwo ma najniższy wskaźnik wzrostu budżetu o 111% - w porównaniu do najwyższego woj. krakowskiego o 128%.

Należy zauważyć, że woj. wrocławskie obsługuje również ościennę

Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej

w sprawie budżetu służby zdrowia w województwie wrocławskim

**Przewodnicząca
Zarządu
Oddz. Dolnośląskiego
STOMOZ
mgr M. Jolanta
Borzyska**

województwa, na które nie otrzymuje dodatkowych środków.

Biorąc powyższe pod uwagę oraz 1) poważne zadłużenie jednostek służby zdrowia, brak spójnego programu oddłużeniowego i rezerwy na to w budżecie państwa

2) oraz a priori zakładamy deficytowy budżet 1994 r.

- Wyrażamy obawę, że drastyczne niedofinansowanie ochrony zdrowia może spowodować poważne ograniczenie działalności Zakładów Opieki Zdrowotnej w bieżącym roku.

II. Alokacja budżetu w województwie wrocławskim.

1. W budżecie wojewódzkim nie udało się powiązać zadań ze środkami, nie ma żadnego mechanizmu powiązania zadań z finansami w zależności od liczby świadczeń, nie można wyciągnąć też wniosków, czy została podjęta próba ustalenia priorytetowych zadań w województwie jak również programy zdrowotne.

Budżet jest postrzegany jedynie jako suma środków na utrzymanie kosztownej infrastruktury - zasobów, etatów, łóżek itp. i jest on prostą ekstrapolacją podziału z 1993 r. z wprowadzeniem w niewielkim zakresie czynników korygujących, choć zasadne jest, że przyjęto do bazy plan 1992 r. a nie wykonanie 1993 r.

Wyrażając przekonanie, że suma środków do podziału jest za niska w stosunku do kosztów ponoszonych przez poszczególne zakłady, istnieje niewielka możliwość manewru - to szkoda, że nie podjęto próby ograni-

czenia systemu "płacenia za istnienie" i elementu wprowadzenia mechanizmu konkurencji o środki publiczne, natomiast dobrze, że pozostawiono rezerwę na kontrakty.

2. Nie podjęto też próby racjonalizacji wydatków na szczeblu wojewódzkim wszelkie koszty deficytowego budżetu będą ponosić "również dzieląc się biedą" poszczególne jednostki służby zdrowia drastycznie ograniczając wydatki bez nadania im mechanizmu obniżenia kosztów.

3. Zbyt ryzykowne jest pozostawienie wysokiej rezerwy na uruchamianie nowych zadań kosztem wszystkich jednostek służby zdrowia. Wydaje się, że celowe byłoby ponowne przeanalizowanie i podjęcie trudnej decyzji o uruchomieniu tylko niektórych nowych zadań lub uzyskanie środków z likwidacji "starych" zadań (jakich) na rzecz "nowych".

4. Oceniamy jako bardzo pozytywnie przekazywanie zadań gminom, wymaga to jednak stopniowego zwiększania środków dla najstabilniej dotowanych gmin (również ze środków własnych gmin). Duże dysproporcje w nakładach na 1 mieszkańca wynikają z rozbudowanej infrastruktury, szczególnie we Wrocławiu.

Dlatego słuszny wydaje się kierunek wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej w celu stworzenia mechanizmu kontraktowania świadczeń specjalistycznych i elementów wewnętrznej konkurencji dla szpitali, diagnostyki i poradnictwa specjalistycznego do usług zamówionych przez gminy.

5. Słuszny wydaje się kierunek alokacji rozpoczęty w ubiegłym roku - zapewnienie jawności i próba obiektywizacji podziału, jednak wymaga on zdynamizowania.

III. Konieczność zdynamizowania procesu do uniwersalnej metody podziału środków.

Opracowanie obiektywnych kryteriów, na których podstawie tworzone byłyby budżety jednostek służby zdrowia nie jest w warunkach polskich prostym problemem.

Powody to:

1. brak dobrych informacji (o zakresie działań, ich jakości, uzasadnionych kosztach i ich porównanie),

2. brak standardów postępowania medycznego (trudno ocenić skuteczność stosowanych procedur).

Jednak były podejmowane w Polsce próby obiektywizacji podziału budżetu wojewódzkiego i realizacji idei powiązania choć w części finansów w zależności od oceny zakładów opieki zdrowotnej (jakości i liczby realizowanych świadczeń) między innymi w woj. skierniewickim (publik.: "Antidotum" - zarządzanie w opiece zdrowotnej - miesięcznik Stomoz Nr 7/1993 Nr 2), w woj. olsztyńskim ("Antidotum" Nr 6/1992) i woj. suwalskim ("Antidotum" Nr 12/1993). Może warto skorzystać z doświadczeń innych województw.

Powinno się stopniowo odstępować od prostej ekstrapolacji budżetów z lat ubiegłych, jak również od ekstrapolacji kosztów bardzo zagregowanych mierników działalności (bez analizy struktury i jakości świadczeń i bez oceny ich adekwatności do lokalnych potrzeb zdrowotnych).

Pilne stało się opracowanie jednolitych zasad liczenia kosztów w tym systemy punktowe dla oceny złożoności i kosztów diagnostyki laboratoryjnej, zabiegów rehabilitacyjnych i fizykoterapeutycznych.

Ogromne trudności w funkcjonowaniu zakładów opieki zdrowotnej wynikające z braku środków finansowych, a także opóźnienia reformy - skłaniają do poszukiwania takiego systemu, który jest zgodny z obecnymi realiami, a jednocześnie zapewnia efektywniejsze wykorzystanie zasobów.

bów. Niezależnie od zmian systemowych nagle staje się wprowadzenie takich rozwiązań od zaraz. Warunki to szczegółowa analiza i ocena działalności oraz ocena kosztów i wyników.

Aby w 1995 roku kontynuować proces obiektywizacji podziału budżetu należałoby już dzisiaj opracować wiarygodny i porównywalny system informacji statystycznych i ekonomicznych. Opracować precyzyjne mierniki działalności z uwzględnieniem złożoności pracy na różnych oddziałach, przeprowadzić kategoryzację oddziałów szpitalnych i poradnictwa. Umożliwiłoby to ocenę stopnia porównywalności poszczególnych jednostek.

Pracę nad budżetem powinno się traktować w ujęciu dynamicznym i jako początek procesu stworzenia stałych zasad podziału budżetu na następne lata. Jeżeli proces dochodzenia do uniwersalnej metody podziału będzie kontynuowany to spowoduje to wiele korzyści między innymi:

1. stabilne finansowanie (każdy dyrektor będzie mógł z dużym wyprzedzeniem wyliczyć kwoty wydziałowe jego jednostce ze względu na znajomość zasad podziału),

2. wszelkie podziały są jawne, co spowoduje wzrost zaufania do osób je dzielących, jak również zniweluje wpływ czynników subiektywnych,

3. zmianę charakteru przyznawanego budżetu z rozstrzeniowego na negocjacyjny, kontraktowy,

4. prowadzone analizy i doświadczenia oraz elementy procedur kontraktowych (kontrakt blokowy i /lub/ kosztowo-ilościowy) mogą być wykorzystane w przyszłości do negocjowania kontraktów, które już niedługo mogą mieć zastosowanie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Uważając, że łatwiej jest opinować niż tworzyć, Stomoz w dalszym ciągu deklaruje swoją gotowość do współuczestnictwa w opracowywaniu zasad i warunków finansowania zakładów opieki zdrowotnej, szczególnie interesuje nas procedura kontraktowa.

- O, dzień dobry, panie doktorze, dzień dobry. Jak zdrowie kochanego pana doktora? - pyta starsza wiekiem pacjentka chwytając mocno rękaw mojej kurtki.

- Nasz kochaniutki doktor. Jest pan wreszcie.

- A dlaczego mam nie być?

- Niech pan nie zwraca na nią uwagi. Siedzi tu już od południa. Ona i te dwie obok. Siedzą i paplają. Aż na końcu w zabiegowym słychać. Czy zrobić panu herbaty? Zimno dzisiaj.

- A tak, bardzo chętnie. - Wchodzę do gabinetu. Szybko nakładam fartuch, siadam za biurkiem.

- Proszę. - Wołam, widząc czającą się za szklanymi drzwiami sylwetkę. Starsza pani, ta sama, która przywitała mnie przed wejściem.

- Dzień dobry, panie doktorze. Kochaniutki. Nie będę panu przeszkadzać. Niech pan mi przepisze tylko rapacholin i pankreatynę. To na trzustkę. Jak wezmę, zaraz mi lepiej. Może być na jednej receptce. Są akurat w naszej aptece.

- Słyszałem, że pani czeka już od południa.

- A tak. Co mam innego do roboty. Mąż mi zmarł. Córka mieszka w innym mieście. Co mam robić. A tu posiedzę sobie, pogadamy z koleżankami. A panu nie chcę za bardzo przeszkadzać, ma pan przecież tylu pacjentów. Wezmę recepty i pójdę sobie.

Zrobiło mi się jej żal.

- Może panią zbadam? Może coś pani

jeszcze dolega?

- Jak pan uważa. Dawno nie byłam badana. Może w szpitalu 3 lata temu, jakoś tak.

- A ma pani kartę informacyjną?

- A pewnie, że mam. Ale wolę jej nie pokazywać. Przepisano mi wtedy do domu aż dziesięć lekarstw. Antoś, świętej pamięci-

ci, mój nieżyjący mąż wrócił wtedy z apteki.

Nastał się biedak, ale akurat była dostawa i wszystko kupił. Mówię panu, nie mógł się nadziwić, że tyle kazali mi zażywać. Panie doktorze, na drugi dzień była zgaga, a na trzeci straszne wymioty. Ale nie wyrzuciłam ich na śmietnik. Wie pan, dzisiaj o leki



rys. Łukasz Bartoszewicz

trudno. Zaparzyłam sobie wtedy miętę z dziurawcem, poleżałam dwa dni i jak ręką odjął. A wie pan, w szpitalu całe trzy tygodnie mnie leczyli. Na każdej wizycie dopisywali mi nowe leki. I tak ich wszystkich nie jadłam. Tylko te które znałam. Nie wiedzieli co mi jest i napisali: "wypisana z poprawą". A ja proszę pana tylko na to czekałam. Już wiedziałam co będzie dla mnie dobre. Ale w domu mąż przy mnie stał i ani jednej tabletki nie przepuścił. Gorzej niż w szpitalu. Aż dopiero jak mi zaszkodziło, to przestał. Sam zresztą nigdy nie chorował. Nie wiedział, co to choroba. Samochód go potracił. - Starsza pani wyjęła chusteczkę i przetarła oczy.

Spoglądając na zegarek zaproponowałam:

- Czy pani będzie mogła przyjść we czwartek? Będzie mniej pacjentów, przejrzę dokładnie pani dokumentację i porządnie panią zbadam. Proszę, tu są recepty dla pani: rapacholin i pankreatinum.

- O dziękuję panie doktorze, mój kochaniutki. Przyniosę panu konfitur. Sama robiłam. Będą panu smakowały. - Starsza pani wyszła.

Pielęgniarka postawiła mi na biurku świeżo zaparzoną herbatę

- Ma pan dzisiaj tylko 5 pacjentów. Pozostali czekają do stomatologa. Podobno dostał evicrol.

Oparłem się wygodnie i pociągnąłem łyk świeżej, dymiącej w wyziębionym powietrzu herbaty bez cukru.

Jacek

Karta Praw Pacjenta

c.d. ze str.1

Rozmowa z prof. dr hab. Barbarą Kowal-Gierczą kierownikiem Katedry i Kliniki Angiologii AM

- To zależy, o czym mówimy. Jeżeli mamy pacjenta z nadciśnieniem, to musimy mu wytłumaczyć, co to jest, dlaczego powinien się leczyć, przed czym prawidłowa i systematyczna kuraacja ma szansę go ochronić, jakie ryzyko zmniejszyć.

Natomiast nasza etyka nie pozwala na powiedzenie pacjentowi o stwierdzonej chorobie nowotworowej.

O takim rozpoznaniu dowiaduje się wskazany przez chorego członek rodziny.

- Ale informacja o stanie zdrowia jest według projektu karty dobrem własnym pacjenta i tylko on może ją uzyskać.

- Więc pytamy chorego czy i kogo powiadomić.

- Czy pełne wiadomości o chorobie i świadomy udział pacjenta w terapii nie jest lepszym rozwiązaniem?

- Jeżeli są szanse na wyleczenie, a chory broni się przed operacją to tak. Ale jeśli mamy do czynienia z rakiem trzustki i praktycznie żadnych szans, nie mogę powiedzieć choremu, że zostało mu kilka miesięcy życia. Chociaż... Kiedyś mieliśmy pacjentkę, która silnie krwawiła z przewodu pokarmowego. Okazało się, że to guz esicy. Powiedzieliśmy jej, że ma dość dużego polipa, który częściowo zamyka światło jelita i że usunięcie go, poprawi zdecydowanie jej samopoczucie. Nie zgodziła się absolutnie na zabieg. Ale gdy przyszła całkowita stenoza, przywieziona do kliniki wyrzucała nam: "Wy jesteście lekarzami, nie ja. Trzeba było mnie nie słuchać, tylko operować!".

- Czy klinika pani profesor jest szpitalem z otwartymi drzwiami?

- Niestety nie. Nie mamy izolatek, najmniejsza sala jest trzyosobowa.

Przy chorym nie może więc siedzieć kilka osób w dowolnej porze dnia. Pielęgniarki mają utrudnioną pracę, nie można

Katarzyna Pociękin

"publicznie" wykonywać niektórych pielęgnacyjnych zabiegów, zarówno przy odwiedzanym, jak i u jego współtowarzyszy na sali. Trzeba by co kilka minut wyprasać rodzinę na korytarz. Lepiej więc chyba zastrzec sobie czas, w którym wykona się wszystkie konieczne czynności.

Natomiast zawsze zgadzamy się na pobyt jednej osoby, stale czuwającej, zwłaszcza przy ciężko chorym.

- Czy pozwoliłaby pani profesor choremu na wgląd w dokumentację?

W większości jednak współpracują z lekarzem bez dramatycznych spiek, nie szczędząc wysiłku dla uzyskania efektów leczenia.

Problem zaczyna się, gdy stan równowagi rodziców jest zakłócony trudną często sytuacją domową, kiedy ich poziom oświaty zdrowotnej jest niewielki lub lekarz cieszący się autorytetem w społeczeństwie nie przekazał dokładnej informacji o chorobie.

- Jakże są pani osobiste doświadczenia w kontaktach z rodzicami?

- Przez 45 lat pracy lekarza pediatry dobrze układała się moja

c.d. ze str.1

...i z prof. dr hab. Zuzanną Morawską, kierownikiem Katedry i Kliniki Nefrologii i Pediatrycznej AM

prawidłowym przebiegu leczenia.

- Kiedy lekarz może zakazać odwiedzin u dziecka?

- Jeśli zabrania się kontaktów z matką to należy uzasadnić taką decyzję przedstawiając kryteria medyczne i inne, np. możliwość zaszkodzenia innym dzieciom.

Do rodziców należy decyzja wyboru postępowania i pozosta-

- Dziecko powinno na bieżąco dowiadywać się o sposobach leczenia, planowanych zabiegach i oczekiwanych efektach. Zdaje to egzamin w atmosferze życzliwości, braku pośpiechu i spokoju.

Oszukiwać dzieci trudno, one wszystko wiedzą lepiej od nas.

- Jakże zadanie miałoby do spełnienia Rzecznik Praw Małego Pacjenta?

- Rzecznik Praw Małego Pacjenta jest potrzebny. Powinien egzekwować należne dziecku prawa do właściwego traktowania nie tylko w szpitalu, ale i w rodzinie, często dotkniętej patologią społeczną, rozwodzącą się. Musi czuwać nad realizacją programów rządowych, które deklarują priorytet w przyznawaniu środków na naukę, profilaktykę i leczenie dzieci. Zalecenia te nie są jednak realizowane na kolejnych szczeblach władzy.

- Jaki jest według pani profesor poziom profilaktyki pediatrycznej w Polsce?

- Dobry, porównywalny do średniej europejskiej. Jest to zasługa lekarzy pediatrów z okresu przed II wojną światową i czasów powojennych.

Lekarz pediatra był z reguły społecznikiem. Przy wyborze specjalizacji decyduje osobowość lekarza i znajomość przyszłych trudnych warunków pracy. Prawdziwa troska o dobro dziecka to zrozumienie, że w pierwszej kolejności należy zapewnić jak najlepsze warunki rozwoju najmłodszym.

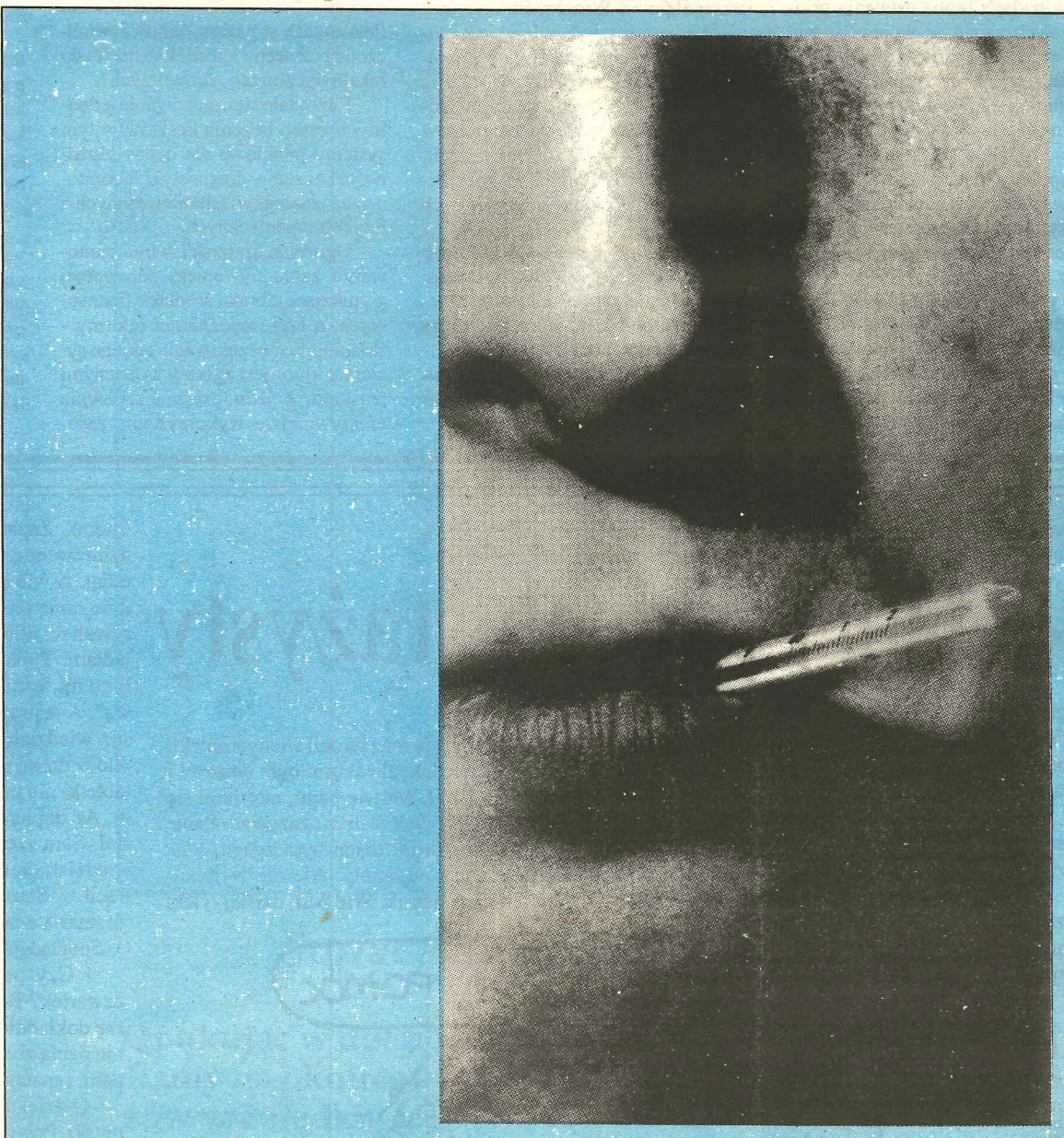
Do dziennikarzy zwracamy się często z apelem o przedstawienie społeczeństwu różnych problemów, związanych z opieką nad dzieckiem. Nigdy nie jest za dużo informacji o różnych anomaliach w życiu społecznym.

Największą jednak korzyść odnoszą dzieci, jeżeli jednocześnie wskazuje się drogę poprawy ich warunków życia.

- Dziękuję za rozmowę.

□

P.S. 1 stycznia 1994 roku Specjalista Wojewódzki ds. Psychiatrii województwa jeleniogórskiego, Jerzy Haczyński utworzył stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta i powołał na nie magistra socjologii, Krystynę Bogucką. Zakres obowiązków rzecznika wynika m.in. z Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (1991), Ustawy o zawodzie lekarza (1950), Kodeksu etyki lekarskiej, Deklaracji Praw Człowieka i Ochrony Zdrowia Psychicznego Światowej Federacji Ochrony Zdrowia Psychicznego (Auckland 1989)



- Samodzielnie nie, ale odpowiadam gdy chory zapyta.

Nie daję wyników badań do ręki, bo nie jestem w stanie przewidzieć reakcji pacjenta, który może zniszczyć, podrzeć dokumentację i potem jest problem z odtworzeniem.

- Dziękuję za rozmowę

□

współpraca z rodzicami.

Poświęcałam zawsze sporo czasu na rozmowę, wyjaśniałam przebieg choroby, jej następstwa i przyszły los dziecka.

Uważam, że w dużych ośrodkach leczących dzieci z trudnymi chorobami psycholog powinien prowadzić rozmowę z rodzicami i z dzieckiem. To bardzo pomaga w

wienie dziecka w szpitalu.

Dramatyczne pozbawienie rodziców praw rodzicielskich na okres leczenia dziecka w stanie zagrożenia życia jest zawsze problemem prawnym i moralnym dla pediatry.

- Czy o istocie i skutkach choroby należy informować tylko rodziców, czy również dziecko?

Art.1

Każdy pacjent ma prawo do uzyskania świadczenia zdrowotnego w zakładzie opieki zdrowotnej zgodnie z posiadanymi uprawnieniami. Rodzaj, zakres, miejsce i czas uzyskania świadczenia zdrowotnego uzależnione są od stanu zdrowia pacjenta i poziomu wiedzy medycznej.

Art.2

1. Pacjent ma prawo do uzyskania świadczenia zdrowotnego udzielanego przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe. W zakładzie opieki zdrowotnej, w którym udzielane są świadczenia zdrowotne muszą być spełnione warunki poszanowania intymności i godności osobistej.

2. Personel zakładu opieki zdrowotnej zobowiązany jest w każdym przypadku udzielić pacjentowi wyczerpującej informacji o osobach zdobywających kwalifikacje zawodowe (studenci medycyny, słuchacze szkół medycznych) uczestniczących w procesie leczenia i uzyskać jego zgodę.

Art.3

Pacjent ma prawo do informacji o stanie swojego zdrowia:

1. Każda informacja o stanie zdrowia pacjenta jest jego dobrem osobistym i jest prawnie chroniona. Pacjent ma prawo wymagać od pracowników zakładów opieki zdrowotnej zachowania tajemnicy zawodowej.

2. Informacja o stanie zdrowia pacjenta udzielana jest przez lekarza. Powinna być przekazana bezpośrednio pacjentowi w sposób zrozumiały.

3. Informacja o stanie zdrowia pacjenta do 15-go roku życia powinna być udzielona przez lekarza leczącego rodzicom lub opiekunom prawnym lub faktycznym.

4. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy ma prawo zapoznania się za pośrednictwem lekarza prowadzącego z dokumentacją medyczną dotyczącą jego stanu zdrowia.

Art.4

Pacjent ma prawo do pełnej informacji o swojej chorobie, a w szczególności o:

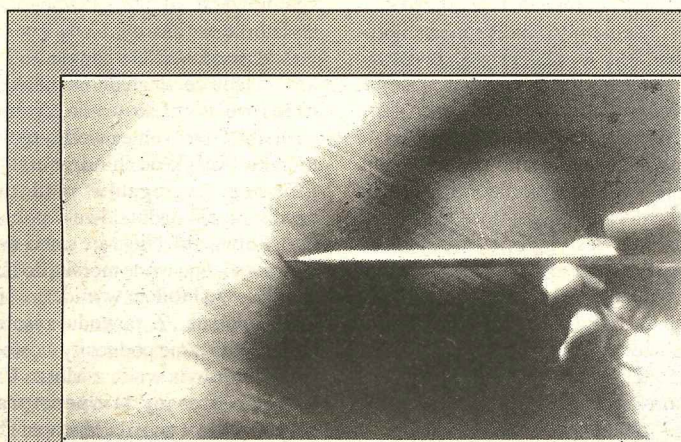
- rokowaniu i okresie trwania choroby,
- możliwych sposobach leczenia,
- ryzyku wystąpienia powikłań,
- spodziewanych korzyściach medycznych każdego świadczenia zdrowotnego.

Art.5

Pacjent ma prawo do uzyskania informacji wskazującej, gdzie może otrzymać określone świadczenie zdrowotne. Do udzielania informacji obowiązany jest Urząd Wojewódzki i Ministerstwo Zdrowia.

Art.6

1. Pacjent ma prawo wyboru lekarza i zakładu opieki zdro-



projekt ustawy

Karta Praw Pacjenta

wotnej, w którym może być leczony.

2. Pacjentowi przysługuje prawo zasięgnięcia opinii innego lekarza.

3. Pacjent ma prawo zmiany lekarza w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym jest leczony.

Art.7

Pacjent ma prawo do informacji o czasie oczekiwania na uzyskanie świadczenia zdrowotnego:

1. W przypadku bezpośredniego zagrożenia życia świadczenie zdrowotne musi być udzielone natychmiast.

2. Pacjent ma prawo do konkretnej informacji o czasie oczekiwania na uzyskanie świadczenia zdrowotnego.

3. Organy nadzorujące pracę zakładu opieki zdrowotnej zobowiązane są do określenia maksymalnego czasu oczekiwania na uzyskanie świadczenia zdrowotnego w terminie 3 miesięcy od daty uchwalenia Ustawy.

Art.8

Pacjent ma prawo do informacji o funkcjonowaniu zakładu opieki zdrowotnej w zakresie:

1. planu zakładu opieki zdrowotnej z czytelnym oznakowaniem miejsc, w których udzielane są świadczenia zdrowotne i socjalne oraz oznaczeniem miejsca otrzymania informacji szczegółowej;

2. regulaminu porządkowego szpitala w przypadku leczenia szpitalnego.

Osoby zatrudnione w zakładach opieki zdrowotnej zobowiązane są do noszenia identyfikatora zawierającego: imię i nazwisko, kwalifikacje i stanowisko pracy.

Art.9

Pacjent ma prawo do umożliwienia mu w trakcie leczenia szpitalnego:

1. kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego z osobami z zewnątrz;
2. opieki pielęgnacyjnej przez

osobą bliską lub przez inną wskazaną osobę, chyba że ww. osoby mogą zakłócić tryb udzielania świadczeń zdrowotnych innym pacjentom;

3. opieki duszpasterskiej;

4. wglądu w Kartę Praw Pacjenta;

5. koszty realizacji uprawnień wymienionych w pkt. 1, 2 i 3 nie mogą obciążać zakładu opieki zdrowotnej.

Art.10

Pacjent poprzez wyrażenie zgody lub jej odmowę ma wyłączne prawo decydowania o uzyskaniu każdego świadczenia zdrowotnego. Prawo to nie obowiązuje, bądź jest ograniczone w przypadku:

1. ratowania życia pacjenta nieprzytomnego,

2. chorób zakaźnych, wenerycznych, gruźlicy i innych wobec których istnieje przymus leczenia,

3. chorób psychicznych, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych, kiedy istnieje zagrożenie dla pacjenta lub otoczenia,

4. innych sytuacji określonych prawem.

Art.11

Pacjent ma prawo do składania skarg i wniosków oraz uzyskania na nie odpowiedzi.

1. Skargi i wnioski powinny być składane w pierwszej kolejności do Rady Nadzorczej publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub kierownika zakładu opieki zdrowotnej.

2. Skargi i wnioski mogą być składane w interesie własnym, innych osób lub interesie społecznym.

3. Odpowiedź na skargę powinna być udzielona w terminie 30 dni od daty jej złożenia.

Art.12

1. W celu ochrony praw pacjentów określonych w ustawie Karta Praw Pacjenta oraz innych przepisów prawa powołuje się Rzecznika Praw Pacjenta.

2. Rzecznika Praw Pacjenta powołuje Sejm na wniosek Komisji Zdrowia Sejmu. Kadencja Rzecznika trwa trzy lata. Ta sama osoba może być Rzecznikiem nie dłużej niż przez dwie kadencje.

3. Rzecznik może być odwołany przed upływem kadencji przez organ, który go powołał.

4. Rzecznik podejmuje działania w razie powzięcia wiadomości wskazującej na naruszenie praw pacjenta.

5. Rzecznik może prowadzić samodzielnie postępowanie wyjaśniające lub zlecić zbadanie sprawy innemu organowi administracji państwowej i samorządowej. Organ do którego zwróci się Rzecznik nie może odmówić zbadania sprawy i zobowiązany jest zawiadomić Rzecznika o dokonanych ustaleniach w terminie 30 dni. Rzecznik może zlecać sporządzanie opinii i ekspertyz przez wyspecjalizowane jednostki lub osoby posiadające stosowną wiedzę.

6. Rzecznik ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej i może żądać jej udostępnienia.

7. Po zbadaniu sprawy Rzecznik może:

1) wyjaśnić pacjentowi, że nie stwierdził naruszenia Karty Praw,

2) skierować wystąpienie do organu ścigania, jeżeli naruszenie praw pacjenta wskazuje na popełnienie przestępstwa,

3) zwrócić się do organu administracji z wnioskiem o podjęcie działań przewidzianych przepisami prawa,

4) żądać wszczęcia postępowania w sprawach cywilnych,

5) podjąć inne działania, które uzna za konieczne (inicjatywa ustawodawcza).

8. Rzecznik informuje o podjętych działaniach pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.

9. Rzecznik składa Sejmowi corocznie sprawozdanie ze swojej działalności.

10. Rzecznik wykonuje swoje zadania przy pomocy Biura, którego organizację określa Statut nadany przez Marszałka Sejmu na wniosek Rzecznika.

Art.13

Ustawa wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

Uzasadnienie

W wyniku zmieniającej się rzeczywistości prawnej, uwarunkowań gospodarczych i działania wolnego rynku podejmowane są w kraju liczne inicjatywy tworzenia zakładów opieki zdrowotnej publicznych i niepublicznych.

W związku z powyższym istnieje pilna konieczność stworzenia skutecznej formy obrony i egzekucji praw osób korzystających z usług poszerzającej się gamy zakładów opieki zdrowotnej, poprzez zapisanie ich w formie ustawy.

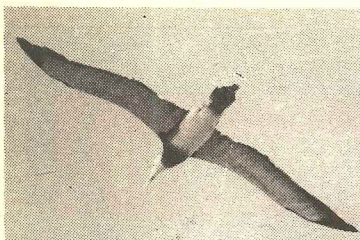
Projekt ustawy jest uporządkowaniem istniejących zapisów prawnych dotychczas rozproszonych w różnych ustawach, rozporządzeniach i zarządzeniach oraz wprowadza szereg nowych praw pacjenta niezbędnych w demokratycznym państwie.

Komisja Kształcenia DIL uprzejmie informuje, że 10 maja 1994 roku o godz. 14.00 w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej odbędzie się wykład dr n.med. Anny Orońskiej na temat: "Opieka paliatywna".

Wykład ten zapoczątkowuje cykl wykładów dla wszystkich zainteresowanych kolegów lekarzy z zakresu dziedzin interdyscyplinarnych oraz pogranicza medycyny i prawa.

Wszystkich zainteresowanych serdecznie zapraszamy do udziału w szkoleniu.

Przewodnicząca Komisji Kształcenia
Wanda Poradowska-Jeszke



W hierarchii statkowej lekarz jest usytuowany bezpośrednio po kapitanie, równolegle z pierwszym oficerem. Dowodzą tego trzy złote paski na marynarce munduru. Kapitan i pierwszy mechanik noszą po cztery. Natomiast finansowo moje pobory odpowiadały poborom drugiego oficera. Podstawowa pensja nie była wysoka, ale w momencie zamustrowania dochodził dodatek okrętowy, różny dla różnych stref pływania. W sumie pobory wynosiły w przybliżeniu trzykrotną wartość ówczesnej średniej krajowej. Do tego dochodził dodatek dewizowy, wypłacany od momentu przekroczenia granicy polskich wód terytorialnych, a wynoszący przy końcu mojego pływania, to jest w czerwcu 1982 r. nieco ponad trzy dolary dziennie. Jeżeli statek przebywał w akwenie, gdzie były działania wojenne, wypłacano dodatek wojenny, wynoszący 50% zasadniczej pensji. Otrzymywałem go w Vietnamie.

Praca lekarza, tak jak i reszty załogi, trwała non stop przez cały rejs. Za przepracowane wolne soboty, niedziele i święta otrzymywało się wolne dni. Po każdym sześciomiesięcznym rejsie nabierało się ich kilkanaście, dołączone potem były do urlopu. O ile jednak urlopu nie wolno było przerywać, wolnymi dniami armator mógł manipulować w sposób dowolny, oczywiście korzystny dla siebie. Wolne dni po poszczególnych rejsach można było sumować tak, że np. po czterech sześciomiesięcznych rejsach szło się na 7-9 miesięcy wolnego. Czasami armator proponował wykupienie wolnych dni, ale tego nie praktykowałem. Lekarze pływali jedynie na liniach dalekomorskich w strefie III i IV pływania. Rejsy zawsze trwały powyżej trzech miesięcy. Ilość lekarzy na polskich statkach znacznie nasiliła się po zamknięciu Kanału Sueskiego, w następstwie przegranej przez Egipt wojny z Izraelem w 1956 roku.

Można by zadać pytanie: czy lekarze są potrzebni na towarowych statkach? Jednoznaczna odpowiedź jest trudna. Masowo zatrudniały lekarzy tylko kraje demokracji ludowej, aczkolwiek sporadycznie bywali lekarze i na statkach bogatych krajów kapitalistycznych. Wyjątek stanowią statki pasażerskie, bo na nich jest zawsze kilku lekarzy. Wg mnie spełnili oni swoją rolę. Nie tylko leczyli, zapobiegali i załatwiali szereg spraw ściśle związanych ze zdrowotnością załogi w sposób fachowy, ale także stanowili pewne "zabezpieczenie" pod względem psychologicznym. Świadomość, że jest na statku ktoś, na kim można polegać, otrzymać rzetelną i wiarygodną pomoc, wpływało korzystnie na psychikę załogi. Lekarza nigdy nie zastąpi nawet najlepiej przeszkolony II oficer czy kapitan. Wśród marynarzy także trafiają się słabeusze, jednostki mało odporne na stresy, hipochondrycy; tym lekarze byli potrzebni. Kapitanowie lubili mieć lekarza na pokładzie. Byłem świadkiem jak jeden z kapitanów awanturował się w dyrekcji PLO, bo kazano mu płynąć do Australii bez lekarza.

A armator? Ten miał ewidentną i wymierną korzyść finansową z obecności lekarza na pokładzie. Kontrola wydatków na leczenie, konsultacje, badania pomocnicze, kontrola zakupów leków i materiałów opatrunkowych, przysparzała armatorowi

tysiące dolarów oszczędności. I między bajki należy włożyć tezę, że chodziło wyłącznie o dobro człowieka, którym tak często szermowano w przeszłości. W końcowym okresie mojej pracy utrzymanie lekarza na statku za sześciomiesięczny rejs wynosiło w przybliżeniu: 500 dolarów około 50-70 tys. złotych oraz jedzenie i hotel, kosztów czego nie potrafię określić. A oszczędności dolarowe to kilkadziesiąt tysięcy dolarów. Oplaciło się więc zatrudniać lekarzy na statkach!

Rytm dnia na statku wyznaczały posiłki. Śniadanie dla idących na wachtę podawano o siódmej trzydziści a dla pozostałych o ósmej. Obiad podobnie - jedenastej trzydziści i dwunastej, podwieczorek o piętnastej, zaś kolację w morzu o siedemnastej trzydziści a w czasie postoju w porcie o siedemnastej. Dla pracujących na nocnych wachtach podawano jeszcze nocne porcje. Wyżywienie było bardzo obfite, kaloryczne i bardzo urozmaicone. Jeżeli jeszcze trafił się dobry kucharz, to był raj dla ust, ale ruina dla wątroby.

Przeciętny dzienny jadłospis wyglądał następująco: na śniadanie zupa mleczna, dowolna ilość jaj dowolnie przyrządzonych, obiad trzydaniowy z mięsem i owoc, podwieczorek to wędlina, ser lub kakao z ciastem a na kolację zawsze danie gorące. Niedziela tym różniła się od dnia powszedniego, że na śniadanie były parówki lub kiełbaski bosmańskie a na obiad drób. Zestawy, unormowane przepisami były czasami dla mnie dziwne: np. galaretką z nożek z odsmażanymi ziemniakami! Od momentu wejścia w strefę tropikalną do obiadu podawano szklankę dość podłego wina produkowanego przez Zakład Produkcji Leśnej nie Drzewnej gdzieś tam. Kto nie pijał wina, dostawał ekwiwalent pieniężny. W tropiku dawano ogółem trzy owoce i zwiększone ilości soków i kompotów. Na m/s Leleweł trafiło nam się, że drugi kucharz był rzeźnikiem a pomocnik cukiernikiem. Obaj prześcigali się w pomysłach. Takie kaszanki, wątrobianki, pasztetówki, różne salcesony, tatarskie jadałem jedynie przed wojną. Podobnie z ciastami, o których jednak nie mogę się wypowiedzieć autorytatywnie, bo nie jestem ich amatorem. Proszę sobie wyobrazić jak ponuro przedstawiała się mięsna rzeczywistość po powrocie do kraju. Produkty żywnościowe, jak już zaznaczyłem, zawsze były najwyższej jakości i pochodziły z gdyńskiej "Baltony". Po drodze, w różnych portach, musieliśmy uzupełniać produkty żywnościowe, przede wszystkim warzywa. Staraliśmy się je kupować w miarę możliwości w miejscach, gdzie nie występowała czerwona pełzakowa. Jeżeli już musieliśmy je kupić na przykład w Wietnamie, to warzywa były dokładnie gotowane lub moczone w roztworze Kalium permanganicum odpowiedni czas. Nie przywoziłem do kraju ani jednej czerwonej pełzakowej, co zdarzało się kolegom. Na niektórych statkach był zwyczaj odsiadania po obiedzie w messie, więc i mnie nie wypadało odchodzić. Toczyły się wtedy nawet ciekawe dyskusje o statkach, żegludze, morskich przygodach itd., omawiano wiele kwestii dotyczących statku i rejsu. Zyskałem w ten sposób wiele wiadomości, które mi się przydały dziś, gdy piszę te wspomnienia. Niestety - przepadały poobiednie drzemki.

Jeżeli już jestem przy żywności to wspomnę o wodzie, która jest rzeczą niesłychanie ważną na statku, tak ze względu na specyfikę tego szczególnego zakładu pracy jak i na tropik. Z portu polskiego zabierało się w podróż od 50 do 100 ton wody pitnej. Mieściła się ona w specjalnych wybe-

tonowanych tankach, które przed każdym rejsem były czyszczone i chlorowane. Był to tak zwany pierwszy obieg wody. (Obowiązywał absolutny zakaz picia wody surowej!!). Drugi obieg to woda sanitarna przeznaczona do zmywania naczyń, mycia i kąpieli, prania, splukiwania klozetów itd. Na ogół wszystkie statki posiadały destylatornie wody morskiej do uzupełniania wody sanitarnej. Wydajność takiego urządzenia wynosiła kilkanaście ton wody na dobę, a więc tyle, ile w tym czasie zużywał statek. Do wytwarzania destylatu wykorzystywano temperaturę gazów

Ryszard Klas

spalinowych silnika głównego. Destylatorkę wolno było włączyć, gdy statek znajdował się co najmniej 200 km od lądu ze względu na niebezpieczeństwo zainfekowania drobnoustrojami. I trzeci obieg wodny to woda morską. Służyła do chłodzenia silnika głównego, agregatów prądotwórczych, mycia nadbudówek, pokładu, burt, kotwic itd. Niektóre statki miały doprowadzoną wodę morską do łazienek. Bardzo lubiłem wymoczyć się w takiej wodzie. Z powodu zasolenia nogi ustawicznie podnosiły się do góry! Jeśli to była woda z Morza Czerwonego, to jej temperatura w przybliżeniu wynosiła 35 stopni C. Po kąpieli trzeba się było koniecznie opłukać słodką wodą, aby na ciele nie wytworzył się "szron" z morskiej soli.

Potrąfiło też poszczypać w oczy. A w ogóle wszystkie płaszczyzny zewnętrzne i w mniejszym stopniu wewnętrzne, były pokryte solnym szronem. Dodam jeszcze, że prawie zawsze w tropiku mieliśmy na pokładzie płynącą z hydrantu wodę morską oraz brezentowy basenik. Można więc się było kąpać do woli. Niektóre statki miały baseny z prawdziwego zdarzenia, zresztą nie bardzo przydatne ze względu na fale.

Pościel i ręczniki dostarczał statek już wyprane. Bieliznę osobistą prało się samemu. Na statku była pralnia z kilkoma pralkami, były także wirówki i żelazka. Ja wypracowałem sobie własną metodę prania. Polegała ona na tym, że do wanny napuszczałem ciepłej wody, wsypywałem pro-

Obrazki z

ze wspomnień lekarza statkowego



India - Madras, luty 1969 r. Świątynia hinduska, fot. autor

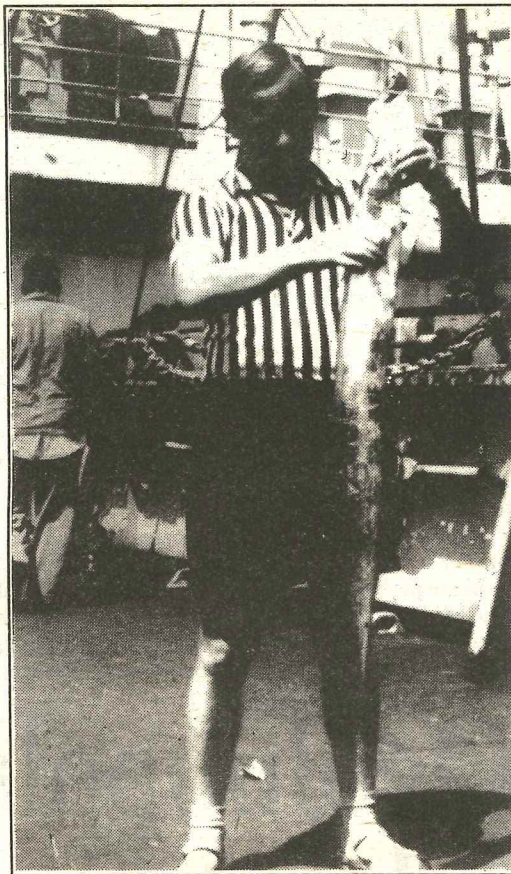
szek, wrzucałem bieliznę, a prał sam statek kiwając się. Po kilku godzinach wszystko było doskonale wyprane i nie zniszczone. Tak samo płukałem. Środki czystości dostawaliśmy w dużych ilościach.

Życie na statku, gdy się żeglowało płynęło na ogół cicho, spokojnie i bardzo systematycznie. Chyba że trafił się sztorm. W czasie swojego, prawie jedenastoletniego pływania, przeszedłem ich wiele. Z pierwszym zetknięciem się w inauguracyjnym rejsie, poniżej południowej Afryki.

Co odczuwa się w czasie sztormu? Pierwszy raz trochę się bałem, gdy wicher zaczął zrywać ładunki z pokładu, mimo że były dobrze przymocowane stalowymi linami. Prawie nie widać morza. Jest zakryty białym,

sztormie statek wygląda fatalnie i trzeba kilku dni pracy, aby go doprowadzić do porządku. Raz w ambulatorium niedbale zamknięta szafa z lekami otworzyła się, a zawartość wysypała. Miałem dużo roboty, aby to wszystko pozbić. Najgorsze były noce - nie było mowy, aby zmrznąć oko. Żeby nie wypaść z koi, wsadzałem jedną nogę pod materac lub zawiązałem się w koc i kładłem na podłodze. Wtedy przynajmniej rozbiłem się umiarkowanie. Nigdy nie cierpiałem na chorobę morską choć wielu nawet doświadczonych marynarzy chorowało na nią. Kiedyś, jeden ze stewardów, starczy już pan tak mi powiedział:

- Pan to jest taki dziwny doktor. Sztorm a pan chodzi i je.



podróży

cz. II

wodnym pyłem ze zrywanych przez wicher czubków fal. Wygląda to raczej na śnieżną zadymkę. Huk wiatru jest tak silny, że trudno się porozumieć. Tak jakby obok pędził pośpieszny pociąg. Oczywiście wyjście na pokład jest niemożliwe - w okamgnieniu byłoby się zmiecionym do oceanu na niechybną śmierć. Wszystkie wodoszczelne drzwi muszą być pozamykane a statek "sztormuje", czyli bardzo wolno płynie a raczej stoi dziobem pod wiatr i pod falę. Pilnie przestrzega się, aby nie stanąć bokiem do fali, bo statek może się przewrócić. Kiwanie statku jest umiarkowane. Raczaj mocno buja fala posztormowa, zwana inaczej martwą falą. Kiedyś płynęliśmy przez dwa tygodnie po takiej fali, do Afryki do Cieśniny Malakka. Wybujało nas wtedy solidnie. Statek kiwa się na boki lub rufa-dziób, czasami i jedno i drugie razem. Przechyły dochodzą do 30 stopni, czasami więcej. Przy 30 stopniach już nie można utrzymać się na nogach. Po

- A co powinienem robić - zapytałem?

- Leżeć w łóżku. - Odpowiedział. - Wszyscy lekarze jakich znałem, w czasie sztormu leżeli w łóżkach.

Messy w czasie sztormu raczej świeciły pustkami.

Co robiłem na statku płynącym przez kilka tygodni bez widoku lądu? Podstawowym zajęciem było czytanie. Mielśmy dość liczny zestaw książek, które po rejsie wymieniano się na nowy. (Przy złośliwości losu można było trafić na innym statku na ten sam). W każdym porcie czekały na nas paczki z gazetami i czasopismami - funda armatora. Wprawdzie docierały do nas z co najmniej miesięcznym opóźnieniem, ale na bezrybiu irakryba. Bardzo ciekawym zajęciem była obserwacja fauny morskiej, przede wszystkim delfinów. Najczęściej obserwowaliśmy je w okolicy północnego szelfu afrykańskiego. Ich igraszki były wspaniałe. Wyskakiwanie z wody, ściganie się ze statkiem, okrą-

żanie, jakby zabawa w berka. W okolicy przylądka Dobrej Nadziei spotykaliśmy stada fok, które przyplwały tu z zimnego południa, chyba aby się ogrzać. Wylegując się w wodzie, niechętnie ustępowały miejsca statkowi. Podnosząc łebki przyglądały się bez bojaźni temu dziwnemu, dymiącemu i dudniącemu stworowi. W tym samym miejscu, przez kilka dni, towarzyszyły statkowi wspaniałe albatrosy. Te majestatyczne ptaki o rozpiętości skrzydeł dochodzących do trzech metrów, unoszone prądami powietrza, wolniotko leciały tuż przy burcie statku, zaglądając ciekawie do sterówki. Spotykaliśmy także żółwie i węże morskie, ślimaczki-żegłowniczki płynące z wiatrem w nieznaną no i oczywiście latające ryby, które zbierałem często rano, patroszyłem i smażyłem. W smaku były podobne do smażonych śledzi. Czasami widzieliśmy miejsca, gdzie niespodziewanie burzyła się gwałtownie woda. Musiały się tam odbywać jakieś morskie

wywali z towarzyszeniem gitary czy innego instrumentu. No i gadaliśmy o wszystkim, o każdej porze dnia i nocy, dosłownie wszędzie. Opowiadało się dowcipy, ale ich zasób wyczerpywał się niestety bardzo szybko. Na jednym ze statków umówiliśmy się, że jeśli ktoś zacznie opowiadać dowcipy, które już były opowiadane, pukało się w cokolwiek. Przy końcu rejsu, gdy tylko człowiek otworzył usta, zewsząd rozlegały się ostrzegawcze pukania.

Z pasażerami nie miałem na ogół kłopotów zdrowotnych, chyba że chodziło o aviomin lub o coś mocniejszego. Jako mający najwięcej wolnego czasu i notoryczny "kaowiec" na sugestie kapitanów, musiałem zajmować się pasażerami, wyjaśniać to i owo, instruować w różnych sytuacjach, chodzić z nimi do miasta, pomagać w zwiedzaniu i zakupach, pilnować, aby się nie pogubili i aby na czas byli na statku, no i ogólnie mówiąc być do dyspozycji pasażerów. Szczególnie należało pilnować pań, bo na widok sklepowych wystaw dostawały oczopląsu, drgawek, traciły poczucie rzeczywistości, wpadały w przygnębienie, nostalgię itd. Jeden z pasażerów wciskał mi nawet pieniądze jako zabezpieczenie przed zakusami żony na zakupy. "Panu to ona nie zabierze, bo się będzie wstydzić", tłumaczył się. Ta opieka nad pasażerami była trochę uciążliwa, ale jednocześnie pożyteczna, bo umożliwiała wychodzenie do miasta w godzinach służbowych. No i programy wycieczek mogłem układać także z pożytkiem dla siebie. Często także

bywałem w obcych portach opiekunem specjalnych pasażerek, jakimi były kapitańskie małżonki. Kiedyś jedna z nich przyszła do mnie z prośbą abym z nią pojechał do miasta. Było to w Hamburgu, gdzie dojazd do miasta był skomplikowany. Odpowiedziałem, że bardzo chętnie tylko, żeby mi u męża załatwiła zezwolenie na zejście ze statku przed południem. "Też coś!" - Wykrzyknęła! - "To on u mnie musi załatwiać a nie ja u niego!" Ale ja nie, pomyślałem, ale nic nie powiedziałem. Zakupy były udane, tylko mnie mocno bolały nogi. A w ogóle kapitanowie na statkach to nieźła rzecz. Bywało wtedy więcej spotkań towarzyskich, wycieczek, płynęliśmy bliżej miast i lądu, w drodze powrotnej było więcej ciekawych portów. A i kapitanowie byli jakby trochę cichsi. Mielśmy raz pasażerów na gapę. Byli to murzyni którzy wybrali się do Polski. Ubrani byli jak w Afryce, a w Polsce był wtedy akurat środek zimy. Wysadziliśmy ich gdzieś po drodze na pustym wybrzeżu. Porty nie chcą przyjmować statków ze ślepymi pasażerami.

Chciałem jeszcze dodać parę słów o zmorze, jaka gnębi pływających marynarzy. Jest nią mgła. Byłem kilkakrotnie w takiej sytuacji i muszę powiedzieć, że nie czułem się najlepiej. Widoczności właściwie nie ma żadnej, czasami nie można dojrzeć nawet najbliższego masztu nie mówiąc o dziobie. Wszystko jest mokre, po ścianach i szybach spływa woda, w gardle i płucach też czuje się wodę. W takiej sytuacji statek powinien się zatrzymać, ale nie wszyscy kapitanowie postępują rozsądnie. Szczególnie dramatycznie wygląda to na małych, ciasnych akwenach np. w Kanale Angielskim. Statek stoi, co chwila rozlega się mgłowy buczek na zmianę z dzwonem z dziobu. Wokół statku słyszy się podobne głosy, tylko nie wiadomo z jakiej strony i z jak daleka. Czasami zamajaczy jakby cień statku, ale trudno powiedzieć czy to naprawdę statek czy wytwór bujnej wyobraźni, spotęgowanej strachem. Najczęściej spotykaliśmy mgły w okolicach Anglii, Holandii, Belgii, Francji, Portugalii, Korei, Pn. Chinach. Raz widziałem, zresztą niezbyt gęstą mgłę w okolicach równika...

Ogółem pływałem na czterestu statkach, przepływając około 500.000 mil morskich.

cdn.

Zastyszane, spamiętane

Profesorowie w anegdocie

Zbigniew Domostawski

Okres powojenny nie sprzyjał anegdotce. Profesorowie byli otoczeni wielkim szacunkiem, rzadko coś "przeciekało". A oto co zachowało się w mojej pamięci sprzed bez mała pół wieku.

Prof. Teofil Zaleski (1872-1953) nestor polskiej laryngologii, miał swoje ulubione pytania egzaminacyjne, wokół których jeszcze we Lwowie krążyły anegdoty. Często pytał o ciała obce w uchu.

- Otóż panie profesorze na wsi mogą być zboża.

- Jakże pan zna zboża?

- Zyto, pszenica - pada odpowiedź.

- A jakie jeszcze?

- Może być fasola, groch.

- Niedostatecznie (oczywiście było to bez wpisywania do indeksu, jedynie miało miejsce tzw.

"odstawianie"). Proszę przyjść nie wcześniej jak za miesiąc, a tymczasem dobrze radzę porządnie o zbożach poczytać.

Prof. Antoni Falkiewicz (1901-1977) sławny internista, znany był z długich wizyt i z przepytывania asystentów i uczestników wizyty. Na zakończenie pobytu pacjenta w wieku około 20 lat, po wykonaniu dużej ilości badań zapytuje:

- Diagnosis nostra?

Padają określenia: nerwica, wada serca ukryta, i inne.

- Ja bym napisał tak: zdolny do służby liniowej w ciężkiej artylerii.

Prof. Edward Szczeklik (1898-1985) równie sławny internista poproszony na konsultację do jednego z oddziałów, po zbadaniu chorej zasiadł w gabinecie, ażeby omówić niedzienny przypadek.

- To jest proszę kolegów sepsis coli baci Llosa. Miałem podobny przypadek przed wojną w Krakowie.

Kto wie jak to się skończyło?

Padają odpowiedzi: zgon, marskość wątroby, krwawienia z żylaków przełyku.

- Ale skąd - odpowiada profesor z uśmiechem. - Ostatecznie chora wyszła za mąż za lekarza oddziałowego.

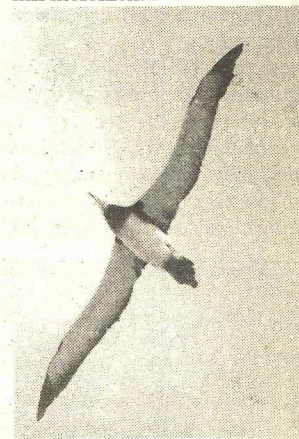
Jeden z pierwszych chirurgów w wyzwolonym Wrocławiu...

Przybył do Wrocławia 12 maja 1945 roku z nominacją na dyrektora Szpitala Wszystkich Świętych (dziś: im. Babińskiego). Wkrótce został też dyrektorem Szpitala św. Jerzego (dziś: im. Rydygiera), w którym już jako ordynator oddziału chirurgicznego przepracował 30 lat, zyskując sobie opinię świetnego fachowca i niezwykle życzliwego pacjentom lekarza.

W tym roku doktor Witold Adamek obchodzi swoje 90 urodziny.

Z tej okazji pogody ducha, radości życia i długich lat w zdrowiu życzy Panu Doktorowi

Redakcja "Biuletynu"





Okręgowych izb lekarskich jest w Polsce 23 - i tyle samo chyba biuletynów samorządowych. O ich tematyce, graficznej szacie, składzie redakcji, nakładzie i formie kolportażu decyduje oddzielnie każda izba.

Zorganizowane we Wrocławiu 9 kwietnia spotkanie wszystkich reda-

Katarzyna Ziembowska

"Medicus"). W skład redakcji wchodzi lekarze - od jednej do kilkunastu osób (warszawski "Puls", katowicki "Medicus"), zawodowi dziennikarze (lubelski "Medicus"), w kilku pismach redakcje tworzą lekarze i inne zatrudnione osoby ("Biuletyn DIL").

We wszystkich pismach można

dejmujące aktualne problemy służby zdrowia, wspomnienia, wkładki naukowe, teksty literackie, ogłoszenia i reklamy, zdjęcia. Różnica polega na rozłożeniu akcentów, regularnym podejmowaniu danych tematów w stałych rubrykach lub tylko sporadycznie. Można więc mówić o biuletynach raczej informacyjnych, samorządowych, literackich, aktualnych. Tylko nieliczne pisma (lubelski "Medicus", "Biuletyn DIL") płać honoraria autorskie za teksty, "Medicus"



W spotkaniu redakcji uczestniczył prezes NIL Krzysztof Madej, z zainteresowaniem śledząc poszczególne etapy cyklu produkcyjnego "Biuletynu"

czytność tego typu tekstów, poza tym jest wiele innych specjalistycznych pism medycznych, w których można je znaleźć, z tych względów niektóre redakcje zrezygnowały z wkładek lub zamierzają to zrobić.

Na barwne okładki, biały, dobrej jakości papier i kolorowe zdjęcia w biuletynie nie każda izba może sobie pozwolić. Spośród pism zbliżonych najczęściej formatem, objętością i

blemami. Nie zabrali głosu również zaproszeni dziennikarze (spośród nich przybyli jedynie J. Banaś z "Gazety Wyborczej" i E. Krupczyńska ze "Służby Zdrowia").

Kilkakrotnie w toku dyskusji



Ogólnopolskie spotkanie redakcji



kcji biuletynów dało po raz pierwszy możliwość poznania się, wymiany doświadczeń, dyskusji i ... wspólnej zabawy. Organizatorzy spotkania - a byli nimi dr Włodzisław Bednorz, dr Andrzej Wojnar, biuro DIL i kierownik klubu - przygotowali atrakcyjny program, który obejmował m.in. pokaz działania poczty elektronicznej, spotkanie w medycznym wydawnictwie Urban & Partner oraz kolację w Spizu, na którą uczestnicy spotkania zostali zaproszeni przez sponsorów spotkania. Tadeusz Łączyński, dyrektor Norpol-Pressu pokazał wszystkim wydawnictwo i drukarnię, w których wykonuje się opracowanie graficzne (M. Dudzik), skład komputerowy i druk "Biuletynu DIL".

Wystawa wszystkich pism samorządowych, zorganizowana w holu klubu najlepiej chyba uwidoczniła, jak bardzo się one różnią. Zbyt dużo miejsca zajęłoby omówienie każdego z osobna, ograniczę się więc do skrótego przeglądu.

Większość biuletynów ukazuje się regularnie: co miesiąc, co dwa miesiące lub raz na kwartał. Wysyłane są bezpłatnie do wszystkich lekarzy danej izby, niekiedy trafiają do czytelników za pośrednictwem zakładów opieki zdrowotnej (lubelski



Redakcja "Panaceum" na miejsce kolejnego zjazdu wspólnie zaproponowała tódl

znaleźć teksty samorządowe, związane z działalnością izb (sprawozdania z posiedzeń okręgowych rad i prezydentów, informacje komisji, uchwały itp.), wywiady z lekarzami, teksty po-

również za zdjęcia. W paru biuletynach regularnie ukazują się wkładki naukowe. W rozmowie, jaka się na ten temat wywiązała, zwracano uwagę, że trudno ocenić przydatność i po-

szatą graficzną do magazynów wyróżniał się zdecydowanie inną formułą nasz "Biuletyn".

Niestety, nie wszyscy zdążyli się przedstawić i podzielić swoimi pro-

przewinął się problem zależności i niezależności izbowych periodyków.

Zaproponowano, aby opracować statut redaktora biuletynu okręgowej izby lekarskiej. Krótka dyskusja nie zakończyła się wnioskami. Według dr Bożeny Pietrzykowskiej redaktorki biuletynów powinni zrzec się w stowarzyszeniu dziennikarzy. Przyjęto wniosek, aby obowiązywała milcząca zgoda na przedrukowywanie tekstów z izbowych pism. W. Bednorz podał myśl zorganizowania sieci terenowych korespondentów "Gazety Lekarskiej".

Modemowa sieć komputerowa, która wkrótce zacznie funkcjonować na terenie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, a po skomputeryzowaniu wszystkich izb okręgowych i powstaniu centralnej sieci obejmie cały kraj, stworzy nowe możliwości szybszego i tańszego przepływu informacji. Plany na przyszłość to elektroniczna, ogólnopolska gazeta samorządowa i serwis informacyjny, do których będzie miał dostęp każdy lekarz posiadający w domu komputer.

Spotkanie upłynęło w miłej atmosferze, przy toastach w Spizu zebrani życzyli sobie, aby w tym samym gronie za jakiś czas spotkać się ponownie, być może tym razem w Łodzi?



"Gazetę Lekarską" reprezentowały Renata Popkowicz-Tajcher i Ewa Gwiazdowicz



Przedstawiciele wydawnictwa "Urban & Partner" zaprosili redaktorów na promocję swoich najnowszych propozycji

Prace
Jacka Cieżkowicza
można obejrzeć
w siedzibie DIL,
ul. Matejki 6,
do 15 maja 1994 roku.

Wystawę miał otworzyć krótki odczyt na temat sztuki i pieniądza. Autor stwierdził jednak, że wewnętrzna cenzura nie pozwala mu na publiczne wygłoszenie takiego odczytu, aby nie obrazić tych, którzy zajmują się sztuką ani tych, którzy mają pieniądze.

Jacek Cieżkowicz, specjalista chirurg klatki piersiowej, przywitał więc swych gości słowami amerykańskiego malarza, Andyego Warhola:

"Pusta przestrzeń to przestrzeń nigdy nie zepsuta.

Przestrzeń zepsuta to jakakolwiek przestrzeń, wypełniona dziełami sztuki. Artysta to człowiek, który produkuje rzeczy innym ludziom zupełnie niepotrzebne, jednak z pewnych powodów uważa za pożądane je im wcisnąć. Sztuka prowadzenia interesów jest o wiele bardziej interesująca niż sztuka kreowania sztuki, ponieważ sztuka kreowania sztuki, w przeciwieństwie do sztuki prowadzenia interesów, nie potrafi zarobić na przestrzeń, którą zajmuje".

Różnymi formami wizualnymi interesowałem się od dziecka. Ponieważ jednak zawsze stawiałem opór przy próbach przygotowania teoretycznego, w szkole miewałem problemy z nauczycielkami plastyki. Nigdy nie poddawałem się sugestiom czy nakazom, że coś trzeba zrobić, namalować w określony sposób.

Mistrzów mam, ale głębokich i ukrytych. Staram się, by moja twórczość miała wydźwięk bardzo indywidualny. Dlatego odrzucam propozycje zbiorowych wystaw. Uważam, że takich rzeczy, jakie ja robię, nie powinno się mieszać z innymi produktami artystycznymi.

Działalność plastyczna stanowi

bardzo istotny element mojego samorozwoju, duchowego doskonalenia. Tego nie daje mi ani medycyna (w której staram się jak mogę, chociaż w sumie uważam, że nie jestem specjalnie rewelacyjnym lekarzem) ani auta, stare samochody, stanowiące kolejne, kosztowne, niestety, hobby.

Zdaję sobie sprawę, że nie mógłbym stać się zawodowym plastykiem. Nie umiem uprawiać sztuki użytkowej, robić czegoś "z okazji", realizować zamówień.

Moje malarstwo i grafika...

Interesuje mnie zmieszanie realnych wrażeń w konkretnym produkcie artystycznym z marzeniami, snem, elementami wizyjnymi. W efekcie tworzę nową uczuciową jakość.

Do tego dobieram barwę, kształt, formę.

Niedawno udało mi się wydać kalendarz. W założeniu: bez dat. Tylko grafika, nazwa miesiąca i... pusta przestrzeń, do dowolnego wykorzystania. Ale na taką myślową abstrakcję nie mogłem zdobyć pieniędzy. Dopiero gdy podłączyłem to pod rok 1994, przypadkowo zdobyłem sponsora, trochę dziwnego, zupełnie nie-medycznego: firmę "Arsanit" i kalendarz ukazał się w druku, co uważam za swój niemały sukces.

Prezentowane na tej wystawie prace pochodzą z ostatniego, trudnego dla mnie okresu.

Po dość poważnym wypadku byłem długo unieruchomiony w łóżku. Kiedyś myślałem, że gdyby zdarzyła mi się taka przerwa w życiu zawodowym to namalowałbym przez ten czas bardzo dużo wspaniałych obrazów. Tak się jednak wcale nie stało. Zdo-

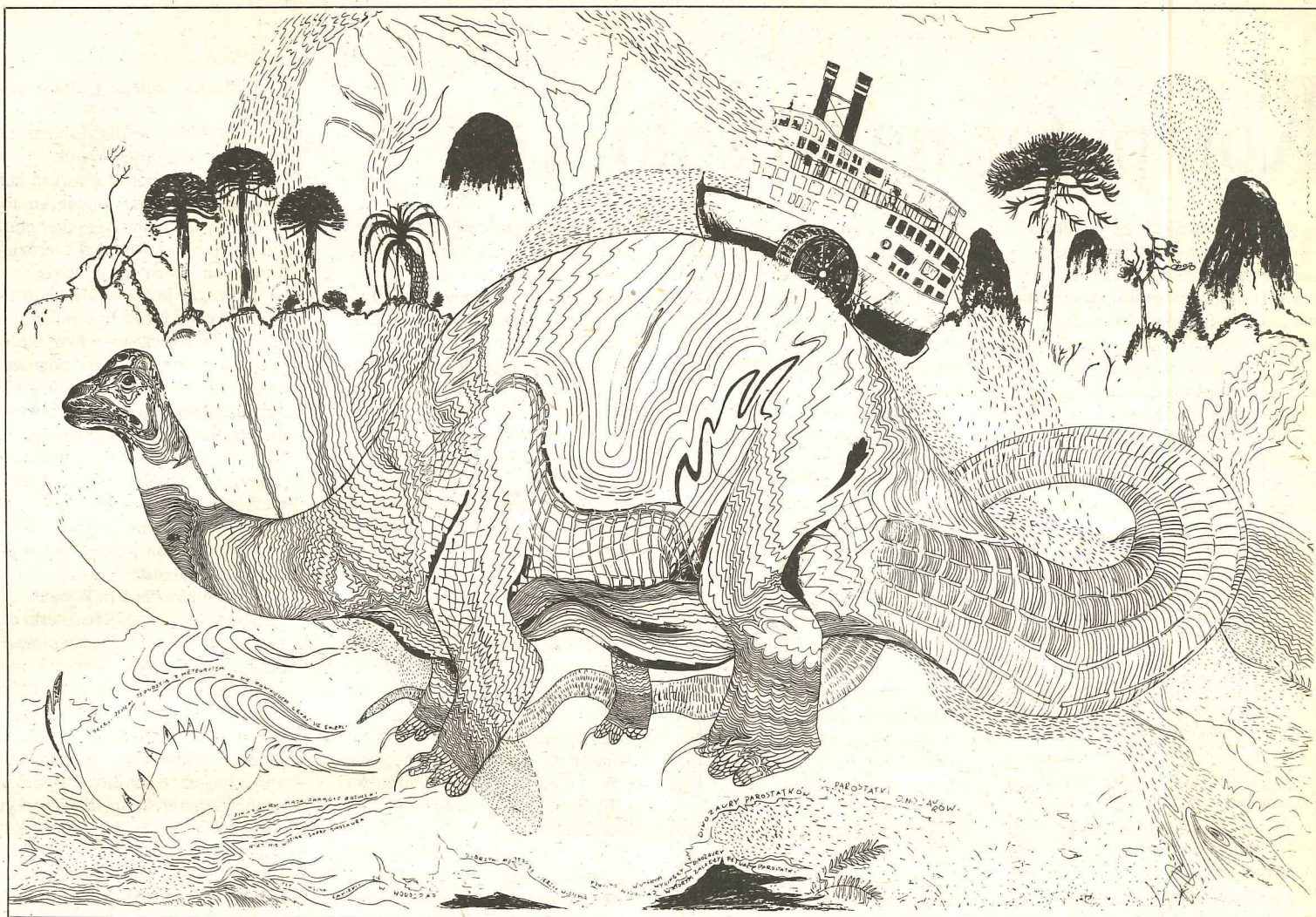
minowałem mnie tryb życia człowieka po kontuzji i przez 4 miesiące nic nie namalowałem.

Miałem pomysły, koncepcje rozmaite, ale produkt był żaden.

A tak już jest, że gdy maluję mało, jest mi ciężiej. Tworzenie akwreli czy grafik wiąże się po prostu z ogromną radością.

Ten okres udało mi się już przełamać. Trochę dzięki pomysłowi tej wystawy. Dla niej powstała m.in. akwarela, którą skończyłem w ciągu 2 nocy, a to mój życiowy rekord.

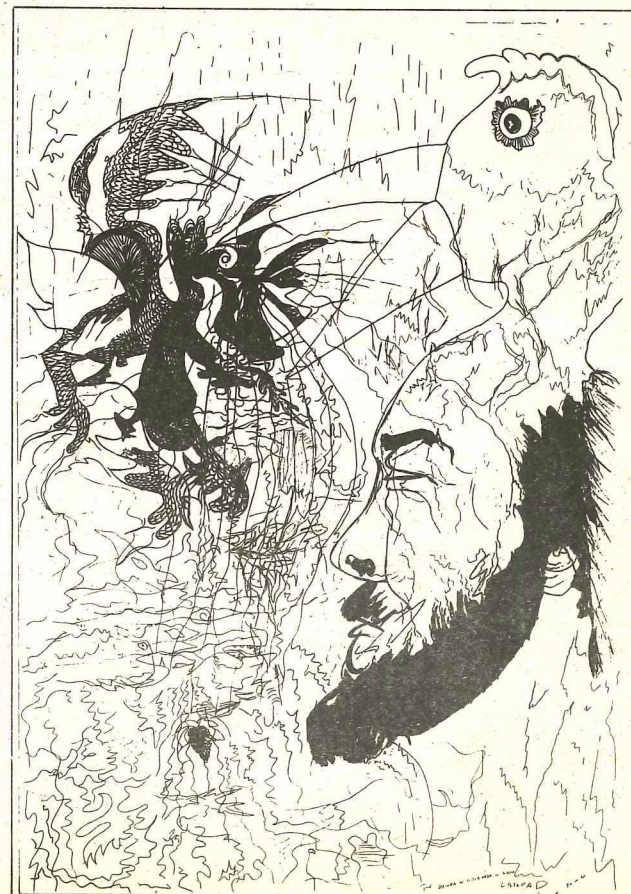
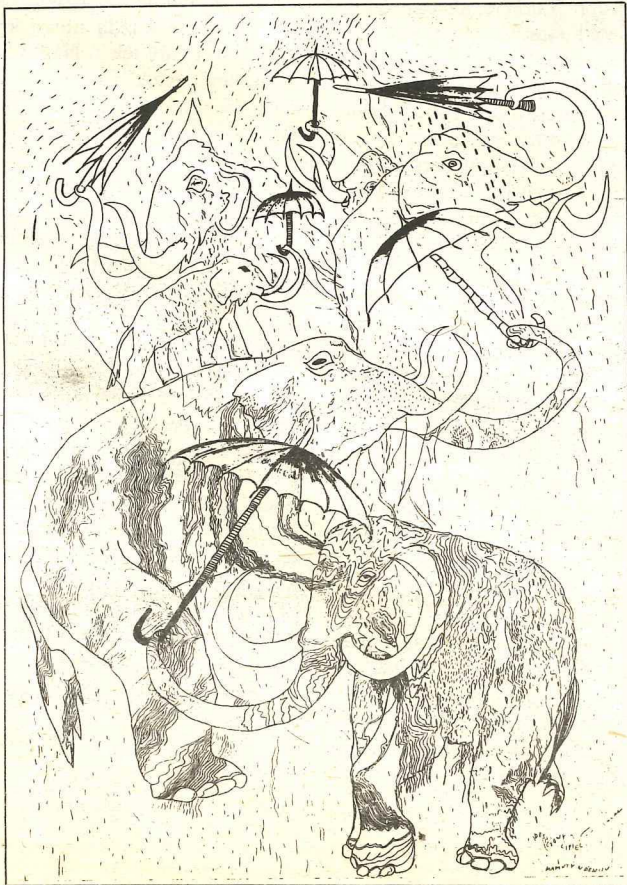
zaintrowała
Katarzyna Pocięjkin



Jacek Cieżkowicz: Malowanie - poszukiwanie radości

mini wystawa

POPODORMICUM



KOMPUTER W MEDYCYNIE

Komputer na wesoło

Robić wrażenie, że się jest ekspertem w dziedzinie komputerów - to najłatwiejsza rzecz na świecie: wystarczy omijać wszystkie zwykłe słowa prócz spójników i kilku fachowo brzmiących terminów, takich jak: "konfiguracja" czy "system", a na ich miejsce wprowadzić parę zbitek cyfr i liter, przeplatając je odpowiednio brzmiącymi określeniami.

Wystarczy także przestrzegać SZZKB czyli Siedmiu Złotych Zasad Komputerowego Błefu. Oto One:

1. Unik: Dziś jestem ekspertem od DOS-u.

Zawsze należy być ekspertem od innego systemu niż rozmówca. Mimo że komputery z zewnątrz wyglądają podobnie, jedyną wspólną cechą ich wnętrza jest to, że działają na prąd. Jedną z podstawowych cech różnicujących jest system operacyjny - rzecz tak zagmatwana, że nikomu nie przyjdzie nawet do głowy pytać o szczegóły. Wystarczy powiedzieć ekspertowi od UNIX-a, że pracujesz z MS-DOS lub odwrotnie. Możesz nawet wymyślić nazwę swojego własnego systemu operacyjnego. Dobrze jest w niej umieścić na końcu skrót DOS (co oznacza czytane wstecz: System Operacyjny Dysku). W żadnym razie natomiast nie powinienes wspominać, że używasz kasyety magnetofonowej. Jest to nieomylny znak, że posiadasz jeszcze Spectrum, Commodore albo Atari. Nie mów też, że twój system nazywa się DOS PASSOS, bo choć informatycy rzadko bywają czytani, możesz akurat trafić na wyjątek.

2. Riposta: To wy używacie takich staroci!

Należy krzywić się z niesmakiem usłyszawszy, że rozmówca używa innego komputera niż ty. Jeżeli mówi, że jest to maszyna 8-bitowa, od razu powiedz, że używasz 16-bitowej. Jeżeli zagra 16-bitowym, odpowiedź 32-bitowym. Nieważne, czym właściwie różnią się komputery 8, 16 i 32-bitowe. Tego prawie nikt nie wie. Wystarczy przyjąć ogólne założenie, że 16-bitowy jest dwa razy lepszy od 8-bitowego i tak dalej.

3. Wybieg: Tym sobie bym nie zawracał głowy

Nie należy nigdy mówić, że używa się komputera do jakichś praktycznych celów. Nie należy wspominać o arkuszu kalkulacyjnym, bazie danych ani tym bardziej edytorze tekstu.

"Poważny" użytkownik zajmuje się prawie wyłącznie programowaniem i to programowaniem rzeczy możliwie najbardziej abstrakcyjnych. Praktyczny użytek z komputera jest rzeczą równie zenującą, jak dla awangardowego poety wymyślanie haseł reklamowych.

4. Gambit: To wymaga pewnych drobnych przeróbek

Nigdy nie mów, że kupiłeś gotowy program. Jeśli już musisz się do tego przyznać, niech będzie to program typu Public Domain. Konieczne jednak nadmienić, że go nie polecasz, bo wymagał "pewnych drobnych przeróbek". Przeróbka w języku informatycznym jest mniej więcej tym, czym zamontowanie silnika od pompy strażackiej do starej Warszawy. Przerabianie programów jest jednak mniej zabawne i rzadziej się udaje. Możesz też polecić jakiś wymyślony przez siebie program, który rzecz jasna nie istnieje. Wymyślając jego nazwę pamiętaj, że najlepiej aby składała się z samych spółgłosek (np. BZDNCH) albo przypadkowo dobranych liter (np. TLS).

5. Sztuczka: Oto moja następna sztuczka

Zawsze bądź przed kupnem nowego, o wiele lepszego sprzętu. Niech będzie to 32-bitowy komputer 5-tej generacji, który potrafi rozwiązywać równania Mandelbrota i jednocześnie przyszczepiać serce. Jeżeli ktoś ośmieli się zauważyć, że o niczym podobnym nie słyszał, poinformuj go że Hawlett-Packard nie sprzedaje go jeszcze u nas, ale zaprezentował ten model na wystawie w Los Angeles.

6. Poza: Podobno kiedyś wgrywano programy z taśmy magnetofonowej.

Wiadomo, że w informatyce trzeba być młodym, nawet bardzo młodym. Nie ma sensu w wieku 25 lat chwalić się, że umiesz programować w PASCAL-u. Już po chwili spotkasz 9-latkę, który od dwóch lat programuje w ASSEMBLERZE. Prościej jest farbować włosy i udawać, że nie pamiętasz zamierzchłej historii. Jednocześnie lepiej jednak wiedzieć, że informatyka jest jedną z tych nielicznych dziedzin, w których doświadczenie jest całkowicie nieprzydatne. To czego informatycy nauczyli się 3

miesiące temu może być już całkowicie nieaktualne. A to, nad czym pracowali 10 lat temu, jest równie nieprzydatne, jak umiejętność zabijania tygrysa przy pomocy włóczni.

7. Ornament: IBM jest powszechnie używanym TLS.

Bez wątpienia, najważniejszym osiągnięciem informatyki jest TLS. Jest to element występujący w sprzęcie każdego rodzaju: począwszy od małych komputerów 32 KB, na których dzieci grają, zamiast odrabiać lekcje, a skończywszy na superkomputerach. Co by nie mówić, umiejętność kompetentnego posługiwania się TLS jest gwarancją natychmiastowego szacunku otoczenia. TLS to oczywiście Trzy-Literowy-Skrót. Dlaczego trzy? Ano ponoć dlatego, że komputery potrafią liczyć tylko do dwóch (patrz system dwójkowy) - trójka oznacza więc wyższość operatora nad maszyną. Ludziom od dawna nie przeszkadza fakt, że używają TLS, nie wiedząc zupełnie, co on oznacza. Nie zdają sobie np. sprawy, że EMS to skrót od "Ech Mógłbym Spać". Ogólnie rzecz biorąc, TLS jest używane w trzech podstawowych celach:

- a: wywołanie zamieszania
- b: celowe zaciemnianie problemu
- c: poprawa samopoczucia mówiącego.

Przypomina to powody, dla których prawnicy i farmaceuci używają jeszcze łaciny. Używaj TLS bez litości. Unikaj tylko tych najbardziej znanych (PKO, IBM, HIV, itp), bo ludziom wydaje się, że wiedzą, co one znaczą.

Uwaga ogólna: Podstawowym błędnym przeświadczeniem ogółu jest fakt, że komputery robią interesujące rzeczy. Jest to całkowicie niezgodne z prawdą. W rzeczywistości komputery nadają się jedynie do robienia bardzo nudnych rzeczy bardzo szybko. Nie należy tego jednak rozgłaszać.

Powinienes koniecznie sprawiać wrażenie, że to, co robisz na komputerze, jest niezwykle ważne, ale nie powinienes tłumaczyć, na czym właściwie polega. Ponieważ autentyczni eksperci zachowują się identycznie, więc szanse zdemaskowania są zerowe.

Fragmenty z książki
R. Ainsley, A.C. Rae:
"Jak blefować doskonale -
Komputery"
wyd. Novum W-wa 1991r

- Słuchaj, kolega z pracy złapał wirusa!

- Myślałem, że dla ciebie to normalka - roześmiał się Marek.

- Tak, ale chodzi o wirusa komputerowego! Wyobraź sobie, kupiony przed 3 tygodniami komputer odmówił mu posłuszeństwa. Twierdzi, że przyczyną jest na pewno wirus.

- Hm. Nie jest to wcale takie oczywiste. Powód może być całkiem banalny. Zwłaszcza, że twój kolega prawdopodobnie nie ma odpowiedniej wprawy w obsłudze komputera. Pewnie przeglądał jakieś pliki systemowe, niechcący coś w nich zmienił i komputer odmówił posłuszeństwa. Tak często bywa. Choć rzeczywiście niektóre wirusy komputerowe potrafią zrobić dokładnie to samo.

- A więc na jedno wychodzi? - wtrąciłem pytanie.

- No nie za bardzo. W pierwszym przypadku, po usunięciu usterki dalej wszystko będzie O.K. Natomiast w przypadku, gdyby to był wirus, nigdy nie wiadomo dokładnie, w którym miejscu "narobił bigosu". I co jeszcze "planuje" zrobić. Ale na szczęście, są to sporadyczne przypadki. Większość wirusów jest "dobrośliwa" i poza różnego rodzaju efektami dźwiękowymi, zmianami na ekranie, stosunkowo rzadko niszczy dane tak, że nie można ich odtworzyć. Oczywiście są też wirusy bardzo niebezpieczne. Gdy "zaraża" nasz sprzęt, nie pozostaje nic

mi ("rywalizacja" między twórcami wirusów i programów antywirusowych!) oraz umożliwiające przetrwanie różnych zabiegów "lecniczych". Są wirusy, które potrafią "przeżyć" formatowanie twardego dysku, usuwające z niego wszelkie dane (ukrywają się w tym czasie w pamięci operacyjnej).

- To co mówisz jest zdumiewające. Tak jakbym słuchał jakiegoś wykładu z biologii molekularnej na temat prawdziwych wirusów.

- Tak, pewne podobieństwo zauważono już dawno. Ale nic więcej na ten temat nie potrafię ci powiedzieć. Przyszan, że nie znam się na wirusach komputerowych dostatecznie dobrze, a na prawdziwych wcale.

- Nie przesadzaj. Opowiedziałeś mi tyle szczegółów, że nawet połowy już nie pamiętam. Powszechnie wiadomo, że wirusy komputerowe mogą dać znać o sobie w różny sposób: jedne wyświetlają jakieś napisy, obrazki, wygrywają jakieś melodyjki a niektóre z nich w tzw. międzyczasie niszczą dane na dysku. Inne czekają na jakiś im tylko znany dzień i godzinę (czasem bywają "przeciekami") i wtedy niespodziewanie ujawniają się.

- Właśnie chciałem o tym mówić. A więc większość wirusów prócz tego, że infekuje system i w jakiś charakterystyczny dla siebie sposób się w nim rozmnaża (dosłownie!), robi coś jeszcze. To coś może być całkiem nie-

Komputer i wirusy

Michał Sroka

innego jak tylko sformatować twardy dysk i na nowo zainstalować wszystkie programy. Gorzej z danymi, pracowicie gromadzonymi przez miesiące i lata. Dlatego systematycznie trzeba robić ich kopie na dyskietkach, i to nie jedną ale dwie, różnocoasowe - na zmianę. Tak na wszelki przypadek. Może zdarzyć się, że "złapałmiś już wirusa", ale jeszcze o tym nie wiemy. Archiwując dane, przenosimy go na dyskietkę (choć nie zawsze - zależy to od jego "gatunku"). W takim przypadku dysponujemy jeszcze kopia wcześniejszą, wolną od infekcji.

- Przepraszam cię, ale czy mógłbyś mi wytłumaczyć, czym jest właściwie ten wirus?

- Dobrze, już ci tłumaczę. A więc wirus komputerowy jest specjalnym programem, umyślnie przez kogoś napisanym, najczęściej bardzo niewielkich rozmiarów, ukrywającym się w różny, mniej lub bardziej wyszukany sposób. Wirus ma trzy podstawowe cele. Po pierwsze - "zainfekować" kolejną ofiarę. Ogromna większość przenosi się poprzez dyskietki, zapisane uprzednio na "zakazonym" komputerze. Zdecydowanie rzadziej źródłem jest sieć komputerowa (dzięki systemowi różnego rodzaju zabezpieczeń, jest ona dla wirusów w miarę hermetyczna). Po drugie - powielić się, "rozpanoszyć" w systemie. Zająć "upatrzone wcześniej" pozycje. Zależnie od gatunku wirusa może to być pamięć operacyjna, tzw. systemowe obszary pamięci dyskowej lub po prostu pliki z programami (częściej) albo danymi (rzadziej). Towarzyszyć temu mogą różnego rodzaju zabiegi "maskujące" - uniemożliwiające wykrycie standardowymi procedurami antywirusowymi.

szkodliwe, a nawet miłe: np. w okresie od 19 grudnia do 1 stycznia po włączeniu komputera na ekranie wyświetlana jest choinka oraz tekst z życzeniami świątecznymi i noworocznymi, albo wirus w określonej godzinie odgrywa jakąś charakterystyczną dla siebie melodyjkę. Bywa jednak, że jego działalność choć nie niszcząca, w znacznym jednak stopniu utrudnia lub uniemożliwia pracę. Np. w pewnym momencie na ekranie wyświetla się czarny prostokąt, pojawiają się dziwne "stworki" zjadające każdą nową kropkę, albo nawet cały tekst. Nagle litery z napisanego przez nas wcześniej tekstu zaczynają spadać na dół jak deszcz, albo zostaje on w sposób luźny odwrócony w określonej płaszczyźnie. Niektóre wirusy mogą wyświetlać mniej lub bardziej oficjalnie (a niekiedy sprośnie) brzmiące komunikaty: "przerwa obiada do 13:45, wyłącz komputer!"

"jestem głodny, włóż do stacji A hamburgera (bez keczupu)!"

"twój procesor przecieka!"

Większość takich wirusów nie robi poza tym niczego złego. Ponieważ jednak kod wirusa (przed jego ujawnieniem się) musi być gdzieś przechowywany, jakoś przenoszony i mieć gdzieś swój "receptor" - zdarza się, że jednak w jakiś sposób zaburza funkcjonowanie komputera: niektóre programy działają wolniej, albo w ogóle przestają działać. Często komputer bez widocznego powodu zawiesza się. Co robić, gdy zauważymy podobne objawy?

... o tym w odcinku następnym, za miesiąc.

LOCAL BUS (vesa local bus) - nowoczesny typ szyny danych (czyli połączenia m.in. między procesorem a kartą graficzną), cechujący się dużą przepustowością, co umożliwia szybką transmisję i obróbkę przede wszystkim danych graficznych. Obecnie standardowe rozwiązanie dla komputerów od 386DX wzwyż.

MODEM - urządzenie umożliwiające "podłączenie" komputera do linii telefonicznej i zdalną transmisję w obu kierunkach. Dane przy pomocy odpowiedniego oprogramowania są najpierw przetworzone do postaci tzw. pakietów, które następnie są przesyłane z odpowiednią szybkością (ustalana zależnie od jakości i przepustowości linii, standardowo 2400 bitów/s) do inne-

Stowieniczek

go komputera.

KARTA sieciowa - urządzenie pośredniczące między stacją roboczą (czyli komputerem użytkownika) a resztą sieci. Najbardziej popularnymi są: Ethernet - stosowany przy tzw. architekturze szeregowej albo liniowej okablowania (jeden komputer za drugim, serwer zwykle na początku lub końcu), Arcnet - dla tzw. architektury gwiazdowej (serwer w centrum, od niego odchodzą promieniście kable

do stacji roboczych) oraz Token-Ring - dla architektury o kształcie zamkniętego pierścienia, typowej dla sieci IBM. Fizycznie jest to standardowa płytka z elementami elektronicznymi, wsuwana w odpowiednie gniazdo na płycie głównej komputera.

WĘZEL SIECI - ogólna nazwa wyróżnionej struktury sieci. Jest nim serwer plików, serwer kolejki wydruków, stacja robocza.

Redakcja działu:
Dr inż. Kazimierz Frączkowski (tel. 681-515 w. 474), dr inż. Marek Lubicz,
lek. Jacek Kubica, lek. Michał Sroka (tel. centr. 256-115)

Cui bono?

Leszek Czupryniak

O d 1989 roku w naszym kraju w prawie wszystkich dziedzinach życia usiłowano wprowadzić zmiany - faktyczne lub pozorne. Dotknęto przemysłu (prywatyzacja), finansów (banki, giełda), szkolnictwa (szkoły prywatne), kultury (ograniczenie dotacji). Zwiększył się zakres wolności materialnej (swoboda podróży, niepaństwowe środki przekazu). Zmiany te oczywiście różnie można oceniać, lecz to już jest osobny problem. Jednakże nawet przy dość pobieżnej analizie naszej rzeczywistości z łatwością można zauważyć, że sferą, która prawie zupełnie nie przeszła transformacji typowej dla ostatnich lat, jest służba zdrowia. Owszem, jej obraz i kondycja nie odpowiada czasom peerelu, ale wszystkie zmiany dotyczą jedynie działalności prywatnych gabinetów, nie zaś państwowego lecznictwa. A dokładniej - ostatni okres naszej historii służył dobrze jedynie sprywatyzowanej części sektora medycznego (np. stomatologii), natomiast państwowa służba zdrowia uległa dalszej degeneracji. Pojawia się zatem pytanie - dlaczego system opieki zdrowotnej pozostał nieknięty, nie uległ pokusom niesionym przez ćwierćrynkową gospodarkę, co więcej - nic nie zapowiada zakłócenia status quo? I drugie pytanie - kto na tym korzysta? Cui bono?

Zwykle zmiany wprowadzane od 1990 roku w sferach zarządzanych przez państwo zaczynały się

od reform określanych mianem "wolnorynkowych". Prywatyzowano, wprowadzano nowy, mniej socjalistyczny system płac, przekształcano struktury, przynajmniej werbalnie promowano konkurencję. Poprzez ujawnienie ukrytego w czasach peerelu bezrobocia zaczął powstawać rynek pracy, ludzie zmuszono do dokonywania wyboru i chociaż częściowego decydowania o swoim losie. Tymczasem w służbie zdrowia nie działo się nic. Poza ogromną ilością papieru zapisanego kolejnymi projektami reformy lecznictwa nie stworzono nic nowego, nie uczyniono najmniejszego kroku w kierunku instytucjonalnego i powszechnego wprowadzenia zasad wolnego rynku w sferze usług medycznych. Doszło jedynie do rozmożenia spółek medycznych, świadczących pełnopłatne usługi na państwowym spręcie i w państwowych placówkach. Wprowadzona dwa lata temu ustawa o zakładach opieki zdrowotnej oczywiście - nie trzeba było być mędrcem i prorokiem, aby to przewidzieć - nie wywarła piętna na systemie ochrony zdrowia, chociaż miała być panaceum na jego "niedoskonałość". Po kolejnych ministrach pozostaje jedynie echo salw burzyczuczych zapowiedzi. Potok narzekania lekarzy zgodnie współbrzmii z chórem jęków pacjentów. Powstaje wrażenie wszechogarniającej, niemal magicznej niemocy. Jednakże jej przyczyną są dużo bardziej prozaiczne.

Oczywiście jak zwykle chodzi o "konfitury". Obecny system ochrony zdrowia w Polsce jest doskonałym przykładem dziękiego so-

cializmu - maksimum zysku, minimum odpowiedzialności. Lekarz oficjalnie otrzymuje niską pensję, która nie wystarcza na zakup benzyny do samochodu na cały miesiąc, a co dopiero na podtrzymanie egzystencji biologicznej. Z drugiej strony sztucznie utrzymuje się deficyt łóżek, trudności z przyjęciem do szpitala, limituje liczbę operacji itd. W takiej sytuacji niewymuszanie łapówek przez lekarza byłoby co najmniej niezrozumiałe. Ten sposób dofinansowania lekarzy akceptowano w komunizmie, miał on także przeciw swój ideologiczny wymiar - łamał sumienia i deprawował. Środowisko medyczne dość szybko wpadło w głębokie bagno demoralizacji i ani myśli je opuszczać. Znacznie prościej i wygodniej jest pobierać 5 milionów złotych za przyjęcie do szpitala i drugie tyle za zabieg operacyjny nie ponosząc przy tym żadnej oficjalnej odpowiedzialności, niż za te same pieniądze być zmuszonym uczciwie pracować chociażby we własnej prywatnej przychodni. Poza tym pozyskiwanie od pacjentów łapówek pozwala ominąć urząd skarbowy, co nie jest bez znaczenia zważywszy wysokość zdobywanych w ten sposób kwot. Wprowadzenie wolnego wyboru lekarza, możliwości wynajmowania przez lekarzy łóżek w szpitalach dla potrzeb leczenia swoich pacjentów i w ogóle potraktowania zawodu lekarza na równi z innymi profesjami usługowymi (tj. szewcami, fryzjerami i dentystami) uzdrowiłoby służbę zdrowia w bardzo krótkim czasie. Okazałoby się, że wcale nie ma problemu z dotarciem do dobrego lekarza i że nie trzeba zaciągać pożyczki, aby móc

się u niego leczyć. Lekarz miałby czas dla pacjenta, byłby miły i znałby się na medycynie. I to właśnie przeraża wielu lekarzy. Po wprowadzeniu reguł rynku (czytaj - konkurencji) co najmniej 30% z nich natychmiast straci pracę. (Ale dlaczego bezrobocie ma nękać jedynie hutników i inżynierów, pielęgniarzy i robotnice? Czy lekarze są od nich słabsi lub gorsi, że mają nie sprostać konkurencji?) Konieczność ciągłego dokształcania, realizowana obecnie w minimalnym stopniu przez zapaleńców; walka o pacjenta; wysoka jakość usług stanowią zbyt wysoki próg dla wielu uczniów Hipokratesa.

Dziwić się należy, że tak mało obecnie mówi się o potęgze lobby lekarskiego. Ta potęga nie służy poprawianiu obsługi pacjenta, lecz jeno obronie status quo, co doskonale zabezpiecza interesy lekarskiej nomenklatury, połączonej więzami mafijno-feudalnymi. Wiedzą coś o nich młodzi lekarze, usiłujący zdobyć choćby najmniejszy etat w szpitalu. Nie mając ojca chrzestnego lub naturalnego na stanowisku profesorsko-ordynatorskim można jedynie snuć marzenia o pracy w wybranej specjalizacji. Hierarchiczność zaś środowiska, sama w sobie będąca zaletą, w połączeniu z jego fermetycznością służy ukrywaniu błędów, a nawet przestępstw popełnianych przez lekarzy (vide casus p.prof. W.Deca). Nie trzeba już w tym momencie dodawać, że to właśnie owo lobby, zмова profesorów, ordynatorów, Izby Lekarskich i innych decydentów medycyny skutecznie uniemożliwia jakąkolwiek reformę. Jej rdzeniem powinno być

wprowadzenie prawdziwych, dobrowolnych i niepaństwowych ubezpieczeń społecznych, co jednak groziłoby "straszlivymi" konsekwencjami dla tak sprawnie funkcjonującego dzisiaj postkomunistycznego układu. Jedyną grupą społeczną, której z kolei powinno na niej zależeć, są pacjenci. Ci zaś są tego całkowicie nieświadomi, gdyż poddani zmasowanemu atakowi organu p.A. Michnika et consortes, uwierzyli, że zmiany w kierunku rynkowym oznaczają dla większości narodu nędzny zgon na bruku. I tak koło się zamyka.

Wyleczyć służbę zdrowia nie można bez silnego poparcia społecznego, gdyż terapia byłaby prowadzona wbrew woli lekarzy i całego środowiska. Mogłby tego dokonać jedynie inteligentny i sprytny rząd prawnicowy, w którym ministrem zdrowia nie byłby doktor. Inicjując powstanie ubezpieczalni społecznych z prawdziwego zdarzenia mógłby on radykalnie uzdrowić lecnictwo polskie w ciągu - nie przesadzam - pół roku. Sądząc jednak z wyników ostatnich wyborów nasłuchamy się jeszcze dużo o "konieczności reform w sferze ochrony zdrowia". I marną pociechą jest wiedza cui bono.

P.S. Oczywiście są i lekarze, którzy nie zważając na upadek moralny kolegów nadal troskliwie leczą swoich pacjentów, pozostając przyzwoitymi ludźmi. Nie jest ich mało i stąd można czerpać odrobinę nadziei. Jeżeli ktoś z nich poczuł się urażony, przepraszam.

Przedruk z gazety
"Czas" z 26 marca 1994 r.

*Lobby
ordynatorów
uniemożliwia
reformę*

UWAGA! SKŁADKA!

*Składki na rzecz
Izby
dla lekarzy
praktykujących
wyłącznie prywatnie.*

**Wysokość składek
za miesiąc kwiecień
wynosi
123.000 zł,**

dla emerytów
50% tej sumy czyli
61.500 zł.

*Kwoty te można przesyłać
używając zamieszczonego
poniżej formularza.
Na odwrocie prosimy
zaznaczyć tytuł wpłaty.*



Odcinek dla poczty	Odcinek dla posiadacza rachunku	Odcinek dla wpłacającego
zł..... _____ _____ _____ _____ _____	zł..... _____ _____ _____ _____ _____	zł..... _____ _____ _____ _____ _____
..... wpłacający dokładny adres	 wpłacający dokładny adres	 wpłacający dokładny adres
Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu BGŻ O/Wrocław 893022 - 9537 - 2710	Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu BGŻ O/Wrocław 893022 - 9537 - 2710	Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu BGŻ O/Wrocław 893022 - 9537 - 2710
..... datownik podpis przyjmującego opłata zł	 datownik podpis przyjmującego opłata zł	 datownik podpis przyjmującego opłata zł

**Prof. dr hab.
Barbara Świątek,
kierownik
Zakładu
Medycyny Sądowej AM**

75-letni mężczyzna zmarł na Oddziale Geriatrycznym szpitala rejonowego. Jego syn złożył w sądzie pozew przeciwko szpitalowi, żądając odszkodowania materialnego za krzywdę moralną, spowodowaną tym, że: ojciec został

"siłą porwany z domu"

przez pogotowie ratunkowe, przewieziony do szpitala, umieszczony w nim i "zamordowany przez służbę zdrowia". Zdaniem powoda zabranie ojca do szpitala bez zapytania go o zdanie było "bezprawiem i haniebnym czynem, gdyż nie było żadnej potrzeby leczenia go" (określenia w cudzysłowie pochodzą z oryginału pozwu).

Co wykazało postępowanie sądowe?

Ojciec powoda był mężczyzną obłożnie chorym, od dłuższego czasu nie wstawał z łóżka, nie można było nawiązać z nim kontaktu, na stałe mieszkał sam. Lekarze wzywani do niego (przeważnie przez sąsiadów) stwierdzali

ciężki stan ogólny,

wycieńczenie, zniechęcenie, ale także straszne zaniedbanie (cuchnący, zanieczyszczony fekaliami). Stwierdzono u niego ponadto zaawansowaną chorobę nowotworową płuc. Jeden z lekarzy podjął starania o umieszczenie chorego w szpitalu, zainteresował nim Opiekę Społeczną, wystawił skierowanie na oddział. W wyniku tych starań znalazło się dla niego miejsce w szpitalu i karetka - pod nieobecność syna - zabrała go z domu. W wywiadzie do historii choroby odnotowano, że chory przekazany został przez opiekę społeczną z powodu braku opieki w domu, jest brudny, zaniedbany, wyniszczony, głodny, dementywny, nie chodzi. Badania lekarskie wykazały ciężki stan ogólny spowodowany procesem no-



Czy hospitalizacja chorego była zasadna?

wotworowym w płucu lewym ale także zmiany psychiczne, które lekarz psychiatra ocenił jako otępienie starcze. Prowadzono leczenie zachowawcze, gdyż stan ogólny i wiek wykluczał interwencję chirurgiczną. Po niespełna miesięcznym leczeniu i przy stopniowo pogarszającym się stanie ogólnym doszło do zejścia śmiertelnego chorego.

Sekcji zwłok - na prośbę rodziny - nie przeprowadzono. Jako przyczynę zgonu przyjęto nowotwór płuca lewego.

Sąd zlecił biegłym opracowanie

sądowo-lekarskiej opinii ustalającej prawidłowość postępowania lekarskiego. W tym przypadku opinia mogła być jednoznaczna. Przyjęto w niej, że ojciec powoda był ciężko, obłożnie chory i zniechęcony, a jego stan opisywany przez lekarzy przychodni i przy przyjęciu do szpitala wskazywał, że nie miał on w domu zabezpieczonej podstawowej opieki. Zabranie go z domu i objęcie opieką szpitalną było postępowaniem prawidłowym zarówno z punktu widzenia lekarskiego, jak i humanitarnego. Biegli przyjęli także, że leczenie cho-

rego w szpitalu było prawidłowe i mogło jedynie przedłużyć mu życie, a nie przyspieszyć jego śmierć.

Pozostaje do rozważenia ewentualne uchybienie wymogom formalnym tj. brak zgody rodziny na leczenie szpitalne przy braku możliwości uzyskania świadomej zgody od samego chorego. Uchybienie to nie miało znaczenia w toczącej się sprawie cywilnej, gdyż - ogólnie mówiąc - liczą się w niej negatywne, wymierne materialnie skutki czyjegoś nieprawidłowego działania. Takich skutków w omawianym przypadku

nie było.

A co by się działo, gdyby syn chorego złożył w prokuraturze skargę na lekarzy, żądając w niej ukarania za naruszenie przepisów karnych i zawodowych? Gdybym wydawała w takiej sprawie opinię sądowo-lekarską, moje stanowisko byłoby następujące: pozostawienie chorego w domu byłoby błędem lekarskim, gdyż powodowałoby

bezpośrednie zagrożenie

dla jego zdrowia. Nadrzędnym było zapewnienie choremu odpowiedniej opieki i ludzkich warunków w ostatnich tygodniach życia, aniżeli bezkrytyczne podporządkowanie się nieodpowiedzialnym żądaniom syna (w tym przypadku wyrażanych z dużym opóźnieniem, bo po śmierci ojca, ale moje stanowisko byłoby takie samo przy braku zgody syna wyrażonej w chwili zabierania ojca do szpitala).

Powyższy przypadek jest przykładem najbardziej negatywnego kontaktu lekarzy z rodziną chorego. Nie dość bowiem, że rodzina nie dopełniła podstawowego obowiązku opieki nad zniechęconym bliskim, to szukała możliwości niczym nieuzasadnionej

"odwetu" na lekarzach

i uzyskania korzyści materialnych. Przy opracowywaniu takich opinii czuję niesmak i szczerze współczuję lekarzom, którzy uczynili tak wiele dla chorego a w podziękcie zostali oplwani i nazwani "mordercami". Przeżycia tego rodzaju nie są z pewnością obojętne dla psychiki lekarza i poczucia dobrze spełnionego obowiązku, tak koniecznego przy wykonywaniu tego zawodu.



Odcinek dla pocztu	Odcinek dla posiadacza rachunku	Odcinek dla wpłacającego

Sponsorzy Zjazdu

Delegaci VIII Zjazdu Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej oraz licznie odwiedzający stoiska wystawowe firm lekarze chwalili możliwość zapoznania się z najnowszymi wydawnictwami, nowymi lekami, najnowszymi osiągnięciami myśli technicznej w zakresie aparatury i sprzętu medycznego.

W Klubie Oficerskim tego dnia było tłoczno, szczególnie w przerwach obrad. Przed wejściem na salę zjazdową ulokowały się stoiska głównego sponsora zjazdu: firmy 3M (Warszawa, ul. Bema 57a)

Pozostałe firmy to: Grodzkie Zakłady Farmaceutyczne Polfa (Grodzisk Mazowiecki, ul. Poniatowskiego 5); Nycomed Poland (Warszawa, ul. Stawki 2); Galena (Wrocław, ul. Krucza 62); Herbapol (Wrocław, ul. Księcia Witolda 56); Sanofi Winthrop (Warszawa, ul. Kubickiego 13); Jelfa SA (Jelenia Góra, ul. Wincentego Pola 21); Boehringer Ingelheim (Warszawa,



ul. Kubickiego 7/9); Torf Corporation (Wrocław, ul. Mydlana 2); Lek Ljubljana (Warszawa, ul. Świętokrzyska 36/59); Ciba-Geigy Poland (Warszawa, al. Witosza 31); Polfa (Rzeszów, ul. Przemysłowa 2); Farmitalia Carlo Erba (Warszawa, ul. Podleśna 7); Terpol (Sieradz, ul. Wracka 3); Janssen Pharmaceutica (Warszawa, ul. K. Marysiński 13/1);

Byk Gulden (Warszawa, ul. Krakowskie Przedmieście 62); Biofarm (Poznań, ul. Winogrody 118); Knoll (Warszawa, Lechicka 23B); Biomed (Warszawa, ul. Chełmska 30/34); Beafour-Ipsen International (Warszawa, ul. Podwale 13); Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne Polfa (Warszawa, ul. Fleminga 2); Salco Basel (Warszawa, ul. Daniszewska

10); Eli Lilly (Warszawa, ul. Stawki 2); Mack (Warszawa, ul. Opoczyńska 12/5); Volumed; Centrum Techniki Laserowej "Laser Instruments" (Warszawa, ul. Kasprzaka 29/31)

Dzięki naszym sponsorom zjazd nie kosztował nas ani grosza, lekarze zaś mieli możliwość zapoznania się z reklamowanymi przez firmy wyrobami.

(A.W.)

W ostatnim czasie bombardowani wręcz jesteśmy przez środki masowego przekazu olbrzymią liczbą reklam wszelkiego rodzaju leków. Znane i mniej znane osoby zachwalają rewelacyjne zachodnie środki przeciw grypie, zwykłemu przeziębieniu, poprawiające samopoczucie, likwidujące zmęczenie itp. Jedni je ulegają i biegają czym prędzej do najbliższej apteki, inni mają wątpliwości. Wątpliwości miał zapewne także minister zdrowia, Ryszard J. Żochowski, skoro wydał zarządzenie regulujące zasady i formy prowadzenia reklamy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych (Monitor Polski nr 17 poz. 131 z 15 marca br.). Publikujemy je w całości poniżej.

Zarządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z 21 lutego 1994 r. w sprawie zasad i form prowadzenia reklamy i przekazywania informacji o środkach farmaceutycznych i materiałach medycznych.

Na podstawie art.4 ustawy z 10 października 1991 r. o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i nadzorze farmaceutycznym (Dz.U. Nr 105 z 1993 r. Nr 16, poz.68 i Nr 47, poz.211) zarządza się, co następuje:

Par.1. Przedmiotem reklamy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych mogą być wyłącznie środki i materiały dopuszczone do obrotu w Polsce.

Par.2.1. Reklama środka farmaceutycznego lub materiału medycznego, obok nazwy handlowej i międzynarodowej, powinna zawierać:

- 1) skład środka lub materiału,
- 2) wskazanie dotyczące stosowania.

3) ewentualne przeciwwskazania stosowania środka lub materiału, wskazania na działania niepożądane oraz na specjalne środki ostrożności przy ich stosowaniu,

4) zalecenie zapoznania się z treścią ulotki informacyjnej dołączonej do opakowania środka lub materiału, które w odniesieniu do środka lub materiału reklamowanego za pośrednictwem radia lub telewizji powinno trwać co najmniej 3 sekundy.

2. Dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3, nie mogą być sprzeczne z treścią ulotki informacyjnej dołączonej do opakowania środka lub materiału.

3. Wskazania dotyczące stosowania nie mogą informować, że środek farmaceutyczny ma lub może mieć zastosowanie przy leczeniu gruźlicy, chorób przenoszonych drogą płciową, chorób zakaźnych wymienio-

nym w wykazie wydany na podstawie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, chorób nowotworowych, przewlekłej bezsenności, cukrzycy, chorób metabolicznych, zaburzeń hormonalnych, chorób psychicznych.

Par.3.1. Reklama środków farmaceutycznych i materiałów medycznych nie może być przekazywana w sposób sugerujący lub sprawiający wrażenie, że:

- 1) stosowanie środka lub materiału nie wymaga konsultacji lekarskiej,
- 2) odbiorca reklamy, na podsta-

Par.4. Niedopuszczalna jest reklama środków farmaceutycznych i materiałów medycznych kierowana do dzieci.

Par.5. Niedopuszczalna jest reklama środków farmaceutycznych lub materiałów medycznych w formie dostarczania, bezpośrednio lub pośrednio, bezpłatnych próbek potencjalnym konsumentom takich środków lub materiałów.

Par.6. Niedopuszczalna jest reklama środka farmaceutycznego lub materiału medycznego, która od nabycia środka lub materiału uzależnia

macja jest skierowana, mogła sformułować własną opinię o wartości danego środka farmaceutycznego lub materiału medycznego.

2. Powoływanie w informacji jakichkolwiek danych zawartych w wydawnictwach naukowych powinno wiernie odtwarzać przytoczone cytaty, tabele, materiały ilustracyjne itp.

3. Osoba udzielająca informacji o środkach farmaceutycznych lub materiałach medycznych powinna posiadać wiedzę gwarantującą przepływ informacji na najwyższym poziomie, uwzględniającym aktualny stan wiedzy naukowej.

Par.11. Treść informacji o środku farmaceutycznym lub materiale medycznym, przekazywana w formie ulotki dołączonej do opakowania leku lub materiału medycznego, regulują przepisy odrębne.

Par.12. Do informacji o środkach farmaceutycznych lub materiałach medycznych zawartych w wydawnictwach popularnonaukowych z dziedziny medycyny i farmacji, adresowanych do szerokiego kręgu odbiorców, stosuje się odpowiednio par.9.

Par.13.1. Osoba uprawniona do przepisywania leków może złożyć pisemną prośbę o dostarczenie środków farmaceutycznych i materiałów medycznych, z wyjątkiem środków odurzających lub psychotropowych, w formie bezpłatnych próbek, jeżeli:

- 1) środki i materiały są dopuszczone do obrotu w Polsce,
- 2) każda próbka oznaczona jest napisem "lek (materiał) nie przeznaczony do sprzedaży" lub innym równoznacznym napisem,
- 3) ilość dostarczonych próbek środków farmaceutycznych lub materiałów medycznych nie przekroczy w ciągu roku 3 najniższych dostępnych na rynku opakowań danego środka lub materiału.

2. Zaordynowanie środka farmaceutycznego otrzymanego w formie bezpłatnych próbek w szpitalu wymaga uprzedniego zaewidencjonowania leku w aptece zakładowej.

Par.14. Przepisów zarządzenia nie stosuje się do informacji o środkach farmaceutycznych i materiałach medycznych zawartych w pracach naukowych i opracowaniach dydaktycznych.

Par.15. Zarządzenie nie narusza przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

Par.16. Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Przedruk z czasopisma "Nowa Europa" z 18 - 20 marca

Zarządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej

Zasady reklamy leków

wie zawartej w niej treści (np. opisu choroby), może określić stan własnego zdrowia,

3) stosowanie środka lub materiału gwarantuje wyleczenie lub polepszenie stanu zdrowia oraz że wyniki leczenia przy zastosowaniu danego środka lub materiału są równoważne lub lepsze niż przy zastosowaniu innego środka lub materiału,

4) stosowaniu środka lub materiału nie towarzyszy żadne działanie niepożądane,

5) stosowanie innego niż reklamowany środek lub materiału albo nie stosowanie reklamowanego środka lub materiału może pogorszyć stan zdrowia,

6) reklamowany środek farmaceutyczny jest środkiem spożywczym lub kosmetycznym,

7) bezpieczeństwo lub skuteczność reklamowanego środka lub materiału wynika z tego, iż jest on produktem naturalnym,

8) reklamowany środek lub materiał zalecany jest przez osoby, które ze względu na swoją popularność mogą zachęcać do stosowania środka lub materiału,

9) reklamowany środek lub materiał jest nowym środkiem farmaceutycznym lub materiałem medycznym w przypadku, gdy znany jest dotychczas pod inną nazwą handlową.

2. Reklama środka farmaceutycznego lub materiału medycznego nie może wywoływać u odbiorcy niepokoju lub wprowadzać w błąd, m.in. przez niewłaściwe przedstawienie zmian ciała człowieka wywołanych chorobą lub działaniem środka lub materiału.

uzyskanie jakiegokolwiek korzyści materialnej.

Par.7. Przed zamieszczeniem reklamy w środkach masowego przekazu osoba reklamująca lek może zasięgnąć odpłatnej opinii na temat proponowanej treści reklamy w jednostce badawczo-rozwojowej - Instytucie Leków.

Par.8. Do reklamy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych zamieszczonej w specjalistycznych pismach lekarskich i farmaceutycznych stosuje się odpowiednio przepisy par.9 ust.2 i par.10.

Par.9.1. Informacja o środkach farmaceutycznych i materiałach medycznych nie może zachęcać do zwiększania stosowania środka lub materiału.

2. Informacja nie może:

1) zawierać danych niezgodnych z dokumentacją stanowiącą podstawę przy wpisie środka lub materiału do Rejestru Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych lub dokumentacji stanowiącej podstawę do uzyskania świadectwa rejestracji lub innego dokumentu mającego tę samą moc prawną dla dopuszczenia środka lub materiału do obrotu w kraju wytwórcy,

2) pomijać aktualnych danych dotyczących w szczególności przeciwwskazań stosowania środka lub materiału oraz niepożądanych działań środka lub materiału.

Par.10.1. Wszelkie dane umieszczane w informacji o środkach farmaceutycznych lub materiałach medycznych powinny być rzetelne, obiektywne, aktualne i na tyle obszernie, aby osoba, do której infor-

KSIĄŻKI

Neonatologia

Zasady postępowania, zabiegi diagnostyczne i lecznicze, podstawowe problemy kliniczne, choroby, leki

pod redakcją
Tricia Lac Gomella,
M.Douglas Cunningham
Fabian G. Eyal

Ujmuje w układzie klinicznym podstawy najpełniejszej opieki nad noworodkami. Ma rozmiar kieszeni fartucha lekarskiego, logiczny, przejrzysty układ treści, tabele ujmujące wpływ leków lub substancji podawanych podczas ciąży, wpływ leków na karmienie piersią i laktację.

Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1993, s. 620, cena 230 tys. zł

Reumatologia

J.M.H. Moll

Ma mały format, przydatny podczas przygotowania do egzaminów lub szybkiego odszukania informacji. Zawiera barwne zdjęcia, rentgenogramy i ultrasonogramy. Stanowi podręczne źródło informacji dla studentów i lekarzy.

Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 1994, s. 158, cena 102 tys. zł

Leki współczesnej terapii A-K

Jan K. Podlewski,
Alicja Chwalibogowska-Podlowska
Fundacja Büchnera, Warszawa
1994, s. 500, cena 470 tys. zł

Pharmindex 1994

Indeks leków. Kompendium

pod redakcją
Mariusza Chomickiego
i Andrzeja Dorobę

MEDIMEDIA International
Group, cena 275 tys. zł

Anestezjologia w położnictwie

pod redakcją
Gerarda W. Ostheimera

Encyklopedia wiedzy o znieczuleniu w położnictwie. Autorzy starali się obalić wiele poglądów lub zachwiać zakorzenionymi przesadami. Najważniejsze przesłanie: zachęta do szerszego korzystania ze znieczulenia przewodowego w położnictwie, a także do traktowania rodzącej i dziecka jako nierozłącznego zjawiska biologicznego.

PZWL, Warszawa 1994, s. 685, cena 460 tys. zł

Choroby rozrostowe układu krwiotwórczego i limfatycznego

pod redakcją Zofii Kuratowskiej
i Jadwigi Dwilewicz-Trojaczek

Pozycja kładzie szczególny nacisk na omówienie diagnostyki różnicowej, z uwzględnieniem dostępnych u nas metod diagnostycznych. Opis najnowszych cytotatyków zwraca uwagę na ich szkodliwe działanie uboczne. Książka adresowana przede wszystkim do lekarzy praktyków, powinna być użyteczna dla studentów medycyny.

Sanmedia 1994, s. 275, cena 166 tys. zł

Protezy stałe

Zarys postępowania klinicznego i laboratoryjnego.

Wydawnictwo Kwintesencja
1994, s. 488, cena 650 tys. zł

Wszystkie ceny proponowane są przez Medical-shop przy ul. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu.



WSPOMNIENIE POŚMIERTNE

Wiktor Bross

Prof. dr hab. med., dr h.c. mult. Wiktor Bross urodził się dnia 5 sierpnia 1903 r. w Witkowie woj. poznańskie.

Gimnazjum klasyczne ukończył w Gnieźnie.

Studia medyczne rozpoczął na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu, a po przeniesieniu się na Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie otrzymał dyplom lekarza medycyny i doktora wszech nauk lekarskich w roku 1928.

Praktykę lekarską rozpoczął w Szpitalu Sióstr Elżbietańek w Katowicach w latach 1929-30, a następnie przeniósł się do Lwowa, gdzie w słynnej Rydygierskiej klinice chirurgicznej pod kierunkiem profesora Tadeusza Ostrowskiego habilitował się w roku 1938 na podstawie pracy *Zagadnienia chirurgiczne w zaburzeniach czynności układu współczulno-nadnerczowego*.

W czasie studiów lekarskich pogłębiał swoją wiedzę w godzinach popołudniowych w Klinice Chorób Wewnętrznych prof. Renckiego, w Zakładzie Fizjologii prof. Becka i Andrzeja Klisickiego, Zakładzie Patologii Ogólnej prof. Frankiego oraz Zakładzie Farmakologii Doświadczalnej prof. Koskowskiego.

Z tego okresu wywodzi się szereg prac doświadczalnych na temat zabiegów na nerwach trzewnych w leczeniu nadciśnienia samoistnego oraz roli adrenaliny w ustroju.

Młodego chirurga cechowała już wówczas głęboka troska o dobro chorego, co przebiegało w całym dalszym okresie jego działalności jasnym promieniem w postaci przepojonego humanizmem niezwykle ciepłego, współczującego podejścia do chorego.

W latach 1934-36 otrzymawszy stypendium Funduszu Kultury Narodowej odbył studia specjalistyczne u prof. Roberta i Edwardsa w Londynie, prof. Sauerbrucha w Berlinie oraz prof. Semba w Oslo, gdzie zapoznał się z najnowszymi osiągnięciami torakochirurgii i anestezjologii.

Po powrocie do kraju w roku 1935 wspólnie z Tadeuszem Ostrowskim wykonał pierwsze w Polsce wycięcie płata płucnego w rozstrzeniach oskrzeli, a w roku 1936 wycięcie płuca z powodu raka.

Wg A. Arońskiego, uczniem, który uważał za niezbędne wprowadzenie nowoczesnego postępowania anestezjologicznego w klinikach i szpitalach polskich był właśnie prof. Wiktor Bross po swoim pobycie w szpitalu św. Bartłomieja w Londynie i zapoznaniu się z zasadami anestezjologii, co opublikował w piśmie "Medycyna Praktyczna".

W czasie II wojny światowej pracował jako chirurg w szpitalu wojennym, mieszczącym się na Politechnice Lwowskiej.

W latach 1939-40 był kierownikiem Kliniki Chirurgii Ogólnej Instytutu Medycznego we Lwowie.

W latach 1942-44 pracował jako chirurg w Klinice Chorób Płuc we Lwowie zajmując się operacyjnym leczeniem gruźlicy płuc. W roku 1944 założył szpital przyfrontowy dla ludności cywilnej w Iwoncu.

15 stycznia 1946 roku Wiktor Bross został mianowany profesorem nadzwyczajnym chirurgii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu obejmując stanowisko kierownika II Kliniki Chirurgicznej.

Z ogromną energią przystąpił wspólnie ze Stefanem Koczorowskim do odbudowy zniszczonej kliniki, zwłaszcza bloku operacyjnego, a nad salą operacyjną wybudował oszkloną galerię dla umożliwienia studentom śledzenia przebiegu operacji.

Prof. Wiktor Bross zajmował się prawie wszystkimi dziedzinami chirurgii ogólnej.

W leczeniu choroby wrzodowej zmodyfikował sposób resekcji żołądka (Polu'a-Reichel-Ostrowski-Bross).

Zajmował się również chirurgią endokrynną, operacjami tarczycy, usuwaniem grasic w nuzliwości mięśni, guzów nadnerczy, wprowadził własną metodę drenażu torbieli trzustki.

W 1957 roku dokonał po raz pierwszy w Polsce wycięcia tętniaka aorty brzusznej i zastąpił go homoplastycznym przeszczepem ze zwłok.

W roku 1966 dokonał przeszczepu nerki od żywego dawcy po raz pierwszy w Polsce.

Wg Noszczyka największym powojennym osiągnięciem Wiktora Brossa było rozwinięcie w klinice nowoczesnego, wyskokocionego ośrodka kardiokirurgicznego.

Dnia 15 marca 1955 roku wykonał w II Klinice Chirurgicznej pierwszą *commissurotomię mitralną*.

Z inicjatywy prof. Wiktora Brossa w Zakładzie Fizjologii kierowanym przez prof. Andrzeja Klisickiego wykonano pomiary temperatury mięśnia sercowego na zwierzętach pod wpływem różnych prądów elektrycznych i wykonano na Politechnice Wrocławskiej w Zakładzie kierowanym przez prof. Pawła Nowackiego defibrylator serca, który przez ponad 20 lat służył kardiokirurgii wrocławskiej.

Prof. Wiktorowi Brossowi kierującemu kliniką, w której Ferdynat Sauerbruch pod kierunkiem prof. Jana Mikulicza na początku tego stulecia konstruował komorę podciśnieniową dla bezpiecznego otwarcia jam opłucnowych i wyko-

niania operacji wewnątrz klatki piersiowej, stale przyświecała myśl wkroczenia do wnętrza serca tj. podjęcia zabiegu na otwartym sercu, w którym szerokie otwarcie jam serca umożliwi korekcję złożonych wrodzonych i nabytych wad serca pod kontrolą wzroku.

W czasie pobytu u prof. Derry w Düsseldorfie zapoznał się wraz z zespołem z metodą powierzchniowej hypotermii w celu wykonania operacji na otwartym sercu.

Prof. Aroński wraz z dr Pawłem Maślanką konstruowali aparaty do prowadzenia oziębienia powierzchniowego we własnym zakresie.

Dnia 12 lutego 1958 roku Wiktor Bross wraz z zespołem, po raz pierwszy w Polsce, na otwartym sercu, pod kontrolą wzroku zamknął ubytek międzyprzedsionkowy, za pomocą hypotermii powierzchniowej.

Pierwszą operację w krążeniu pozaustrojowym we Wrocławiu wykonał dnia 12 kwietnia 1961 roku zamykając ubytek międzykomorowy i międzyprzedsionkowy.

Wiktor Bross zoperował ponad 1000 wad wrodzonych serca u dzieci, w tym siniczne Zespoły Fallota, zarówno sposobem paliatywnym Blalocka, jak i radykalnym oraz wiele innych wrodzonych wad serca. Między innymi, w roku 1965 dokonał po raz pierwszy w świecie z pomyślnym wynikiem, wycięcia tętniaka prawej komory serca powstałego w następstwie doszczętnej operacji tetralogii Fallota.

W roku 1963 po raz pierwszy w Polsce usunął z prawego przedsionka 2 guzy śluzakowe.

W wadach nabytych serca oprócz 1200 operacji komisuratomii metodą zamkniętą, wykonał kilkadziesiąt plastyk mitralnych w krążeniu pozaustrojowym, a następnie implantacji zastawek, zarówno mitralnych jak i aortalnych.

W roku 1971 objął stanowisko Dyrektora Instytutu Chirurgii oraz kierownika Kliniki Chirurgii Serca we Wrocławiu.

Po przejściu w roku 1973 na emeryturę zajmował się nadal pracą naukową - biologią molekularną, podjął teoretyczne rozważania na temat immunologii w przeszczepianiu serca oraz zastąpieniem serca protezą wspomagającą.

Brał również udział w zjazdach krajowych i zagranicznych. W swoim olbrzymim dorobku naukowym posiada 500 prac oryginalnych, doświadczalnych i klinicznych, opublikowanych w wielu językach, monografii, prac wygłoszonych na zjazdach.

Ponadto, wspólnie ze Stefanem Koczorowskim napisał dwa podręczniki chirurgii oraz wiele rozdziałów w podręcznikach zarówno chirurgii jak i interny.

Prof. Wiktor Bross został odznaczony wieloma odznaczeniami państwowymi, m.in.: Krzyżem Komandorskim z Gwiazdą i Oficerskim Polonią Restituta, Sztandarem Pracy I Klasy oraz wieloma innymi. Członek rzeczywisty Polskiej Akademii Nauk, doktor honoris causa Akademii Medycznej we Wrocławiu, Katowicach oraz Uniwersytetu Wrocławskiego. Otrzymał wiele nagród państwowych I stopnia za pionierskie osiągnięcia w kardiokirurgii. Był członkiem honorowym wielu Towarzystw Naukowych - Towarzystwa Chirurgów Polskich, Towarzystwa Anestezjologów Polskich, Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego, Członkiem korespondentem Niemieckiego Towarzystwa Chirurgów oraz Niemieckiej Akademii Nauk Przyrodniczych "Leopoldina" w Halle i wielu innych.

Był współzałożycielem Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego, a w latach 1964-68 jego przewodniczącym. W latach 1952-74 Przewodniczącym Wrocławskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich. W latach 1962-64 Prezesem Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Był promotorem 79 dysertacji doktorskich, z których 33 doktorantów habilitowało się, większość z nich uzyskała tytuł lub stanowisko profesora.

Prof. Wiktor Bross stworzył własną Szkołę Chirurgiczną. Uczniowie kontynuują dzieło mistrza zarówno w chirurgii ogólnej, jak i torakochirurgii i kardiokirurgii.

Był wielkim humanistą, posiadał rozległe kontakty naukowe z wieloma wybitnymi osobistościami w wielu krajach.

Od roku 1938 był członkiem Societe Internationale de Chirurgie, dwukrotnie Viceprezydentem w Buenos Aires i Tokio, starał się zorganizować Międzynarodowy Zjazd Chirurgów w roku 1980 w Warszawie. W latach 60-tych przekonał wiele osobistości w świecie nauki do integracji naukowej Europy, widział Polskę zawsze w zjednoczonej Europie. Wykorzystywał swoje rozległe kontakty zagraniczne dla dobra nauki polskiej i kształcenia swoich uczniów.

Był gorącym patriotą, dobro Polski stawiał zawsze na pierwszym miejscu.

Prof. Wiktor Bross już od czasów studenckich był niezwykle pracowity. W stosunku do swoich uczniów bardzo wymagający, ale przede wszystkim najwyższe wymagania stawiał sobie.

Dnia 19 stycznia 1994 roku w wieku 91 lat Profesor Wiktor Bross zmarł w Katowicach pozostając na zawsze w pamięci swoich uczniów.

Uczniowie

Ludwik Noczyński

W dniu 16 listopada 1993 roku w wieku 59 lat zmarł we Wrocławiu doc. dr hab. nauk med. Ludwik Noczyński. Już po drugim roku studiów związał się jako wolontariusz z Zakładami Anatomii Prawidłowej naszej Uczelni. Powszechny autorytet, głęboka wiedza i legenda osoby prof. Tadeusza Marciniaka, ówczesnego Kierownika Zakładu Anatomii Prawidłowej zainspirowały go do zdobywania rzetelnej wiedzy medycznej, którą dzielił się i przekazywał kolejnym rocznikom studentów medycyny, a także stworzył mu możliwość prowadzenia własnych obserwacji i badań anatomicznych. Jego praca w Zakładzie Anatomii Prawidłowej była jedynie przemyślanym i świadomym przygotowaniem do praktycznej działalności chirurgicznej, której poświęcił się bez reszty.

Już w 1961 roku został wolontariuszem Oddziału Chirurgicznego Szpitala MSW we Wrocławiu, a od roku 1968 I Kliniki Chirurgicznej AM we Wrocławiu kierowanej przez prof. Kazimierza Czyżewskiego. W tym czasie intensywnie pogłębiał swoją wiedzę chirurgiczną uzyskując I i II stopień specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej oraz I stopień z zakresu anestezjologii.

W 1967 roku obronił pracę doktorską pt. *Przebieg żyły śledzionowej u człowieka w populacji ludzkiej*. W 1970 roku otrzymał etat adiunkta w I Klinice Chirurgicznej AM, po jej reorganizacji I Katedrze i Klinice Chirurgii kierowanej przez prof. Jana Dolińskiego, gdzie pracował nieprzerwanie aż do końca. W roku 1980 przygotował rozprawę habilitacyjną pt. *Ocena przydatności arteriografii i badań izotopowych w schorzeniach stawu kolanowego na podstawie badań doświadczalnych i klinicznych*, która po zatwierdzeniu była podstawą do przyznania mu etatu docenta w 1983 roku.

Gruntowna wiedza anatomiczna i doświadczenie chirurgiczne zdobywane w intensywniej, codziennej pracy, pogłębiane w innych, wiodących ośrodkach naukowych w kraju pozwoliły mu na zdobycie rozległego i wielokierunkowego doświadczenia w różnych działach chirurgii obejmujących schorzenia jamy brzusznej, w szczególności żołądka i dwunastnicy, dróg żółciowych oraz jelita grubego, a także w chirurgii endokrynną i kostno-stawowej. Duża aktywność zawodowa i stała gotowość do niesienia pomocy chorym, jak również wieloletnie pełnienie obowiązków kierownika oddziału septycznego kliniki pozwalały mu na praktyczne przekazywanie swoich bogatych doświadczeń wielu młodszym kolegom.

Poza praktyczną działalnością chirurgiczną zajmował się również pracą naukową. Jego dorobek obejmuje 106 różnych publikacji ogłoszonych w fachowych czasopismach medycznych. Wiele doniesień prezentował na zjazdach i konferencjach naukowych. Był członkiem wielu towarzystw naukowych, między innymi Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Chirurgów Polskich, Towarzystwa Ortopedii i Traumatologii oraz Towarzystwa Reumatologicznego, Endokrynologicznego i Anatomicznego. Aktywnie też uczestniczył w działalności dydaktycznej i wychowawczej Kliniki.

Znajdował również czas na działalność organizacyjną i społeczną. Przez szereg lat był radnym Dzielnicy Rady Narodowej Wrocław-Krzyki, pełnił funkcję Zastępcy Rzecznika Dobrej Służby Zdrowia przy Okręgowej Komisji Kontroli Zawodowej.

Pełnił też obowiązki Prodziekana na Wydziale Pielęgniarskim naszej Uczelni.

Za swoją działalność był wielokrotnie nagradzany nagrodami uczelnianymi i resortowymi.

Przewlekła i wyniszczająca choroba nie pozwoliła docentowi L. Noczyńskiemu na zrealizowanie wszystkich celów i zamierzeń. Jako chirurg zawsze walczył do końca o zdrowie i życie innych oraz jako osoba głęboko wierząca mimo postępującej choroby nie poddawał się jej psychicznie, lub wręcz wypierał ten fakt z własnej świadomości.

Pogrzeb, który zgromadził tylu przyjaciół, znajomych, współpracowników i kolegów, a szczególnie tłumy jego byłych pacjentów jeszcze raz uświadomił zgromadzonemu, że odszedł Człowiek, który całe swoje życie związał z niesieniem pomocy innym i poświęcił jej niemal w całości walce o zdrowie i życie powierzonych jego opiece chorych i potrzebujących.

dr hab. nauk med. Janusz Dawiskiba

Serdeczne wyrazy współczucia

Wandzie i Janowi Cywickim

z powodu śmierci syna Andrzeja składają

Koleżanki i Koledzy z Wojewódzkiego

Szpitala Specjalistycznego Chorób Infekcyjnych we Wrocławiu.

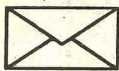
Wyrazy serdecznego współczucia Pani Doktor Teresie Dudek-Jasińskiej z powodu śmierci Brata

doc. dra hab. Jerzego Szykuły

składają

Koleżanki i Koledzy Terenowego Koła Izby Lekarskiej przy ZOZ dla Szkół Wyższych we Wrocławiu.

LISTY

PISZA
O NASRedakcja
Biuletynu

Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Informacje prasowe z kilku ostatnich dni ("Gazeta Wyborcza" z dn. 2 i 7 kwietnia bieżącego roku) skłoniły mnie do zwrócenia się za pośrednictwem Państwa do osób kompetentnych we władzach i komisjach DIL z pytaniami dotyczącymi dwóch kwestii.

Sprawa pierwsza: przygotowywane są zmiany kodeksu pracy, w tym m.in. ograniczenie godzin nadliczbowych do 4 na dobę, niemożność podejmowania pracy nocnej przez matki i ojców samotnie wychowujących dzieci do lat 4 i inne. Chciałbym wiedzieć, jak w świetle przygotowywanych zmian wygląda sprawa dyżurów lekarskich, które ze względu chociażby na ich finansowanie były przedmiotem wielu sporów; jakie regulacje będą dotyczyły zasiłków wyrównawczych dla lekarzy, które ze względu na ciężę zaprzestają dyżurowania, bo jak wiadomo (również z doniesień prasowych) różna jest interpretacja prawa do takiego zasiłku nawet w sądach?

Krótko mówiąc, czy i jakie stanowisko w tej sprawie zajmuje Izba Lekarska i jakie są szanse na przeformowanie korzystnych dla nas rozwiązań?

Sprawa numer dwa: w związku z wywiadem z panem ministrem Żochowskim, a dokładnie z ostatnimi fragmentami związanymi z przygotowywanymi zmianami dotyczącymi zatrudnienia - tylko prywatna praktyka lub tylko publiczna służba zdrowia. Pomijając fakt, że już kiedyś coś takiego funkcjonowało, że kilkanaście miesięcy temu taki pomysł został już raz skrytykowany, że argumentacja typu emeryci i renciści absolutnie mnie nie przekonuje, to z różnych innych względów jest to pomysł, moim zdaniem, całkowicie absurdalny. W związku z tym pytam czy Izba Lekarska ma szansę na storpedowanie tego projektu, bo mam nadzieję, że stanowisko Izby, mimo zmian "głów", nie uległo zmianie?

Na koniec sprawa ogólniejsza, dużo się ostatnio mówi i pisze o prawach pacjenta i bardzo słusznie. Można o tym różnie np. tak jak w "Polityce" z dn. 12.03.94 r. w tekście

pod tytułem "Hipokrates już nie żyje", z którego wybrałem dwa przytoczone niżej fragmenty, a wybrałem je m.in. dlatego, że w tekście zostały podane wyłuszczonego drukiem: "... a doświadczenie społeczne podpowiada, że prędzej błąd lekarza skryje ziemia niż wygra się przeciw niemu proces, nie mówiąc o otrzymaniu odszkodowania" i "... wieloletnia walka lekarzy o wyzwolenie się z systemu komunistycznego niepostrzeżenie przerodziła się w walkę o własny interes korporacji".

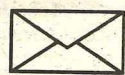
Zdaję sobie sprawę z tego, że prawa pacjenta różnie są realizowane, ale mam też wrażenie, że lekarz zaczyna być ubezwłasnowolniony w swojej działalności zawodowej. Może warto sprowokować dyskusję również na ten temat na łamach naszego "Biuletynu".

Powyższe problemy poruszyłem bardzo skrótowo, żeby nie zanudzać czytających, zdając sobie sprawę, że np. dyżury lekarskie regulowane są odrębnymi rozporządzeniami i są jakby poza Kodeksem Pracy, ale stąd też wynikają wspomniane nieporozumienia.

Na marginesie tej "małej prasówki" nasunęła mi się dość smutna refleksja, że działalność informacyjna Izby Lekarskiej wychodząca poza środowisko praktycznie nadal nie istnieje.

Z wyrazami szacunku

lek.med. Krzysztof Kobyliński

NIE JEDŹ
DO LIBII!

Departament Pośrednictwa Pracy Urzędu Pracy w Warszawie zwraca się z uprzejmą prośbą o spowodowanie, aby w biuletynach przestały się ukazywać ogłoszenia PPU "Delta-Bud" Spółki z o.o. z siedzibą w Gdańsku i innych firm oferujących pracę dla lekarzy, pielęgniarek i położnych w służbie zdrowia Libii.

Aktualnie mamy wiele problemów z pielęgniarkami zwerbowanymi do pracy w Libii przez PPU "Delta-Bud". Niektóre z nich dowiedziały się o tej pracy z ogłoszeń publikowanych w biuletynach izb lekarskich i pielęgniarskich. Obecnie znajdują się w bar-

dzo trudnej sytuacji materialnej na terenie Libii i mają trudności z powrotem do kraju.

Jeżeli jest to możliwe, prosimy również o zamieszczanie w ww. biuletynach ogłoszenia z ostrzeżeniem o nielegalnej działalności ww. firmy i jej podobnych oferujących pracę dla personelu medycznego i pielęgniarskiego w Libii oraz z ryzykiem związanym z podjęciem tam pracy.

Z poważaniem

Dyrektor Departamentu
Pośrednictwa Pracy
Irena WolińskaORGANIZACJA
NA MEDAL

Redakcja "Biuletynu DLI"

Pragnę raz jeszcze podziękować za zaproszenie i możliwość uczestnictwa w zorganizowanym przez DIL (i to jak zorganizowanym!) spotkaniu czasopism Izb Lekarskich.

Pozostaję z szacunkiem

Mieczysław Bogobowicz
Biuletyn OIL KoszalinSPOTKANIE
REDAKCJIDolnośląska Izba Lekarska
Wrocław

Miłym Gospodarzom - Organizatorom I Ogólnopolskiego Spotkania Redakcji Czasopism Izb Lekarskich serdecznie dziękujemy za umożliwienie wymiany doświadczeń i poglądów na temat naszej działalności.

Spotkanie było dla nas bardzo pouczające i inspirujące. Podziwiamy wspaniałą organizację oraz miłą i serdeczną atmosferę wytworzoną przez gospodarzy.

Łączymy pozdrowienia.

Małgorzata Kędzierska
Anna Jassowicz
Lucyna Sliwak
Komisja Informacyjna
Kujawsko-Pomorskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej

sprostowania

Dolnośląska Izba
Lekarska
ul. Matejki 6
50-333 Wrocław

W ślad za pismem z dnia 02.03.1994 r. znak j/w w sprawie nieprawidłowego wystawiania przez lekarzy recept na preparat insulina typu humulina i przedrukiem pisma w "Biuletynie" nr 3 z marca br. proszę o sprostowanie "listu" w części:

... "Inspektorat planuje przeprowadzenie rekontroli i jeżeli rekontrole wykażą nadal nadużywanie uprawnień lekarzy do wydawania recept na okres przekraczający datę wyznaczonej kolejnej wizyty - wystąpi do Lekarza Wojewódzkiego z propozycją ponownego wprowadzenia wniosków, co stanowić będzie dodatkowe obciążenie zarówno dla lekarza jak i pacjenta".

W przedruku pisma Inspektoratu opuszczono część zdania, które podano... "jeżeli rekontrole wykażą nadal nadużywanie uprawnień lekarzy do wydawania recept na okres przekraczający datę wyznaczonej kolejnej wizyty - wystąpi do Lekarza Wojewódzkiego z propozycją ponownego obciążenia zarówno dla lekarza jak i pacjenta"...

Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny
mgr farm. Lidia Temler

Redakcja "Biuletynu DIL"

Do tekstu artykułu pt. "O chorobach piersi - międzynarodowe spotkanie w Wojnowicach" ("Biuletyn DIL", marzec 1994) wkraśl się błąd. W zdaniu: "Cysty o średnicy 100 mm i większej spełniają kryterium cyst dużych ..." zamiast figurującej wartości powinno być "10 mm".

Anna Sidorowicz



Notatka "Spotkanie dinozaurów", zamieszczona w marcowym numerze "Biuletynu" została mylnie podpisana. Autorem jej jest Krzysztof Wronecki a nie Krzysztof Wrabec. Oba panów serdecznie przepraszamy.

Redakcja

W sesji wiosennej 1994 r. egzamin na pierwszy stopień specjalizacji zdali lekarze:

STOPNIE SPECJALIZACYJNE UZYSKALI

choroby wewnętrzne

Daniel Kotschy, AM Katedra i Zakład Patofizjologii, Wrocław

Piotr Hudziec, AM Katedra i Zakład Onkologii, Wrocław

Anna Hans, Specjalistyczny Szpital Zespolony, ul. Traugutta, Wrocław

Marzena Stopyra

Tomasz Lepetow

Jerzy Odonicz-Czarne-

cki, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, Wrocław

Monika Anagnostopulu, ZOZ Fabryczna, Wrocław

Ludwika Krysiak

Lidia Pawlikowska, ZOZ Fabryczna, Wrocław

Dariusz Kielkiewicz

Roman Szklarz, Wojewódzki Szpital Zespolony, pl. 1 Maja, Wrocław

Joanna Benysek-Milewska, ZOZ Oleśnica

Katarzyna Szymkowiak

Małgorzata Szela, Wojewódzki Szpital Zespolony, pl. 1 Maja, Wrocław

Robert Szmiglewski, Wojewódzki Szpital Zespolony, pl. 1 Maja, Wrocław

Bożena Bogacz, ZOZ Oleśnica

Adam Adamski, ZOZ

Oleśnica

Katarzyna Kapelko, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Kamińskiego, Wrocław

Paweł Koszewicz, Wojewódzki Szpital Zespolony, pl. 1 Maja Wrocław

Paweł Hajdamowicz, ZOZ Krzyki, Wrocław

Ewa Stocka-Błażejewska, ZOZ Śródmieście, Wrocław

Andrzej Leszczak, ZOZ Stare Miasto, Wrocław

Krystyna Bugajska, ZOZ Fabryczna, Wrocław

Elżbieta Kochaniec, Wojewódzki Szpital Zespolony, pl. 1 Maja, Wrocław

Maria Klementowska, ZOZ Stare Miasto, Wrocław

Jolanta Tychańska, ZOZ Fabryczna, Wrocław

Gratulujemy !!!

Lasery dla szerokiego zakresu zastosowań medycznych: biostymulacyjne, chirurgiczne, koagulujące, do opracowywania twardych tkanek zębów. Znakomite do wyposażenia gabinetów: stomatologicznych, dermatologicznych, laryngologicznych, ginekologicznych, okulistycznych oraz rehabilitacji, reumatologii i akupunktury. Oferuje -

Laser Instruments Centrum Techniki Laserowej

w Warszawie, ul. Kasprzaka 29/31 i nasz wyłączny przedstawiciel na Dolny Śląsk **Ultra Med Wrocław**, ul. Śniadeckich 10.

U nas kupisz sprzęt najnowszej generacji produkcji własnej na podzespołach zachodnich. Oferujemy najnowocześniejsze rozwiązania konstrukcyjno-eksploatacyjne po bardzo konkurencyjnych cenach.

Zapewniamy szybkie terminy dostaw, serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. Umożliwiamy otrzymanie dogodnego kredytu na zakup naszego sprzętu. Prowadzimy kursy dotyczące zastosowań laserów w medycynie. Przy zakupie lasera oferujemy bezpłatne szkolenie.

Przyjdź, zobacz lub zadzwoń, uzgodnij co Ci potrzeba. Tel. Warszawa 360-073, 361-163, Wrocław 483-966.

Nasi specjaliści są do Państwa dyspozycji. Serdecznie zapraszamy.

ELMEDES

tel. fax 57 98 74,
ul. Stanów Zjednoczonych 35,
54 - 403 Wrocław

oferuje w Leasingu i na raty:

- sprzęt Chirany - Ergostar, Praktik, Chiradent (autoryzowany serwis),
- regenerowane zachodnie unity i fotele stomatologiczne - każdy sprawny i zainstalowany w siedzibie firmy,
- mini autoklawy Prestige Medical i KaVoklave,
- radiowizjografy i rentgeny stomatologiczne firmy Trophy,
- fachowe projektowanie i wykonawstwo pod klucz gabinetów stomatologicznych.
- wyposażenie pracowni rentgenowskiej - rentgen panorami - rentgen z cefalostatem.

Badanie nasienia

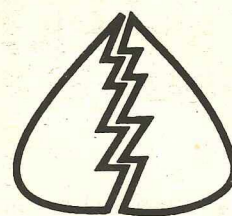
- ogólne
- specjalistyczne (przeciwciała, penetracja, inne)

Badania

mikrobiologiczne

- ogólne
- chlamydia, ureaplasma

Dr Anna Chelmońska-Soyta
Wrocław
ul. Kaszubska 4
tel. 21 70 87



BEZOPERACYJNE KRUSZENIE KAMIENI MOCZOWODOWYCH I NERKOWYCH

ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PZU S.A. "SECURA"
OŚRODEK LITOTRYPSJI 57-320 POLANICA ZDRÓJ ALEJA RÓŻ 11
tel. z Wrocławia (8732) 112 - 589, z Wałbrzycha (879) 112 - 589
tel. z innych miast (072) 112 - 589

INFORMUJEMY KOLEGÓW LEKARZY

- działamy już ponad dwa lata - leczylimy ponad 2 000 pacjentów
- współpracujemy z Kliniką Urologii Wrocławskiej AM oraz ponad 120 urologami
- wyniki naszej pracy publikowane w Polsce i za granicą odpowiadają wynikom renomowanych ośrodków zachodnich
- oferujemy doświadczenie, precyzyjną szwajcarską aparaturę najnowszej generacji oraz kulturalną obsługę w ponadstandardowych warunkach
- każdemu lekarzowi, który wyrazi taką chęć umożliwimy 1-2 dniowy pobyt w Ośrodku celem zapoznania z medycznymi aspektami metody leczenia
- każdemu lekarzowi zgłaszającemu zainteresowanie wysyłamy pełny komplet informacji medycznych oraz materiały informacyjne dla pacjentów

Z okazji 35-lecia absolutorium w dniach 8-9 października 1994 roku odbędzie się

III Spotkanie Koleżeńskie Absolwentów AM we Wrocławiu rocznik 1959,

na które serdecznie zaprasza Komitet Organizacyjny.
Zgłoszenia i informacje u kol. Małgorzaty Pawłowskiej,
adres: ul. B. Prusa 37/39 m.3, 50 - 317 Wrocław, tel. 22 71 66.

Uwaga! Absolwenci Akademii Medycznej we Wrocławiu z roku 1968 (lekarze stomatolodzy) i 1969 (lekarze medycyny) oraz koleżanki i koledzy, którzy czują się związani z tym rocznikiem!

Z okazji 25-lecia organizujemy **Zjazd Koleżeński**
8 października 1994 roku.

Zgłoszenia przyjmuje Komitet Organizacyjny we Wrocławiu, ul. Matejki 6 (Dolnośląska Izba Lekarska).



Wrocław Kuźniki
tel. (071) 570705

Polecam unity stomatologiczne wraz z fotelami firm Siemens, Kavo, Eurodent, Planmeca, Ritter, używane, po regeneracji, z półroczną gwarancją i serwisem, w cenie od 40 mln zł.

Fotele stomatologiczne - stabilizacja ustawienia fotela w ustalonej pozycji - dp trzech pamięci, cena od 8 mln zł.

Towarzystwo Ubezpieczeniowe "Samopomoc" SA

- oferuje
- ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej
 - lekarzy,
 - pielęgniarzek,
 - położnych

Towarzystwo Ubezpieczeniowe "Samopomoc" SA specjalizuje się w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej (OC) z tytułu wykonywania różnych zawodów. Ma także specjalną ofertę dla lekarzy (w tym dla lekarzy dentyków) oraz pielęgniarzek i położnych.

Oferta TU "Samopomoc" wyróżnia się na tle ofert innych firm ubezpieczeniowych. Inne firmy przeważnie udzielają ochrony ubezpieczeniowej tylko w zakresie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym, czyli w zakresie odpowiedzialności deliktowej. TU "Samopomoc" SA oprócz odpowiedzialności deliktowej obejmuje ochroną ubezpieczeniową również odpowiedzialność kontraktową, tj. odpowiedzialność wynikającą z umowy, jaką lekarz zawarł (zwykle w sposób dorozumiany) z pacjentem.

Oprócz tego bez dopłaty składki TU "Samopomoc" obejmuje ochroną ubezpieczeniową następstwa nieszczęśliwych wypadków, jakie mogą się wydarzyć ubezpieczonym lekarzom, pielęgniarzom i położnym w czasie wykonywania praktyki zawodowej.

W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej lekarza, a także pielęgniarzki i położnej nie zawsze łatwo jest rozgraniczyć zakres odpowiedzialności deliktowej i kontraktowej. Jednak pojęcie odpowiedzialności kontraktowej jest szersze i przeważnie obejmuje swym zasięgiem także odpowiedzialność deliktową.

Zdarzają się też przypadki, kiedy mamy do czynienia jedynie z odpowiedzialnością kontraktową lub wyłącznie z odpowiedzialnością deliktową.

Przykłady odpowiedzialności wyłącznie kontraktowej to: złe wykonanie protezy przez stomatologa, nie odpowiadający oczekiwaniom pacjenta wynik operacji plastycznej, spo-

TU • SAMOPOMOC • S.A.

Warszawa, ul. Kopernika 30
Ekspozytura we Wrocławiu
tel. 44-68-84
ul. Dąbrowskiego 42
44-26-14

wodowanie odparzeń na skutek niedostatecznej - zdaniem pacjenta - opieki pielęgniarskiej, niewywiązanie się przez pielęgniarkę z obowiązków w czasie dyżuru pooperacyjnego itp.

Umowy ubezpieczenia mogą być zawierane w formie indywidualnej lub zbiorowej. Zbiorowe umowy mogą być zawierane przez izby lekarskie, izby pielęgniarzek i położnych, organizacje i stowarzyszenia lekarskie, organizacje i stowarzyszenia pielęgniarzek i położnych oraz przez pracodawców (np. przez szpital).

Wysokość składki za ubezpieczenie jest uzależniona od tego, czy lekarz, pielęgniarka lub położna pracuje wyłącznie w lecznictwie publicznym lub zakładowym, czy prowadzi praktykę prywatną. Składka jest zależna również od tego, czy ubezpieczenie obejmuje ryzyko zakażenia zakaźnej i HIV, czy też ryzyko to jest wyłączone.

Roczne składki za ubezpieczenie lekarzy wynoszą:

- dla lekarzy pracujących wyłącznie w lecznictwie publicznym lub zakładowym 75 tys. zł (w przypadku włączenia ryzyka zakażenia zakaźną i wirusem HIV - 100 tys. zł);
- dla lekarzy prowadzących praktykę prywatną 1 mln zł (1.500.000 zł);

- dla lekarzy dentyków prowadzących praktykę prywatną - 1.200.000 zł (1.500.000 zł).

Roczne składki za ubezpieczenie pielęgniarzek i położnych wynoszą:

- dla pielęgniarzek i położnych pracujących wyłącznie w lecznictwie publicznym lub zakładowym 70 tys. zł (z włączeniem ryzyka zakażenia zakaźnej i HIV - 100 tys. zł);
- dla pielęgniarzek prowadzących praktykę prywatną 800 tys. zł (1.200.000 zł);
- dla położnych prowadzących praktykę prywatną 1 mln zł (1.200.000 zł).

W przypadku zbiorowego ubezpieczenia przysługują bonifikaty: dla ponad 100 ubezpieczonych - 10%, ponad 200 - 15%, ponad 500 - 30%.

Jeżeli lekarze, pielęgniarki lub położne pracują w lecznictwie publicznym albo zakładowym, a równocześnie prowadzą praktykę prywatną, mogą być objęci ubezpieczeniem jedynie za opłatą składki przewidzianej w taryfie dla osób praktykujących prywatnie. Opłacenie tej składki powoduje objęcie ochroną ubezpieczeniową obydwu rodzajów wykonywanej praktyki.

Jednak ochroną ubezpieczeniową za opłatą składki przewidzianej dla pracowników lecznictwa publicznego lub zakładowego jest objęta odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego, który będąc pracownikiem tego lecznictwa i nie prowadząc praktyki prywatnej - w związku z pilną koniecznością - udzielił doraźnej pomocy choremu na prywatne zlecenie.

Na Dolnym Śląsku TU "Samopomoc" posiada cztery ekspozytury:

- we Wrocławiu, ul. Dąbrowskiego 42, tel. 44-68-84 lub 44-26-14
- w Jeleniej Górze, ul. Cieplicka 213, tel. 536-29 lub 530-40
- w Legnicy, ul. Libana 5, tel. 295-88
- w Świdnicy, ul. Łukasieńskiego 13, tel. 52-30-80

HEXAMANDIN

SKŁAD: 1 tabl. zawiera:
Methenamini mandelas 250 mg

WŁAŚCIWOŚCI I DZIAŁANIE:

Pochodna heksametylenotetraminy o szerokim zakresie działania bakteriobójczego na drobnoustroje Gram-dodatnie: Gram-ujemne, szczególnie na pałeczkę okrężnicy, gronkowca złocistego i paciorkowca kałowego. Łatwo wchłania się z przewodu pokarmowego i łatwo wydalą w stanie nie zmienionym. Działa słabo na florę jelit.

WSKAZANIA:

Stosowana w przewlekłych i ostrych zakażeniach dróg moczowych, szczególnie w leczeniu długotrwałym.

PRZECIWWSKAZANIA:

Niewydolność nerek, ciężka niewydolność wątroby, ostre uszkodzenie narządów miękkich, ciąża.
Nie stosować jednocześnie z sulfonamidami.

DZIAŁANIE UBOCZNE:

Niekiedy mogą wystąpić nudności, biegunka a także bolesne i trudne oddawanie moczu. Przekroczenie podanych niżej dawek może spowodować podrażnienie pęcherza moczowego.

DAWKOWANIE:

O ile lekarz nie zaleci inaczej lek podawać doustnie:
- dorosłym: 1-4 tabletek 4 razy dziennie
- dzieciom: 14 mg/kg masy ciała dziecka 2-4 razy dziennie

Uwaga : 1 tabletkę zawiera 250 mg Hexamandinu

OPAKOWANIE:

Stoik ze szkła oranżowego zawierający 50 tabletek.

PRODUCENT:



Farmaceutyczna Spółdzielnia Pracy
"GALENA"

ul. Krucza 62 Wrocław
telefon: 610651 telex 712256 fsp

Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne Jelfa SA (d.Polfa Jelenia Góra SA)

oferuje lek do stosowania w stanach chorobowych wymagających podania silnie i szybko działającego kortykosterydu

* Dexaven ampułki
4 mg/1 ml;
8 mg/2 ml

Zawiera deksametazon w postaci soli sodowej fosforanu deksametazonu, której dobra rozpuszczalność w wodzie umożliwia podawanie preparatu domięśniowo, dożylnie lub w dożylnych wlewach kroplowych.

Wskazania:

- * Wszystkie postacie wstrząsu
- * Ciężkie stany spastyczne oskrzeli
- * Zapobieganie i leczenie powikłań po strumektomii
- * Ciężkie odczyny uczuleniowe
- * Przełomy w chorobie Addisona



Informacji o lekach udziela: Dział Informacji Naukowej Przedsiębiorstwa Farmaceutycznego Jelfa SA ul. Wincentego Pola 21, 58-500 Jelenia Góra tel. 228-21, 254-51 (wewn. 341); fax 244-55 tlx 075269, 075602 oraz Ośrodek Informacji Naukowej "Polfa" Sp. z o.o. Al. Stanów Zjednoczonych, 04-028 Warszawa 50 tel. 13-49-25; fax 13-45-65

Farmaceutyczna Spółdzielnia Pracy
50-984 Wrocław, ul. Krucza 62
tel. centrala 61-06-51; 61-06-52
sekretariat: 61-66-67 fax: 61-66-67
zaopatrzenie: 61-81-10 telex: 0712256

Acetaminophen	500 mg a 20 tabl.
Coffalgan	a 20 tabl.
Acenol	300 mg a 20 tabl.
Acenol cum Coffeino	a 20 tabl.
Paracetamol syrop	2,4% a 120 ml
Gwarantowana skuteczność, środki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe bez salicylanów (ból głowy, migreny, przeziębienia, grypy).	
Pentaerythritol Forte	30 mg a 40 tabl.
Pentaerythritol compositum	20 mg a 20 tabl.
Rozszerza naczynia wieńcowe, ekonomizuje pracę serca.	
Hexamandin	250 mg a 30 tabl.
Niezwodna przy ostrych zakażeniach dróg moczowych, działa bakteriobójczo na drobnoustroje Gram-dodatnie, Gram-ujemne	

Cyclonamine-Ethamsylate	250 mg a 30 tabl.
Calcium dobesilate	250 mg a 30 tabl.
Skutecznie skraca czas krwawienia. Stosowane w chirurgii i ginekologii.	
Dolomit granulat	100g
Wyrównuje niedobór magnezu i wapnia, poprawia samopoczucie.	
Sucram	120g
Rewelacyjny słodzik dla cukrzyków i odchudzających się, zawiera NutraSweet	

Dla profesjonalistów dostarczamy na żądanie szczegółowy monogram produktów

Asortyment

Calcium Gluconicum Granulatum	a 75g	70 op.
Coffeinum Natrium Benzoicum	a 10 tabl.	100 op.
Kalium Guajacolosulfonicum	a 10 tabl.	84 op.
Syrop Kalii Guajacolosulfonici	a 125g	35 op.
Kalium Hypermanganicum	a 30 tabl.	100 op.
Lumidrinol	a 20 tabl.	84 op.
Nipas wkładki dożębodołowe	a 100 szt.	50 op.
Chinoksyzol	a 100 tabl.	50 op.
Chinoksyzol subst.	25 g.	-----

Karton zbiorczy

**G
A
LENA
N
A**

KONFERENCJE POSIEDZENIA

Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego

organizuje w dniach 27 - 29 maja 1994 r. w Legnicy konferencję naukową pt.

"Zdrowe dzieci w zagrożonym środowisku"

Konferencja będzie kontynuacją corocznie organizowanej sesji popularno-naukowej, na której omawiane będą aktualne wyniki badań wpływu zanieczyszczonego środowiska, a szczególnie ołowiu na życie dzieci oraz efekty leczenia dzieci i przedostawania się toksyn do środowiska dziecka. Po raz pierwszy w konferencji uczestniczyć będą także naukowcy z zagranicy, którzy podzielą się doświadczeniami w walce z narażaniem na ołów dzieci w swoich krajach.

Zainteresowanych uczestnictwem w konferencji prosimy o zgłaszanie się na adres Fundacji: 59 - 220 Legnica, skr. poczt. 33, tel./fax (076) 56 47 70 lub (076) 204 86.

Prezes Fundacji
dr n. med. Halina Strugała-Stawik

Komisja Sportu i Rekreacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

w dniach 02-05.06.1994 r. organizuje

II Ogólnopolski Otwarty Turniej Tenisa Ziemnego dla Lekarzy

Turniej odbędzie się na kortach (9) w Gryfinie mających atest Międzynarodowego Związku Tenisowego. Zawody te są organizowane po raz drugi, mamy nadzieję, że staną się tradycją i będą pożytecznym uzupełnieniem jesiennego turnieju w Olsztynie, mającego charakter mistrzostw Polski organizowanych przez Warmińsko-Mazurską Izbę Lekarską. Zamierzamy też prowadzić z uczestnikami turnieju dalsze rozmowy na temat powołania fundacji sportu i rekreacji w środowisku lekarskim zgodnie z życzeniami wielu przedstawicieli wyrażonymi w czasie spotkania w Olsztynie we wrześniu 1993 r.

Informacje prosimy kierować na adres: O.I.L. w Szczecinie, Komisja Sportu i Rekreacji - lek. med. M. Mroźewski (jak najszybciej, niezależnie od oficjalnego zgłoszenia).

Regulamin turnieju

1. II Ogólnopolski Otwarty Turniej Tenisa Ziemnego dla lekarzy i lekarzy stomatologów organizowany jest przez Komisję Sportu i Rekreacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie w dniach 02 - 05 czerwca 1994 r. na kortach w Gryfinie.

2. Prawo startu mają lekarze i lekarze stomatolodzy z kraju i z zagranicy posiadający obywatelstwo polskie, którzy nie startowali zawodniczo po 01.01.1992 r.

3. Turniej zostanie przeprowadzony w następujących kategoriach wiekowych:

- mężczyźni do 45 lat
- mężczyźni od 46 do 55 lat
- mężczyźni powyżej 55 lat
- mężczyźni gra podwójna - open
- kobiety gra pojedyncza - open

4. Korty w Gryfinie (18 km od Szczecina) mają atest Międzynarodowego Związku Tenisowego i były tu już rozgrywane turnieje satelitarne. Obiekt dysponuje 9 kortami z możliwością gry w porze nocnej i pełnym zabezpieczeniem rekreacyjnym (kąpiele, sauna, masaż, nagrania video).

5. Turniej zostanie rozegrany systemem pucharowym do 2 wygranych setów, przy stanie 6:6 (tie break). W zależności od liczby uczestników mogą być wprowadzone gry eliminacyjne.

6. Wpisowe uczestnika wynosi 300.000 zł wpłacane wcześniej na konto Nr PBKS I/O Szczecin 368009-8123-132 "Turniej" O.I.L. w Szczecinie lub na miejscu.

7. Zgłoszenia prosimy kierować na adres: Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie - Komisja Sportu i Rekreacji, ul. Wojska Polskiego 66, 70 - 481 Szczecin, tel. 34 69 16, 34 59 09, z podaniem daty urodzenia.

8. Zgłoszenia pisemne należy przysyłać do dnia 01.05.1994 r.

9. Zgłoszenia osobiste w hotelu "Pod Platanem" w Gryfinie, ul. Sprzymierzonych 8 od czwartku (01.06.1994 r., godz. 15.00) w biurze organizacyjnym. Losowanie o godz. 19.30 01.06.1994 r.

10. Zakwaterowanie na miejscu w hotelu "Pod Platanem" w Gryfinie w pokojach 2-osobowych (cena pokoju od 321.000 do 481.500 zł w tym vat). Tel. fax 16 27 79, tel. 16 50 69, 16 27 79. Kier. O.90.

11. Możliwość spożywania posiłku na miejscu.

12. Organizatorzy zapewniają:

- grę piłkami marki "Nassau"
 - zorganizowanie ogniska i wieczorku koleżeńkiego
 - nagrody i upominki dla każdego uczestnika oraz wiele, mamy nadzieję, miłych wspomnień.
- Do zobaczenia

Komitet Organizacyjny

Posiedzenie szkoleniowo-naukowe Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego odbędzie się 26.05.1994 r. o godz. 12.30 w sali im. E. Biernackiego przy ul. Pasteura. Program przygotował Oddział Internistyczno-Kardiologiczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu z okazji X-lecia jego działalności.

1. 10 lat działalności Oddziału Internistyczno - Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu. - Krzysztof Wrabec

2. Zaciągające zapalenie osierdzia po operacjach kardiologicznych - niedoceniany problem kliniczny. - Krzysztof Wrabec, Tamara Parczewska, Bożena Sobkowicz, Dorota Kratochwil, Marian Zembala, Andrzej Dumański, Tomasz Hirnle, Adam Porada, Aldona Cwynar.

3. Hemodynamiczna ocena swoistości i czułości nowszych i dawniejszych elektrokardiograficznych kryteriów rozpoznawania serca płucnego na tle COPD. - Jerzy Ludwiczek, Krzysztof Wrabec, Piotr Piszko, Jacek Jagas, Jerzy Śpikowski, Adam Porada.

Przewodnicząca
doc. dr hab. med. K. Łoboz-Grudzień
Sekretarz
lek. med. Alicja Kowalska

Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej

informuje, że w dniach 22 - 24 kwietnia odbędzie się w Turawie konferencja na temat:

System lekarza rodzinnego oraz zasady kontraktowania świadczeń

Przewidziany jest również wybór delegatów na V Walny Sprawozdawczy Zjazd STOMOZ, który odbędzie się w dniach 11 i 12 czerwca br. w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą.

Organizatorem konferencji w Turawie jest kol. Aleksandra Kozok, dyrektor SZOZnMiDz w Opolu, wiceprzewodnicząca Oddziału Dolnośląskiego. Zainteresowanych prosimy o kontakt, tel. (877) 330 56.

(Redakcja otrzymała ogłoszenie 30 marca 1994 r.)

Zakład Historii Medycyny i Farmacji Akademii Medycznej we Wrocławiu

i

Zarząd Główny Towarzystwa Miłośników Lwowa i Kresów Południowo-Wschodnich

uprzejmie zapraszają na krajową sesję

"Profesor Rudolf Stefan Weigl i działalność Jego Instytutu Tyfusowego we Lwowie w latach okupacji rosyjskiej i niemieckiej miasta - 1939 - 1944"

która odbędzie się w dniach 14-15 października 1994 r. we Wrocławiu. Tematyką wiodącą sesji będą:

1. Życie i działalność profesora Rudolfa S. Weigla.
2. Organizacja Instytutu Tyfusowego i jego działalność w czasach okupacji rosyjskiej.
3. Działalność Instytutu w latach okupacji niemieckiej Lwowa.

Sesji towarzyszyć będzie spotkanie koleżeńskie byłych współpracowników Instytutu Weigla oraz wystawa w Muzeum Historycznym.

Termin nadsyłania zgłoszeń i referatów upływa z końcem czerwca b.r. Korespondencję prosimy kierować na adres: Zakład Historii Medycyny i Farmacji Akademii Medycznej, dr Elżbieta Więckońska, ul. J. Mikulicza-Radeckiego 7, 50-348 Wrocław z dopiskiem "Weigl".

Osoby posiadające materiały źródłowe związane z tą problematyką proszone są o ich wypożyczenie celem ekspozycji na wystawie.

ESPE Dental Medizin



oraz

Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej Akademii Medycznej we Wrocławiu

zapraszają na wykład

Prof. Grahama J. Mounta z Australii

Program:

- 11.00-12.30 Glas-jonomery materiały do odbudowy o niskim stopniu ryzyka. Biokompatybilność, profilaktyka, remineralizacja, adaptacja.
- 12.30-13.30 Przerwa, lunch.
- 13.30-15.00 Wieloletnie rezultaty odbudowy materiałami glas-jonomerowymi ubytków różnych klas. Sukcesy i porażki.

Wykład odbędzie się 7 czerwca o godz. 11.00 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, Wrocław, ul. Matejki 6.

OGŁOSZENIA
O PRACY

Dyrekcja Specjalistycznego Szpitala Zespołowego we Wrocławiu, ul. Traugutta 116, zatrudni od razu:

- kierownika Stacji Dializ - lekarza nefrologa lub internistę ze specjalizacją II stopnia,
 - z-cę kierownika Stacji Dializ - lekarza internistę ze specjalizacją I stopnia.
- Oferty zawierające podanie, kwestionariusz i poświadczenie kwalifikacji należy składać w Dziale Kadr Szpitala do dn. 30. 04. 1994 r.

ZOZ Środa Śląska, tel. 17 39 48, 17 39 31 zatrudni:

- okulistę
- internistę
- dwóch stomatologów.

Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu zatrudni lekarzy:

- specjalistów psychiatrów
 - psychiatrów
- Posiadamy 2 mieszkania: jedno- i trzypokojowe. Zainteresowanych prosimy o osobisty kontakt z Dyrekcją Szpitala. Adres: Lubiąż, ul. Mickiewicza 1, tel. 13 lub bezpośrednio z Wrocławia 19 55 24.

ZOZ Świebodzice zatrudni do pracy w pełnym wymiarze godzin, w dziale pomocy doraźnej lekarza po stażu. Istnieje możliwość przydziału mieszkania. Kontakt: G. Moskwia, tel. 54 15 61.

Lekarz med. Hanna Malunowicz poszukuje pracy we Wrocławiu. Posiada specjalizację I stopnia z pediatrii, II stopnia z psychiatrii oraz II stopnia z psychiatrii dzieci. Obecnie pracuje na stanowisku ordynatora oddziału psychiatrycznego, jest biegłym sądowym, sprawuje opiekę nad Domem Opieki Społecznej. W latach 1977 - 1986 pracowała na Oddziale Neuro-psychiatrii we Wrocławiu przy ul. Krakowskiej, gdzie pełniła obowiązki zastępcy ordynatora.

Warunek - mieszkanie rodzinne. Oferty kierować na adres: Hanna Malunowicz, Zalesie 12/2, 09 - 500 Gostynin.

Dyrektor Szpitala Chirurgicznego w Legnicy ogłasza konkurs na stanowisko zastępcy dyrektora do spraw Lecznictwa Szpitala Chirurgicznego w Legnicy. Kandydat winien spełniać następujące warunki:

1. wykształcenie wyższe medyczne
 2. minimum 8 lat pracy w zawodzie
 3. posiadanie specjalizacji II^o w dziedzinie medycyny
 4. preferowani kandydaci z miasta Legnicy (szpital nie zapewnia kandydatowi mieszkania).
- Oferta kandydata powinna zawierać:
- podanie wraz z motywacją ubiegania się o stanowisko dyrektora,
 - dokumenty stwierdzające posiadane kwalifikacje zawodowe wymagane do objęcia stanowiska zastępcy dyrektora do spraw lecznictwa,
 - opisany przez kandydata prze-

bieg pracy zawodowej,

- opinię o pracy z okresu 3 lat pracy zawodowej,
- oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe,
- opracowaną koncepcję pracy do zajmowanego stanowiska, funkcjonowania szpitala, organizacji pracy itp.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu winni złożyć dokumenty w opieczetowanych kopertach z napisem "Konkurs". Ofert należy kierować w ciągu 30 dni od daty ogłoszenia konkursu na adres: Szpital Chirurgiczny ul. Senatorska 1, 59-220 Legnica.

Dziekan Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu ogłasza konkurs otwarty na obsadę stanowisk asystenta i wykładowcy w niżej wymienionych katedrach, klinikach i zakładach:

1. Klinika Neonatologii II Katedry Położnictwa - 2 stanowiska asystenta (lek.med.)
2. Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Zawodowych - 1 stanowisko asystenta (lek.med.)
3. I Katedra i Klinika Ginekologii - 2 stanowiska asystenta (lek.med.)
4. Katedra i Zakład Farmakologii - 1 stanowisko wykładowcy (lek.med.)
5. Zakład Medycyny Doraźnej i Kastrof - 3 stanowiska asystenta (lek.med.)
6. Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej - 3 stanowiska asystenta (lek.med.)
7. Katedra i Zakład Ortodoncji - 1

stanowisko asystenta (lek.med.) O stanowisko asystenta i wykładowcy mogą ubiegać się osoby posiadające tytuł zawodowy lekarza lub lekarza stomatologa. Preferowani będą kandydaci po ukończeniu stażu podyplomowego. Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają następujące dokumenty:

1. podanie,
 2. życiorys z uwzględnieniem pracy naukowej i zawodowej,
 3. kwestionariusz osobowy + 1 zdjęcie,
 4. spis publikacji,
 5. odpis dyplomu ukończenia studiów,
 6. odpis zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu,
 7. zaświadczenie o średniej ocen z okresu studiów,
 8. zaświadczenie o braku zastrzeżeń ze strony Okręgowej Izby Lekarskiej właściwej dla miejsca zatrudnienia,
 9. ewentualne referencje i opinie na adres: Dział Kadr Akademii Medycznej we Wrocławiu ul. Pasteura 1 50-367 Wrocław w terminie do dnia 12 maja 1994 roku.
- Termin rozstrzygnięcia konkursu przewiduje się na dzień 12 lipca 1994 roku. Szczegółowych informacji udziela

Dział Kadr, tel. 22-65-22
Dziekan
Wydziału Lekarskiego
dr hab.n.med. Jan Kornafel
Profesor Nadzwyczajny

Biuro
Dolnośląskiej
Izby Lekarskiej
50-333 Wrocław
ul. J. Matejki 6
tel. 22-50-56, 22-50-57,
22-50-58, fax 22-48-44
Konto BGŻ O/Wrocław
893022-9537-2710

Kierownik
mgr Danuta Jarosz

Sekretariat
Małgorzata Adamczyk
Elżbieta Banot
Patrycja Malec

Ewidencja
Krystyna Popiel
Beata Kołodziejczyk
Alicja Sokołowska

Radca prawny
mgr Beata Kozyra-Lukasiak
poniedziałek-wtorek
13.00-15.00

Główna księgowa
Karolina Dembińska

Kasjerka
Maria Gała
poniedziałek-piątek
10.00-15.00

Kasjerka
Lekarskiej Kasy
Pomocy Koleżeńskiej
Barbara Nuckowska
wtorek, czwartek
12.00-15.00

Sekretariat
Rzecznika
Odpowiedzialności
Zawodowej i
Sądu Lekarskiego
mgr Aleksandra Dziuba
mgr Jolanta Sułkowska

Filie biura w delegaturach

Jelenia Góra
ul. Sobieszcowska 8,
58-500 Jelenia Góra-
Cieplice
tel.(8751) 520-43
Irena Kubica
poniedziałek-piątek
10.00-13.00
(pełnomocnik DIL
Aldona Białas)

Wałbrzych
al. Wyzwolenia 22,
58-300 Wałbrzych
tel.(8741) 261-20
Izabela Luśnia
poniedziałek-piątek
8.00-15.00
(pełnomocnik DIL
Jan Adamus)

Legnica
pl. Słowiański 1,
59-220 Legnica
tel.(876) 662-03
Stanisława Płatnicka
środa, czwartek, piątek
11.00-15.00
(pełnomocnik DIL
Jerzy Malkiewicz)

Klub DIL zaprasza

Informujemy wszystkich lekarzy, że biuro DIL oraz kierownik klubu we wrocławskiej siedzibie DIL (Wrocław, ul. Matejki 6) udzieli pomocy w zorganizowaniu zjazdów, spotkań koleżeńskich itp. Klub posiada odpowiednie pomieszczenia: salę konferencyjną na 200 osób, salę klubową na 60 osób oraz bufet. Zapewniamy obsługę gastronomiczną.

(kz)

Terminy dyżurów

Przewodniczący
Włodzimierz Bednorz

Zastępcy przewodniczącego
Ryszard Łopuch
Krystyna Kochman
Zdzisław Plamieniak

Sekretarz
Maciej Przestalski

Skarbnik
Andrzej Szmda

Przewodniczący sądu lekarskiego
Lech Żynda
(czwartek 14.00 - 15.00)

Rzecznik odpowiedzialności
zawodowej
Jerzy Szkarlat
(środa 13.00 - 14.00)

Przewodniczący komisji
problemowych:

Komisja Etyki
Ryszard Rzeszutko
(ostatni wtorek miesiąca 14.00)

Komisja Finansowa
Andrzej Niedziółka

Komisja Informacyjna
Andrzej Wojnar
(czwartek 13.00 - 14.00)

Komisja Kształcenia
Wanda Poradowska-Jeszke
(środa 14.00 - 15.00)

Komisja Legislacyjna
Janina Kasprzak-Wójtowicz
(wtorek 14.00 - 15.00)

Komisja Organizacyjna
Andrzej Koziarowski

Komisja Pracy i Warunków Placy
Konrad Leśniakowski
(czwartek 14.00 - 15.00)

Zespół ds. Praktyk Prywatnych i
Prywatyzacji
Aleksander Niedzielski
(trzeci czwartek miesiąca
godz. 13.30)

Komisja Skarg i Wniosków
Andrzej Drak
(poniedziałek 14.00-15.00)

Komisja Socjalna
Teresa Agopsowicz - Olipra
(pierwszy piątek miesiąca
godz. 13.00)

Komisja ds. Stomatologii
Jerzy Piekarski
(pierwszy wtorek miesiąca
12.30 - 13.30)

Komisja ds. Reformy i Współpracy
z Samorządem Terytorialnym i
Prywatyzacji
Ryszard Łopuch
(czwartek 10.00)

Komisja Rewizyjna
Jarosław Terpiński
(trzeci wtorek miesiąca godz. 10.00)

Komisja Współpracy z Zagranicą
Barbara Bruzewicz-Mikdaszewska
(poniedziałek 13.00 - 15.00)

Członkowie Koła Lekarzy Seniorów
spotykają się w ostatni piątek miesiąca o godz. 12.00

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 i wysyłany jest na adres domowy do około 9500 lekarzy z województw: jeleniogórskiego, legnickiego, wałbrzyskiego i wrocławskiego.

AKTUALNY CENNIK

1. Ogłoszenia drobne - 10 000 zł za słowo (płatne z góry).
2. Ogłoszenia duże:

FORMAT (strona)	KOLOR PODSTAWOWY	PEŁNY KOLOR (strony: 8,9,16)	PEŁNY KOLOR ZEWNETRZNA OKŁADKA
1= 40 modułów	19 200 000	28 600 000	-----
1/2= 20 modułów	9 600 000	14 300 000	17 200 000
1/4= 10 modułów	4 800 000	7 150 000	8 600 000
1/8= 6 moduły	2 880 000	4 290 000	5 160 000
1/16= 3 moduły	1 440 000	2 145 000	2 580 000
1 moduł (4x5 cm)	480 000	715 000	860 000

UWAGA!!!

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

Istnieje możliwość indywidualnego negocjowania cen.

Prosimy, aby ogłoszenia informujące o terminach spotkań, posiedzeń itp. dostarczać redakcji 2 miesiące przed ich terminem. Gwarantujemy wówczas, że ogłoszenie dotrze odpowiednio wcześniej do wszystkich zainteresowanych lekarzy.

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska
50-333 Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 22-50-56, 22-50-57, 22-50-58.
Konto BGŻ Wrocław 893022-9537-2710.

Komitet redakcyjny: W. Bednorz, J. Piekarski,
A. Pawińska - sekretarz, K. Pocięjkin,
A. Wojnar - redaktor naczelny, K. Ziembowska
Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo skracania i adiacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmiany w tytułach.
Numer zamknięto 15 kwietnia 1994 r.
Skład komputerowy i druk:
Norpol-Press sp. z o.o., ul. Podwałe 64, Wrocław.

