

**V ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA
CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ**

**ORAZ XVI KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA
LECZENIE NOWOTWORÓW GÓRNEJ CZĘŚCI UKIADU
POKARMOWEGO**

Wrocław 27-29 maja 1999

**VII ZJAZD NAUKOWY
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
DIABETOLOGICZNEGO**

Wrocław 27-30 maja 1999

**HORMONAL AND METABOLIC
DISTURBANCES IN MENOPAUSE
AND ANDROPAUSE**

International Symposium
WROCLAW, POLAND
28-29 MAY 1999

Zdjęcie i opracowanie graficzne Krzysztof Drobiński

W Hali Ludowej odbywa się wiele spotkań naukowych, szczególnie upodobały ją sobie kongresy, zjazdy i sympozja medyczne

Kontraktowy dyżur?

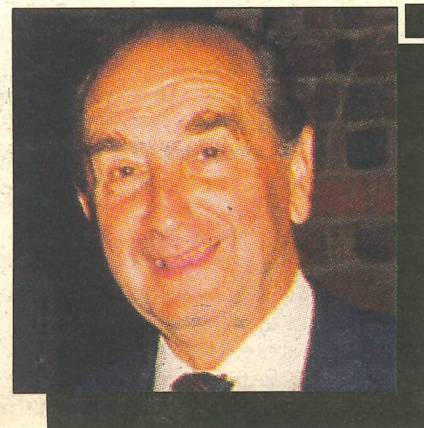
Lekarze zainteresowani założeniem lub przekształceniem dotychczasowej działalności w indywidualną lub grupową praktykę lekarską oraz podpisaniem umowy z Dolnośląską Regionalną Kasą Chorych mogą uzyskać niezbędne informacje i wzory druków w siedzibie DIL, ul. Matejki 6, II piętro, sekretariat.

Wzór umowy cywilnoprawnej, orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego w sprawie dyżurów, list czytelnika w sprawie dyżurów str. 3,4,5



str. 9

Komu pomaga viagra?



str. 6-7

Nowotwory - zagrożenie XXI wieku



str. 8

Cukrzyca jako problem angiologiczny i ekonomiczny

SZPALTA NACZELNEJ



W kwietniu odbyło się „Forum reformy opieki zdrowotnej” organizowane przez Instytut Spraw Publicznych, którym kieruje znana socjolog prof. Lena Kolarska-Bobińska. W forum uczestniczyli członkowie Komisji Zdrowia Sejmu i Senatu, a także prezesi NRL i przewodniczący OIL. Dyskusja była bardzo rzeczowa i konkretna, ponieważ członkowie parlamentu, działacze samorządu lekarskiego są także lekarzami praktykami i odczuwają bezpośrednio skutki wprowadzenia reformy. Uczestniczyli także w konferencji dyrektorzy szpitali, ZOZ i przedstawiciele kas chorych. Wszyscy mówili jednym głosem, że ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym dojrzała do nowelizacji. Niestety na „Forum” nie było ani minister zdrowia Franciszki Cegielskiej, która, wydaje się, powinna wsłuchać się w opinie najlepiej poinformowanych o problemach ochrony zdrowia praktyków.

W końcu maja odbyła się następna konferencja: „Reforma opieki zdrowotnej pięć miesięcy po godzinie „zero”. Drukowany program zapowiadał udział pani minister zdrowia. Na konferencji pojawili się dziennikarze największych pism: Rzeczpospolitej, Wyborczej, Życia. Liczyli, że minister zdrowia wypowie się autorytatywnie, jak zostaną rozwiązane problemy zadłużenia kas chorych, dostępu do specjalistów i szpitali i na inne aktualne pytania. Niestety pani minister na to spotkanie również nie przybyła. Był sekretarz stanu Ministerstwa ZIOS Maciej Piróg, który musiał wysłuchać pretensji uczestników konferencji, kierowanych do nieobecnej pani minister. Zażądali oni także, by pozostał na całej konferencji i wysłuchał głosu tych, którzy przybliżyli mu aktualne problemy służby zdrowia. Sekretarz stanu „mimo zakazu opuszczania koszar”, jak to w swej wypowiedzi żartobliwie sformułował, po udzieleniu odpowiedzi na zadane mu pytania natychmiast opuścił salę obrad, a wraz z nim dziennikarze prominentnych mediów.

Oba spotkania były bardzo interesujące i zostały na nich wypunktowane niedociągnięcia prawne, organizacyjne i finansowe, jakie nie jest reformą. Na spotkaniu z Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej pani minister Franciszka Cegielska oświadczyła, że wie, co ma robić i albo będzie umiała to zrobić, albo polegnie. Choć nie lubiłaby polec. Jednak uczestnictwo w obu konferencjach i konfrontacja z praktykami przydałaby się pani minister tym bardziej, że w służbie zdrowia sytuacja zmienia się nieustannie i właśnie praktycy znają najlepiej stan obecny.

Już teraz widać jasno, że było wielkim błędem wprowadzenie kas chorych bez określenia standardów i ich cen. Niebawem rozpoczyna się konkursy ofert na usługi medyczne. Jak można mieć orientację w jakości takiej usługi, jeśli nie ustalono, co wchodzi w jej zakres i wobec tego, która z ofert będzie naprawdę korzystna.

Pacjent wciąż do końca nie wie, za jakie leczenie płaci mu kasa chorych, a za co sam musi zapłacić. To tylko przykładowe sprawy, które powinny być jak najszybciej uregulowane.

Menedżerzy szpitalni usiłują manipulować placami lekarzy, zwłaszcza gdy wchodzi w grę zapłata za dyżury. O zagrożeniach dla lekarzy, którzy na życzenie dyrektora szpitala pozostają w pracy po dyżurze piszemy na str. 3, 4 i 5.

Rachunek od mechanika samochodowego, który wymienił mi lampę na tablicy rozdzielczej, wpisał mnie w filozoficzną zadumę. Za 15 minut pracy mechanik wystawił rachunek na 44,70 zł, za żarówkę zapłaciłam osobno. W jednym z ZOZ, lekarzom, którzy mieli pełnić dyżur w szpitalu zaproponowano 7,00 zł za godzinę. To zestawienie jest przerażające. Ileż droższe są nasze samochody od nas samych.

Elżbieta Pomorska

Szkolenie w technice negocjacji

W związku z licznymi problemami lekarzy w zawieraniu kontraktów z Kasą Chorych, DIL proponuje przeprowadzenie szkolenia w zakresie zasad obowiązujących przy negocjacji umów oraz rozwijania umiejętności skutecznego negocjatora.

Osoby zainteresowane szkoleniem są proszone o zgłaszanie się telefonicznie lub listownie na adres DIL, ul. Matejki 6, 50-333 Wrocław, tel. 322-50-56 do 57 do 1 lipca 1999. Zgłoszenia przyjmuje sekretariat.

Przewidywany termin szkolenia - sierpień. W razie dużego zainteresowania istnieje możliwość powtórzenia szkolenia w terminie późniejszym.

Z ostatniej chwili

Można zwracać się do Izby w sprawie staży podyplomowych i specjalizacyjnych, ponieważ ukazało się już rozporządzenie na ten temat.

Wrocław, dnia 19.05.1999

W związku z zmianami organizacyjnymi w ochronie zdrowia od stycznia br. wielu lekarzy nie wie, jaki jest podział kompetencji między szczeblami władzy państwowej i samorządowej, i dlatego zwracam się z gorącą prośbą do Pana o podanie zakresu spraw, którymi zajmuje się kierowana przez Pana placówka.

Z poważaniem

Przewodniczący
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dr n. med. Włodzimierz Bednorz

Pismo tej treści otrzymali: Dyrektor Krzysztof Dworak - Wydział Polityki Zdrowotnej Departamentu Spraw Społecznych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, Dyrektor Maciej Żmudzki - Wydział Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, dr n. med. Leszek Sokalski - pełnomocnik wojewody ds. monitoringu, Dolnośląski Urząd Wojewódzki, Dyrektor Piotr Kolbek - Wojewódzki Ośrodek Monitorowania Ochrony Zdrowia.

Jeśli chcesz otrzymać zapomogę

Komisja Socjalna Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przypomina, że przy składaniu wniosków o przyznanie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej niezbędne jest dostarczenie następujących dokumentów:

- opinia właściwego terenowego Koła DIL lub Koła Lekarzy Seniorów
- zaświadczenie o wysokości osiąganych dochodów, np. odcinek renty, emerytury, informacja o otrzymywaniu stypendium socjalnego, zaświadczenie z zakładu pracy o wysokości wynagrodzenia
- informacja o sytuacji rodzinnej lub zdrowotnej.

W wypadku braku wymienionych dokumentów Komisja Socjalna nie będzie rozpatrywać podań o zapomogę.

Przewodnicząca Komisji Socjalnej DIL
dr n. med. Teresa Agopsowicz-Olińska

Nowe prawa wykonywania zawodu

Komunikat

Komisja ds. Rejestracji Lekarzy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu uprzejmie informuje, że zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza (Dz. U. nr 28, z dnia 26.03.1997 r. poz. 152 z późniejszymi zmianami), do dnia 30.06.2001 r. zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologa wydane na podstawie dotychczasowych przepisów powinny być wymienione na nowe.

Zgodnie z art. 63 ustawy o zawodzie lekarza zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa wydane na podsta-

wie dotychczasowych przepisów tracą ważność z dniem 30.06.2001 r.

W związku z tym, iż należy dokonać wymiany ok. 12 000 zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu, będziemy robić to sukcesywnie według określonego planu.

Wszyscy lekarze, członkowie naszej Izby otrzymają na adres domowy wnioski o przyznanie prawa wykonywania zawodu i arkusz zgłoszeniowy celem wypełnienia, z informacją, jakich dokumentów brakuje w aktach rejestracyjnych będących w posiadaniu Izby, które po skompletowaniu należy niezwłocznie przekazać do DIL. Kserokopie do-

kumentów prosimy potwierdzić za zgodność z oryginałem w biurze DIL lub u pracodawcy.

Przyjmowane będą wyłącznie komplety dokumentów, o które prosimy. Po wydrukowaniu prawa wykonywania zawodu, będziemy indywidualnie informować o możliwości odbioru dokumentu. **Przypominamy, że odbioru prawa wykonywania zawodu można dokonać wyłącznie osobiście.**

Prosimy o jak najszybsze składanie nadesłanych do Państwa wniosków, pozwoli to na szybką i terminową wymianę praw wykonywania zawodu, zapobiegnie kolejkom i zbytecznemu zdenerwowaniu.

Standardy postępowania

w stanach zagrożenia życia w gabinecie prywatnym

Omdlenie

Głowa w dół do 10-15 st. poniżej poziomu, nogi do góry, następnie pozycja boczna ustalona (do czasu powrotu świadomości).

Natychmiastowa diagnostyka

Utrata przytomności:

A: Udrożnienie dróg oddechowych
Brak oddechu:

B: Sztuczne oddychanie (worek samorozprężający typu Ambu, maska)
- głowę podtrzymać w odgięciu
- 2 powolne oddechy sztuczne
- częstość 12 razy/min u dorosłych

Zatrzymanie krążenia

C: Sprawdź trzema palcami obustronnie na tętnicach szyjnych, czy jest obecne tętno - brak tętna - rozpocznij masaż serca.
- częstość 60-80 razy/min u dorosłych

Metoda

„jednego ratownika”
15 uciśnień mostka (3-5 cm)
2 sztuczne oddechy
↓
4 cykle
↓
badalne tętno?

Metoda

„dwóch ratowników”
5 uciśnień mostka (3-5 cm)
1 sztuczny oddech
↓
10 cykli
↓
badalne tętno?

Taca z lekami

Adrenalina 0,1% = 1 mg w 1 amp.
Dożylnie 1 amp. w 10 ml 0,9% NaCl
Dotchawczo - 1-2 amp. bez rozcieńczenia
Podjęzykowo - 1-2 amp. bez rozcieńczenia
Dzieci - zawsze rozpuścić do 10 ml wówczas w 1 ml jest 0,1 mg adrenaliny
Wodorowęglan sodowy - bicarbonat 8,4%
NaHCO₃ zawiera 1 mgEq Na⁺/ml
Jeśli akcja reanimacyjna trwa dłużej niż 5 minut podać dożylnie 1 amp. (dorosłemu).
Nie wolno podawać dotchawczo!
Sól fizjologiczna (sól fizjologiczna) - jako rozpuszczalnik leków.
Hydrocortison - 100 mg w 1 amp.
Dorosłym 1-2 amp. jednorazowo, dożylnie.
Nie podawać podjęzykowo ani dotchawczo!
Relanium - 10 mg w 1 amp.
Nie przekraczać dawki 0,2 mg/kg m. c.
Calcium „Polfa”
1 amp. u pacjentów leczonych stale lekami z grupy blokerów kanałów wapniowych np. Nifedypina, Diltiazem, Isoptin.

Sprzęt resuscytacyjny

Worek samorozprężający typu Ambu objętość 500 i 1000 ml.

Maski twarzowe (wielkość od 1 do 3)

Rurki typu Gordela, Mayo (wielkość od 1 do 5)

Cewniki do odsysania wydzieliny (nr 8 - 12F)

Quicktrack - rozmiary dla dorosłych

Przewodnicząca Komisji Kształcenia DIL
lek. med. Wanda Poradowska-Jeszke

Załącznik nr 1 nie obowiązuje

Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych we Wrocławiu uprzejmie informuje, że składanie załącznika nr 1 (zestawienia) do umowy na refundację leków nie będzie obowiązywało również za miesiąc czerwiec br.

Dyrektor Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych we Wrocławiu Barbara Misińska Wrocław, 24.05.99 r.

Duszpasterstwo Pielgrzymkowe Księży Pallotynów

APOSTOLOS

zaprasza na pielgrzymki do:
Ziemi Świętej
Egiptu, Jordanii, Rzymu, Grecji
Fatimy i Lourdes

Szczegółowe informacje:
tel. 345 69 21 lub (0) 604 27 41 32

Kontraktowy dyżur?

Lekarze zainteresowani założeniem lub przekształceniem dotychczasowej działalności w indywidualną lub grupową praktykę lekarską oraz podpisaniem umowy z Dolnośląską Regionalną Kasą Chorych mogą uzyskać niezbędne informacje i wzory druków w siedzibie DIL, ul. Matejki 6, II piętro, sekretariat.

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego w kwestii dyżurów lekarskich

1. Trybunał Konstytucyjny wypowiedział się ostatnio w kwestii dyżurów lekarskich i orzekł, że przepisy zawarte w rozporządzeniu Rady Ministrów z 27 grudnia 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz.U. nr 51, poz. 306 z późn. zm.) są niezgodne z konstytucją i kodeksem pracy, naruszają bowiem zasadę ustawowego określenia norm czasu pracy i zmieniają jego definicję.

Normy czasu pracy wyznaczają przepisy kodeksu pracy. Zgodnie z art. 129 k.p. czas pracy nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 42 godzin na tydzień. Jest to minimalna ochrona, jaką zapewniają przepisy prawa pracy pracownikom, a zatem norm tych nie można przekraczać. Możliwość pracy w wyższym wymiarze czasu pracy istnieje jedynie w ramach tzw. godzin nadliczbowych, za które zgodnie z art. 134 w związku z art. 144 kodeksu pracy przysługuje oprócz normalnego wynagrodzenia odpowiedni dodatek lub czas wolny.

Wymienione na wstępie rozporządzenie traktowało lekarski dyżur jako specyficzną formę pozostawania w gotowości do pracy i wykonywania jej poza godzinami normalnej ordynacji, a za wykonaną pracę przysługiwało lekarzowi jedynie odrębne wynagrodzenie, jednak bez dodatku za pracę w godzinach nadliczbowych i bez możliwości odebrania w zamian czasu wolnego.

Niestety Trybunał Konstytucyjny nie określił w swoim orzeczeniu, od kiedy ma ono obowiązywać. W związku z tym rodzi się pytanie, czy przysługuje nam rekompensata pieniężna za zwyczajowy okres 3 lat wstecz. Wydaje się celowe, aby zacząć je dnak starania o te pieniądze. W tym celu należałoby po pierwsze zwrócić się z pismem do dyrektorów zakładu o naliczenie należnej kwoty za okres 3 lat. W tym osobno od 1 stycznia 1999 roku do dnia ogłoszenia orzeczenia. Następnie złożyć pozew do sądu skarżąc jednocześnie wojewodę (jako przedstawiciela Skarbu Państwa) i dyrektora samodzielnego zoz.

2. Rodzi się pytanie, jak w świetle orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego, rozwiązać problem dyżurów lekarskich.

Istnieją tu trzy możliwości:

A. Dla osób, które mają mało dyżurów (do 150 godzin rocznie), korzystne może być utrzymanie umowy o pracę na te dyżury.

B. Powyższą kwestię można rozwiązać wprowadzając system zmianowy pracy, może on jednak spowodować duże problemy organizacyjne i finansowe poszczególnych jednostek organizacyjnych zatrudniających lekarzy, które to jednostki są ograniczone finansowo kontraktami z Kasami Chorych.

Wykonywanie pracy na zmiany może wiązać się ponadto z koniecznością dodatkowego zatrudnienia lekarzy nie będących dotychczas pracownikami danego ZOZ-u.

Praca zmianowa jest niekorzystna z tego powodu, że zrywa się ciągłość opieki nad pacjentem, lekarz może widzieć „swojego” chorego co 2-3 dni. Co jest nonsensem z punktu widzenia praktyki lekarskiej. Praktyka zmianowa jednak może być korzystna dla zespołów lekarskich w mniejszych miejscowościach, może bowiem zapobiec zwolnieniom lekarzy.

C. Innym rozwiązaniem, być może najlepszym, wydaje się przejście na kontrakty, czyli umowy cywilnoprawne, do których przepisy kodeksu pracy nie mają zastosowania, a co się z tym wiąże nie stosuje się w tym wypadku ograniczeń, wynikających z norm czasu pracy. Kontrakt może być jednak zawarty wyłącznie z lekarzem posiadającym indywidualną praktykę lekarską zarejestrowaną w izbie lekarskiej. Poniżej przedstawiamy proponowany przez DIL projekt kontraktu na dyżury. Dobrze byłoby jednak ustalić, albo na szczeblu ogólnokrajowym, albo przynajmniej na szczeblu dolnośląskim, minimalną kwotę honorarium za godzinę dyżuru. Obecnie kwota ta waha się od 3,20 do 12,00zł. I zdaniem wszystkich są to kwoty zbyt małe. Chodzi o to, by nie doprowadzić do cen dumpingowych, na które mogliby się zgodzić niektórzy koledzy pod naciskiem dyrektorów. Wiele się mówi o integracji środowiska lekarskiego, więc integrujemy się wokół własnego interesu dyżurowego.

Włodzimierz Bednorz

Umowa cywilnoprawna o świadczenie usług medycznych (wzór na dyżury)

zawarta w dniu w..... w oparciu o protokół Komisji konkursu ofert z dnia pomiędzy w imieniu którego działa a lekarzem wykonującym prywatną praktykę lekarską zamieszkałym

posiadającym :

1. prawo wykonywania zawodu nr wydany przez

2. dokument uprawniający do działania jako lekarz specjalności

.....

3. zarejestrowaną indywidualną praktykę lekarską zezwolenia

..... w

zwanym w dalszej części umowy „przyjmującym zamówienie” treści następującej :

Oprócz obowiązków i uprawnień umawiających się stron wynikających z niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy rozporządze-

nia z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz.U. nr 93, poz. 592) oraz Kodeksu cywilnego.

§ 1

Udzielający zamówienia powierza prowadzenie samodzielnej opieki lekarskiej polegającej na pełnieniu dyżurów lekarskich w

§ 2

Miesięczny rozkład wykonywania obowiązków wynikających z niniejszej umowy ustala udzielający zamówienia w porozumieniu z przyjmującym zamówienie.

§ 3

Obowiązek świadczenia usług medycznych rozpoczyna się od godziny 15.00 przy opiece 17-godzinnej, a od 9.00. przy opiece 24-godzinnej. Realizacja zadań wynikających z umowy kończy się po rozpoczęciu normalnej ordynacji lekarskiej lub po zgłoszeniu się następcy, któremu przyjmujący zamówienie przekazuje raport z wykonywanych zadań i zapoznaje go ze stanem pacjentów.

§ 4

Przyjmujący zamówienie w czasie wykonywania obowiązków wynikających z umowy nie może opuścić miejsca wykonywania świadczenia w żadnych okolicznościach, chyba że za zgodą osoby reprezentującej daną jednostkę organizacyjną.

§ 5

Do podstawowych obowiązków przyjmującego zamówienie należy wykonywanie wszystkich zadań zapewnających samodzielną opiekę lekarską poza normalną ordynacją, w oparciu o obowiązującą wiedzę i zasady etyki zawodowej.

§ 6

W przypadku wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych przyjmujący zamówienie może każdorazowo zasięgnąć opinii ordynatora lub wezwać go na konsultację.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie prowadzi dokładną i systematyczną dokumentację pacjentów leczonych i nowo przyjętych, zgodnie ze standardem dokumentacji obowiązującym w oddziale.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zawarcia umowy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i uzyskania uprawnień do orzekania o czasowej niezdolności do pracy.

§ 8.

Przyjmujący zamówienie współpracuje z innymi podmiotami gospodarczymi i pracownikami danego ZOZ-u w celu prawidłowej opieki nad chorym.

§ 9

1. Przyjmujący zamówienie w czasie pełnienia obowiązków świadczenia usług medycznych, o których mowa w par. 5, korzysta bezpłatnie z:
- bazy lokalowej udzielającego zamówienia,
- aparatury i sprzętu medycznego będącego własnością udzielającego zamówienia,
- środków transportowych udzielającego zamówienia,
- leków i materiałów opatrunkowych udzielającego zamówienia.
2. Korzystanie z wyżej wymienionych środków może odbywać się w zakresie niezbędnym do świadczenia zleconych usług medycznych.
3. Konserwacja i naprawa sprzętu odbywa się na koszt udzielającego zamówienia.
4. W przypadku uszkodzenia lub zniszczenia aparatury lub sprzętu medycznego z winy przyjmującego zamówienie, udzielający zamówienie obciąża przyjmującego zamówienie pełną kwotą odszkodowania.
5. Przyjmujący zamówienie nie może wykorzystywać środków, o których mowa w ust. 1 na cele odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych, chyba że odpłatność wynika z przepisów udzielającego zamówienia i jest pobierana na jego konto.

§ 10

Przyjmujący zamówienie otrzymuje za każdą godzinę opieki lekarskiej zryczałtowane wynagrodzenie w wysokości :

1. za pełnienie opieki w oddziale
a) 17-godzinnej
b) 24-godzinnej
2. za pełnienie opieki w systemie TELEKARDIO
a) 17-godzinnej
b) 24-godzinnej
3. za pełnienie opieki w Izbie Przyjęć Ogólnej
a) 17-godzinnej
b) 24-godzinnej

Wyplata wynagrodzenia następuje po przedłożeniu rachunku w terminie dni po zakończeniu rozliczonego miesiąca na wskazane przez przyjmującego zamówienie konto.

§ 11

Przyjmujący zamówienie rozlicza się osobiście z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych. Alternatywnie istnieje możliwość rozliczania się za pośrednictwem udzielającego zamówienia, po odpowiedniej kalkulacji wynagrodzenia przysługującego przyjmującemu zamówienie.

§ 12

Przyjmujący zamówienie ubezpiecza się od odpowiedzialności cywilnej i

solidarnie z udzielającym zamówienie ponosi odpowiedzialność wobec roszczeń pacjentów i ich rodzin.

§ 13

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do :
- znajomości i przestrzegania praw pacjenta,
- stosowania się do zaleceń i wdrożonych standardów.

§ 14

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo kontroli przebiegu wykonywania świadczeń i ich jakości.

§ 15

Niniejsza umowa została zawarta na czas określony od do

§ 16

Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron bez podania przyczyn z trzymiesięcznym wypowiedzeniem licząc od pierwszego dnia najbliższego miesiąca. Wypowiedzenie następuje w formie pisemnej.

§ 17

Umowa niniejsza może zostać rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym, gdy przyjmujący zamówienie nie dopełni obowiązków w niej określonych, opuści miejsce świadczenia usług, nie podejmie się obowiązków zgodnie z ustalonym rozkładem, nie przedstawi w terminie 30 dni od daty podpisania umowy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

§ 18

Zmiany do umowy mogą być wprowadzone w każdym czasie w formie pisemnego aneksu po uprzednich uzgodnieniach między stronami.

§ 19

Prawa i obowiązki stron nie mogą być przeniesione na osoby trzecie, z wyjątkiem sytuacji zawartej w 4.

§ 20

Spory wynikłe w trakcie realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez Sąd właściwy miejscowo dla udzielającego zamówienia.

§ 21

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach. (podpisy)

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

PRZYJMĄCY ZAMÓWIENIE

Wzór przygotowała
Monika Huber
(Referat ekonomiczno-prawny DIL)

Z prac Prezydium i Rady DIL

22 kwietnia

Omówiono najważniejsze sprawy bieżące z ostatniego tygodnia.

Zebrani jednogłośnie zaakceptowali pomysł przewodniczącego, aby utworzyć przy DIL fundusz charytatywny. Wniosek ten zostanie przekazany do akceptacji przez Radę.

Odczytano bieżącą korespondencję.

Dyskutowano na temat konieczności dostosowania podziału terytorialnego izb lekarskich do nowego podziału administracyjnego kraju, choć sprawa ta nie jest jasno określona przepisami. Ostateczną decyzję w tej kwestii ma podjąć Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z opiniami poszczególnych okręgowych rad lekarskich.

Delegowano przedstawicieli DIL do komisji konkursowych na konkursy ordynatorskie.

29 kwietnia

Pełnomocnik DIL w Legnicy, kol. Artur Kwasiński zapoznał członków Prezydium z wybranymi fragmentami kontraktu dyrektorskiego z kasą chorych. Kontrakt został przekazany do referatu ekonomiczno-prawnego, w którym ma powstać projekt ramowego kontraktu dla lekarzy.

Omówiono szczegóły organizacyjne związane z wyjazdowym posiedzeniem Prezydium, które odbędzie się w przyszłym tygodniu w Środzie Śląskiej, także w związku z kontraktami.

Zebrani zaakceptowali przeznaczenie 2000 zł na pomoc dla Kosowian (przez Caritas).

Przewodniczący przekazał informację o zaplanowanym na 30 kwietnia nadzwyczajnym posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia na temat nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Odczytano bieżącą korespondencję.

Posiedzenie zakończyło się przed godziną 12.00, ponieważ członkowie Prezydium udali się na otwarcie siedziby Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych. Relację z uroczystości zamieściliśmy w numerze majowym.

6 maja

Kolejne posiedzenie Prezydium DRL odbyło się w Środzie Śląskiej i było poświęcone jednemu tematowi - kontraktowaniu usług medycznych przez jednostki służby zdrowia z pojedynczym lekarzem. Pisaliśmy o tym szczegółowo w majowym „Medium”.

13 maja

Na kolejnym posiedzeniu Dolnośląskiej Rady Lekarskiej przewodniczący omówił główne problemy minionego miesiąca wynikające z funkcjonowania nowego systemu opieki zdrowotnej, a także sprawy związane ze współpracą z kasami chorych. Sprawa druków L-4 i propozycje rozwiązania tej kwestii budzą wiele kontrowersji w środowisku lekarskim.

Przewodniczący zdał relację z wyjazdowego posiedzenia Prezydium na temat kontraktów, a także z obrad Prezydium NRL, na którym była mowa o standardach.

Kol. Ryszard Łopuch zdał relację z pobytu w Saksońskiej Izbie Stomatologicznej, a następnie przedstawił aktualną sytuację finansową w ochronie zdrowia na Dolnym Śląsku.

Zebrani dyskutowali na temat najbardziej palących problemów w przychodniach i szpitalach.

Najważniejszym punktem programu obrad była dyskusja na temat staży podyplomowych i specjalizacji lekarzy. Wobec tego, że nie ma rozporządzenia wykonawczego na ten temat można podjąć się stworzenia propozycji listy takich zakładów opieki zdrowotnej czy indywidualnych praktyk, które mogłyby prowadzić staże podyplomowe. W dyskusji zebrani zgłaszali różne propozycje rozwiązania tego problemu.

Odczytano bieżącą korespondencję.

Delegowano przedstawicieli DIL do komisji konkursowych na konkursy ordynatorskie.

Trybunał Konstytucyjny orzekł w sprawie dyżurów

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 maja 1999 r. sygn. akt P. 6/98.

Trybunał Konstytucyjny w składzie: Wiesław Johann - przewodniczący, Lech Garlicki,

Stefan J. Jaworski - sprawozdawca, protokolant: Joanna Szymczak

po rozpoznaniu w dniu 17 maja 1999 r. na rozprawie pytań prawnych składów orzekających Sądu Wojewódzkiego w Opolu i Sądu Rejonowego w Starogardzie Gdańskim, z udziałem przedstawiciela składu orzekającego Sądu Wojewódzkiego w Opolu, Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Prokuratora Generalnego, o udzielenie odpowiedzi, czy przepisy:

1) § 11 i § 12 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz. U. nr 51, poz. 326, z 1990 r. nr 65, poz. 387, z 1991 r. nr 69, poz. 294, z 1992 r. nr 20, poz. 79, z 1994 r. nr 31, poz. 112 i z 1995 r. nr 123, poz. 595) są zgodne z art. 32 ust. 1 i art. 66 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.,

2) § 12 i § 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz. U. nr 51, poz. 326, z 1990 r. nr 65, poz. 387, z 1991 r. nr 69, poz. 294, z 1992 r. nr 20, poz. 79, z 1994 r. nr 31, poz. 112 i z 1995 r. nr 123, poz. 595) są zgodne z art. 298, art. 128 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. nr 21, poz. 94, nr 106, poz. 668 i nr 113, poz. 717) oraz art. 32 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej,

3) § 11 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 lip-

ca 1992 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 55, poz. 273, z 1993 r. nr 41, poz. 190, z 1994 r. nr 21, poz. 75, nr 69, poz. 303 i nr 125, poz. 614, z 1995 r. nr 8, poz. 42, nr 84, poz. 424 i nr 122, poz. 594, z 1996 r. nr 80, poz. 377, z 1997 r. nr 24, poz. 127 i nr 34, poz. 214 oraz z 1998 r. nr 3, poz. 8 i nr 42, poz. 254) jest zgodny z art. 11² i art. 78 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. nr 21, poz. 94, nr 106, poz. 668 i nr 113, poz. 717) i art. 32 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej)

orzeka:

1. Przepisy § 11 i § 12 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz. U. nr 51, poz. 326, z 1990 r. nr 65, poz. 387, z 1991 r. nr 69, poz. 294, z 1992 r. nr 20, poz. 79, z 1994 r. nr 31, poz. 112 i z 1995 r. nr 123, poz. 595) są niezgodne z art. 66 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przez to, że naruszają konstytucyjną zasadę ustawowego określania maksymalnych norm czasu pracy.

2. Przepis § 12 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz. U. nr 51, poz. 326, z 1990 r. nr 65, poz. 387, z 1991 r. nr 69, poz. 294, z 1992 r. nr 20, poz. 79, z 1994 r. nr 31, poz. 112 i z 1995 r. nr 123, poz. 595) jest niezgodny z art. 298 oraz art. 128 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. nr 21, poz. 94, nr 106, poz. 668 i nr 113, poz. 717) przez to, że wykracza poza granice upoważnienia ustawowego do wydania rozporządzenia i zmienia ustawowe pojęcie czasu pracy.

3. Przepis § 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz. U. nr 51, poz. 326, z 1990 r. nr 65, poz. 387, z 1991 r. nr 69, poz. 294, z 1992 r. nr 20, poz. 79, z 1994 r. nr 31, poz. 112 i z 1995 r. nr 123, poz. 595) nie jest niezgodny z art. 298 oraz art. 128 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. nr 21, poz. 94, nr 106, poz. 668 i nr 113, poz. 717).

4. Przepisy § 11, § 12 oraz § 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz. U. nr 51, poz. 326, z 1990 r. nr 65, poz. 387, z 1991 r. nr 69, poz. 294, z 1992 r. nr 20, poz. 79, z 1994 r. nr 31, poz. 112 i z 1995 r. nr 123, poz. 595) nie są niezgodne z art. 32 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.

5. Przepis § 11 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 lipca 1992 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 55, poz. 273, z 1993 r. nr 41, poz. 190, z 1994 r. nr 21, poz. 75, nr 69, poz. 303 i nr 125, poz. 614, z 1995 r. nr 8, poz. 42, nr 84, poz. 424 i nr 122, poz. 594, z 1996 r. nr 80, poz. 377, z 1997 r. nr 24, poz. 127 i nr 34, poz. 214 oraz z 1998 r. nr 3, poz. 8 i nr 42, poz. 254) nie jest niezgodny z art. 11² i art. 78 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. nr 21, poz. 94, nr 106, poz. 668 i nr 113, poz. 717) oraz art. 32 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Wiesław Johann
Lech Garlicki
Stefan J. Jaworski

Przypominamy: Grzywna za brak konta

Zgodnie z art. 3 ust. 4 ustawy o działalności gospodarczej z dnia 23 grudnia 1988 roku (Dz.U. nr 41, poz. 324 ze zm.) podmiot gospodarczy, który na podstawie odrębnych przepisów obowiązany jest do prowadzenia ksiąg rachunkowych oraz podatkowej księgi przychodów i rozchodów, powinien mieć rachunek bankowy. Podmiot gospodarczy gromadzi na rachunku i wydatkuje za jego pośrednictwem środki pieniężne w każdym przypadku, gdy stroną transakcji jest inny podmiot gospodarczy i jednorazowa wartość należności lub zobowiązań przekracza równowartość 3000 EURO, albo równowartość 1000 EURO, gdy suma warto-

ści tych należności i zobowiązań powstałych w miesiącu poprzednim przekracza 10 000 EURO.

Może więc się zdarzyć, że ze względu na rodzaj prowadzonej działalności nigdy rachunek bankowy nie zostanie wykorzystany przez nas do rozliczeń z pacjentem czy kontrahentem, a mimo to podatnik powinien go mieć, gdyż jego brak jest zagrożony karą grzywny. Wynika to z przepisu art. 25e ustawy, który brzmi: „Kto wbrew obowiązkowi określone-
mu w art. 3 ust. 3 pkt 1 nie posiada rachunku bankowego, podlega grzywnie od 10 000 do 100 000 złotych”.

(M.H.)

**Dolnośląska Izba
Lekarska
we Wrocławiu
informuje, że
w sekretariacie DIL
(ul. Matejki 6, II piętro)
są do nabycia
zestawy AMBU
w cenie 225 złotych.**

Zestaw do udzielania pierwszej pomocy:

1. Worek AMBU
2. Do reanimacji:
 - 2 maseczki
 - 2 wenflony
 - rurki do nosogardzieli
 - wężyki

Aparat jest bez płynów i posiada atest oraz gwarancję.

Producent Tajwan.

Z życia Akademii

Szanowna Pani
Franciszka Cegielska
Minister Zdrowia i Opieki
Społecznej

Szanowna Pani Minister!

29 kwietnia br. odbyła się narada pracowników klinik wrocławskiej Akademii Medycznej, poświęcona sytuacji klinik w okresie reformy służby zdrowia. Uczestnikom narady zostało przedstawione również wystąpienie do Pani Minister Stowarzyszenia Dyrektorów Samodzielnych Szpitali Klinicznych, w którym bez wiedzy rektorów akademii medycznych, podjęto inicjatywę przejścia majątku uczelni. Uczestnicy narady wrocławskiej krytycznie oceniają aktualny stan prawny oraz kolejne inicjatywy zmierzające do oderwania klinik od uczelni medycznych. Stanowi to zagrożenie dla rozwoju medycyny klinicznej w naszym kraju.

W załączeniu przesyłam Pani Minister wnioski z narady wrocławskiej.

Łączę wyrazy poważania
Kierownik Katedry i Kliniki
Gastroenterologii AM
we Wrocławiu
Leszek Paradowski
Rektor - Elekt wrocławskiej
Akademii Medycznej

Szanowna Pani
Franciszka Cegielska
Minister Zdrowia i Opieki
Społecznej

W dniu 29.04.1999 r. odbyło się we Wrocławiu posiedzenie konsultacyjne nowych władz rektorskich z kierownikami wszystkich klinik wrocławskiej AM i dyrektorami samodzielnych publicznych szpitali klinicznych poświęcone działalności usługowej Akademii Medycznej w latach 1999-2002. Po dyskusji sformułowano następujące wnioski:

1. Władze uczelni wraz z całą społecznością akademicką podejmą działania mające na celu taką zmianę ustaw i rozporządzeń, która umożliwi Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej przekazanie swoich uprawnień jako organu założycielskiego samodzielnych szpitali klinicznych Rektorowi AM.

2. Aktualny stan faktycznego oderwania szpitali klinicznych od Akademii Medycznej traktujemy jako tymczasowy i jesteśmy przeciwni przekazaniu publicznemu szpitalom klinicznym w wieczyste użytkowanie na działalność leczniczą gruntów i budynków będących własnością AM.

3. Utrzymanie pełnej integracji szpitali klinicznych z uczelniami medycznymi pozwala na wysokospecjalistyczną działalność usługową oraz stwarza możliwość wdrażania nowych jakości

w leczeniu koniecznych dla przeprowadzanej reformy zdrowia.

4. Stworzenie ustawowej możliwości włączania się akademii medycznych w opracowywanie standardów i procedur medycznych oraz ich kosztów we współpracy z kasami chorych.

5. Stworzenie możliwości współdecydowania z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej przy zawieraniu umów cywilnoprawnych między dyrektorami szpitali klinicznych a rektorami uczelni medycznych na wykonywanie działalności dydaktycznej i naukowej w powiązaniu z działalnością leczniczą.

Kierownik Katedry i Kliniki
Chorób Wewnętrznych
i Zawodowych
prof. dr hab. Ryszard
Andrzejak
oraz dziewięćdziesiąt dwa
podpisy pracowników
naukowych Akademii

Z prac Prezydium
i Rady DIL

Podjęto uchwały finansowe.

Wiceprzewodniczący DRL, kol. Bolesław Simon poinformował o nawiązanych rozmowach na temat zorganizowania szkolenia negocjacyjnego dla lekarzy. O rezultatach tych rozmów informujemy w numerze na str. 2.

Ustalono termin następnego posiedzenia Rady na 10 czerwca.

20 maja

Przewodniczący omówił najważniejsze sprawy z ostatniego tygodnia - orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego nt. lekarskiego dyżuru zakładowego, otwarcie siedziby oddziału wrocławskiego Branżowej Kasy Chorych, wizytę rektorów elektów w siedzibie DIL.

Główna część posiedzenia była poświęcona sprawom związanym ze specjalizowaniem się lekarzy zgodnie z nowymi przepisami oraz sprawie specjalistów wojewódzkich. W posiedzeniu uczestniczyli dr Maciej Żmudzki, dyrektor Wydziału Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego i mgr Piotr Kolbek, dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Monitorowania Ochrony Zdrowia. W dyskusji zwrócono uwagę na niejasność zapisów i niedostosowanie przepisów do zmienionej sytuacji. Dlatego postanowiono wspólnie po konsultacjach wytypować kandydatów na specjalistów wojewódzkich.

Odczytano bieżącą korespondencję.

Delegowano przedstawicieli DIL do komisji konkursowych na konkursy ordynatorskie.

Po wnikliwym rozpatrzeniu podjęto uchwały finansowe.

Skarbnik, kol. Andrzej Szmida zdał relację ze spotkania skarbników i księgowych okręgowych izb lekarskich, które odbyło się w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Omawiano sprawę nowej wysokości składki na izbę lekarską, która będzie obowiązywać od nowego roku, a także problemy związane z kolportażem „Medium” razem z „Gazetą Lekarską”. Skarbnik wniósł swoje uwagi do przedstawionych propozycji. Dyskusję nad nimi podejmie Naczelna Rada Lekarska.

Na zakończenie posiedzenia przewodnicząca Komisji Legislacyjnej, kol. Janina Kasprzak-Wójtowicz przedstawiła uwagi Komisji do rozpatrywanego na ostatnim jej posiedzeniu projektu nowelizacji ustawy dotyczącej prawa spółek handlowych w części dotyczącej spółek partnerskich, które pozwalają na wykonywanie wolnych zawodów. Propozycja wydaje się interesująca także dla lekarzy, ponieważ daje możliwość pracy na własną odpowiedzialność, bez odpowiedzialności zbiorowej.

27 maja

Omówiono najważniejsze sprawy minionego tygodnia, m.in. wiceprzewodniczący DRL, kol. Józef Lula zdał relację z symposium poświęconego ocenie 5 miesięcy działania zreformowanego systemu ochrony zdrowia, która odbyła się w Warszawie. Napiszemy o tym w następnym numerze.

Wydaje się konieczne rozważenie roli izb lekarskich wobec narastających problemów w nowej sytuacji ochrony zdrowia, zwłaszcza wobec prób umniejszenia znaczenia samorządu, co znajduje wyraz w przepisach. Przewodniczący zwrócił uwagę, że także parlament nowelizuje ustawy dotyczące lekarzy nie konsultując tego z samorządem lekarskim.

Postanowiono rozesłać do dyrekcji ZOZ-ów, a także do organów założycielskich pismo przypominające o konieczności przestrzegania ustawy o izbach lekarskich, a także informujące, że przewodniczący kół na danym terenie są upoważnieni do uczestniczenia w imieniu DIL w negocjacjach nt. warunków pracy i płacy.

Powrócono do sprawy specjalistów wojewódzkich, która dotychczas nie została rozwiązana; trwają rozmowy z kandydatami.

Przewodniczący poinformował zebranych o gotowym już wzorze kontraktu. Zamieszczamy go wraz z informacją na str. 3.

Odczytano bieżącą korespondencję.

Podjęto uchwałę finansową.

Listy do redakcji

Otrzymałmy od naszego czytelnika list oraz dwa pisma urzędowe, które obrazują sytuację jaka może się zdarzyć w każdej klinice. Dlatego pomijamy wszystkie nazwiska i nazwy zakładów, bo nie one są w tym przypadku najważniejsze.

15 kwietnia br. jeden z kierowników Kliniki AM we Wrocławiu zwrócił się z pismem do dyrektora, że ze względu na trudną sytuację kadrową Kliniki musi wstrzymać wychodzenie lekarzy po dyżurze. W związku z tym występuje o płacenie tym lekarzom tzw. godzin podyżurowych. Dyrektor szpitala odpowiedział, że nie widzi takiej możliwości.

To co jest bulwersujące w piśmie dyrektora szpitala, to powołanie się na Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27.12.1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz. U. nr 51 poz. 326), z których to w myśl § 13 wynika, że aby lekarz mógł być zwolniony od świadczenia pracy po dyżurze, przełożony musi ocenić obciążenie pracą na dyżurze, czy istotnie warunkuje to zwolnienie. W przeciwnym razie lekarz jest obowiązany do świadczenia pracy po dyżurze!

Dyrektor w swym piśmie w ogóle nie wspomina o obowiązującym obecnie Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 02.07.1992 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej

(Dz. U. nr 55 poz. 273), z którego to w myśl § 10 pkt. 4 wynika, że lekarz, który nie uzyskał zwolnienia z godzin pracy przypadających po zakończeniu dyżuru zakładowego z powodu braku zastępstwa, za pracę w tych godzinach, jednak nie więcej niż za 6 godzin, przysługuje dodatek w wysokości 100% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego.

Czy dyrektor nie zna tego rozporządzenia, czy świadomie pomija go w swoim piśmie?

Dyrektor SPZOZ Szpitala

W chwili obecnej ze względu na zmniejszony skład osobowy asystentów Kliniki (odeszły 3 osoby, wyjechała 1 osoba, 1 osoba jest na długotrwałym zwolnieniu lekarskim po pobycie w szpitalu) nie jestem w stanie zapewnić zejścia lekarzy dyżurnych po dyżurze.

W pracy aktualnie jest 7 lekarzy.

2 lekarzy jest zaabsorbowanych przeprowadzaniem aktualnie przewodami rehabilitacyjnymi.

Przy zwolnieniu 2 lekarzy po dyżurze pozostaje w klinice 5 lekarzy, którzy muszą obsadzić 2 sale operacyjne, zapewnić ćwiczenia ze studentami, pełnić obowiązki lekarza dyżurnego na oddziale i w izbie przyjęć oraz przyjmując pacjentów w ambulatorium.

W tej sytuacji od połowy kwietnia muszę wstrzymać wychodzenie po dyżurze i w związku z tym lekarzom należy się zapłata za przedłużony czas pracy w ilości 4-6 godzin zgodnie z prowadzoną ewidencją pracy.

Pan Prof. kierownik
kliniki AM

Odpowiadając na pismo Pana Profesora dot. płatności godzin podyżurowych uprzejmie informuję, że sprawa ta regulowana jest przepisami Rozporządzenia Rady Min. z dn. 27.12.1974 r. - w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia, które to stanowią - w § 13, że przełożony lekarz może go zwolnić z całości lub części godzin pracy po zakończeniu dyżuru wymagającego szczególnego nakładu pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia za czas zwolnienia. A zatem, aby lekarz mógł być zwolniony od świadczenia pracy po dyżurze przełożony musi ocenić obciążenie pracą na dyżurze, czy istotnie warunkuje to zwolnienie w przeciwnym razie lekarz obowiązany jest do świadczenia pracy po dyżurze.

Sprawa likwidacji płatności za godziny podyżurowe została uregulowana Zarządzeniem nr 3/94 z dn. 27.01.1994 r. Zarządzenie to stanowi, że pozostawienie lekarza po dyżurze może mieć charakter wyjątkowy, spowodowany sytuacjami awaryjnymi lub losowymi i musi być uzgodnione i zaakceptowane przez dyrektora.

Odnosnie stanu zatrudnienia lekarzy w klinice to liczba etatów płatnych przez szpital wynosi 5.5 etatu oraz 2 etaty akademickie przeliczone z płatnych ryczałtów za wykonywanie zadań opieki medycznej w tym kierownik kliniki. Przedstawiona przez Pana Profesora sytuacja np. nieobecności lekarza z powodu urlopu szkoleniowego wynika z decyzji AM akceptowanej przez Pana Profesora i trudno zatem mówić, że ograniczenie zabezpieczenia etato-

wego jest zawinione przez dyrektora szpitala.

Ponadto na uwagę zasługuje fakt, że Pan Profesor wyraził zgodę na odejście bez zachowania okresu wypowiedzenia 2 lekarzy - uzupełnienie dokonano przez przesunięcie lekarza z jednego oddziału, a na jego miejsce został przyjęty inny lekarz.

Informuję również, że stan zatrudnienia lekarzy kliniki musi uwzględniać również 2 innych lekarzy, ponieważ zajęcia polegające na przygotowywaniu prac habilitacyjnych przez tych lekarzy nie mogą zwalniać ich z obowiązku wykonywania zadań opieki medycznej, które to zadania wynikają z obowiązujących przepisów i realizowanych przez szpital płatności ryczałtów.

Ponadto należy podkreślić, że obecnie klinika pracuje przy obciążeniu pracą dla 48 łóżek pacjentów.

Biorąc pod uwagę normatywy stanowiący, że na etat lekarski przypada 6 łóżek, liczba etatów lekarskich konieczna dla sprawowania zadań opieki medycznej wynosi 8 etatów, stan etatów zostanie uzupełniony przez zatrudnienie w ramach umowy o świadczenie dyżurów zakładowych 1 lekarza stosownie do opinii Pana Profesora.

Biorąc pod uwagę powyższe nie widzę możliwości regulowania płatności godzin podyżurowych z wyłączeniem sytuacji wyjątkowych zgodnie z Zarządzeniem nr 3/94.

Z ostatniej chwili

Lekarz, który nie ma umowy o pracę, a przebywa na oddziale po dyżurze, nie jest objęty ubezpieczeniem NW i OC.

W świetle orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego (str. 4) należy jeszcze raz rozpatrzyć sprawę dyżurów lekarskich

V Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej Wrocław 27-29 maja 1999 roku

1 dolar na profilaktykę oszczędza 4 dolary na leczenie

Przed rozpoczęciem V Zjazdu Polskiego Towarzystwa Onkologicznego organizatorzy zwołali konferencję prasową, na której dr Karol Cisarz, prof. Jan Kornafel, doc. Paweł Murawa, dr Marek Pudełko i dr Marek Bębenek poinformowali o tematyce i celach zjazdu, a także przedstawili stan zachorowalności na nowotwory.

Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej powstało 5 lat temu z inicjatywy prof. Andrzeja Kułakowskiego. Celem towarzystwa jest rozpowszechnianie dobrych standardów leczenia.

Zadaniem zjazdu jest przedstawienie osiągnięć chirurgii onkologicznej raków przełyku, żołądka i wątroby za granicą i porównanie ich ze stanem polskiej chirurgii w tym zakresie. Gośćmi zjazdu byli prof. prof. P.M. Schlag, T. Lehnert, Ch. Herfarth, a także prof. Tadeusz Orłowski prezes Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Klatki Piersiowej.

Na zjazd przybyło około 400 chirurgów. Głównymi sponsorami byli: firma Rhone-Poulenc Rorer, miasto Lubin, Bank Zachodni, Elektrownia Turów, HES - Sprzęt Rehabilitacyjny, Polmos - Wrocław, Browary „Piast”.

Na zjeździe równie ważne będą referaty, jak i rozmowy nieformalne na temat wprowadzenia standardów leczenia raków z przedstawicielami ośrodków, które mają duże doświadczenie w tej dziedzinie - Poznańskim Centrum Onkologii i chirurgami z Berlina, uważa dr Marek Pudełko.

Dr Marek Bębenek podkreślał, jak ważna jest współpraca z niemieckimi chirurgami, którzy dysponują bardzo nowoczesnym sprzętem i metodami, a bliskość pozwala na bezpośrednie, niemal codzienne kontakty.

Przykładem dobrze opracowanych standardów może poszczycić się Dania, gdzie porównano wyleczalność chorych na raka w Kopenhadze i po-

zostałej części kraju. Okazało się, że dzięki standardom wprowadzonym w Kopenhadze uzyskano większą skuteczność leczenia, więc je zastosowano w całej Danii i tym samym podniesiono liczbę wyleczeń.

Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii dr Marek Pudełko mówił, że pacjenci mają utrudniony dostęp do lekarzy pierwszego kontaktu, ponadto ci lekarze są słabo wyszkoleni i nie mają odpowiedniego zestawu diagnostycznego, aby wykryć nowotwór w początkowym stadium. Dlatego pacjenci, którzy mają trudności z uzyskaniem skierowania do Centrum Onkologii, mogą się zgłosić bez niego i zostaną zdiagnozowani.

W Centrum Onkologii nie najlepiej przedstawia się sytuacja placowa wysokiej klasy specjalistów, którzy tu pracują. Ich pensje pomimo inflacji pozostały na poziomie z poprzedniego roku. Dyrektor uważa też, że ilość łóżek w szpitalach jest za duża, podnosi to koszty utrzymania.

Mówiono także o tym, że w USA, gdzie bardzo skrupulatnie liczone są wszelkie koszty, ustalono, że 1 dolar wydany na profilaktykę oszczędza 4 dolary na leczenie.

Natomiast w Polsce, gdzie koszt leczenia raka żołądka wynosi około 10 000 zł, z kasy chorych można uzyskać za leczenie jedynie 1 500 zł.

Tymczasem liczba chorych na nowotwory będzie wzrastać - np. kobiety urodzone w 1950 roku mają trzykrotnie większą szansę zachorować na raka piersi niż kobiety urodzone w 1900 roku. W USA na raka piersi zapada 70 na 100 000 kobiet, podobnie jest w północnej Europie, w Polsce jest to 35 kobiet, ale doganiamy kraje wysoko rozwinięte.

Zjazd był zaplanowany i zorganizowany w taki sposób, aby promować

także nasze miasto. Niemcy na bankiecie w Arsenale zwierzyli się przedstawicielowi naszej redakcji, że jadąc do Wrocławia nie przypuszczali, że organizacja zjazdu będzie taka perfekcyjna. Dr Paweł Murawa powiedział, zamykając wrocławski zjazd, że był on lepszy niż poznański, więc krakowski zjazd w przyszłym roku powinien być jeszcze lepszy, ale to chyba niemożliwe. Taka opinia z pewnością należała się organizatorom.

(EP)



Organizatorzy zjazdu.

Skojarzone leczenie nowotworów przełyku, żołądka, dróg żółciowych i trzustki

Bardzo licznie przybyłych uczestników i gości z Polski i z zagranicy na uroczystym otwarciu Zjazdu w Teatrze Polskim przywitał przewodniczący Komitetu Organizacyjnego dr med. Karol Cisarz. Uroczystość inauguracyjną bardzo sprawnie prowadził Włodzimierz Plaskota z Kabaretu „Elita”.

Niestety, nie mogła w Zjeździe uczestniczyć Pani Prezydentowa RP Jolanta Kwaśniewska, przewodnicząca honorowego patronatu nad Zjazdem, ale przysłała bardzo serdeczny list do uczestników.

Wśród gości byli prof. dr hab. T. Orłowski - przewodniczący Europejskiego Towarzystwa Chirurgów, rektor AM we Wrocławiu prof. dr hab. Jerzy Czernik, wojewoda dolnośląski Witold Krochmal, przewodniczący DIL-u dr Włodzimierz Bednorz, profesorowie z Instytutu Onkologii w Warszawie - prof. dr hab. Andrzej Kułakowski, prof. dr hab. Marek P. Nowacki, prof. dr hab. Włodzimierz Olszewski, zaproszeni profesorowie z Niemiec, prof. dr med. P. M. Schlag, prof. dr med. H. Wilke, prof. dr med. Th. Lehnert i prof. dr med. Ch. Herfarth.

Wykład inauguracyjny dedykowany prof. dr hab. T. Koszarowskiemu wygłosił prezes PTChO dr hab. Paweł Murawa. Tematem wykładu był standard leczenia raka piersi. Docent Murawa w swoim wykładzie podkreślał znaczenie badań przesiewo-

wych w populacji kobiet powyżej 50 r. ż. W Europie okresowo poddawanie się badaniu mammograficznemu jest wymienne jako jedno z ważniejszych działań zdrowotnych w dziedzinie onkologii. Warunkiem skuteczności badań przesiewowych

jęcia badaniami tylko 70% kobiet - o 28%.

Pojedyncze akcje badań przesiewowych w niewielkich środowiskach mijają się z celem. Zasadniczym problemem jest bardzo wysoki koszt takich badań. Program masowych badań mam-

mograficznych realizowany jest tylko w kilku najbogatszych krajach świata. W warunkach polskich wprowadzenie masowych badań tego typu jest bardzo trudne zarówno ze względów ekonomicznych, jak i organizacyjno-technicznych. Biorąc jednak pod uwagę bardzo dużą potencjalnie korzyść społeczną tych badań rozpoczęto przygotowania do ich podjęcia. Zgodnie z doświadczeniami szwedzkimi, po uwzględnieniu korzyści i kosztów najbardziej racjonalne jest objęcie tymi badaniami populacji kobiet w wieku 50-59 lat.

Po wykładzie wszyscy zrelaksowali się na koncercie Kabaretu „Elita” i zespołu „Sami Swoi”, a po koktajlu przygotowywali się do dwóch dni obrad.

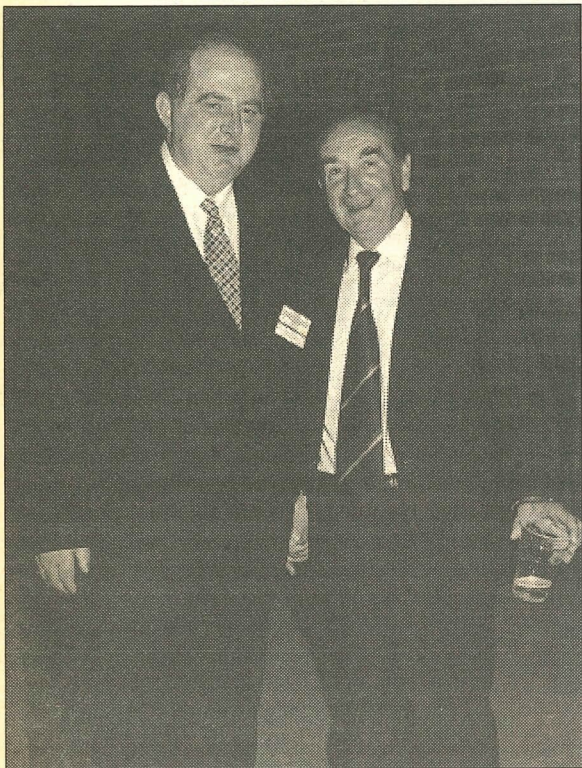
Program Zjazdu podzielony był tematycznie na IV Sesję i Sesję Plakatową. Każda sesja

rozpoczynała się programowym wykładem zaproszonego gościa, były także wykłady czysto szkoleniowe dotyczące histopatologii nowotworów żołądka, przełyku, wątroby i wewnątrzwartrobowych dróg żółciowych oraz trzustki i

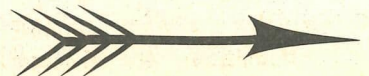


Prof. Tadeusz Orłowski, przewodniczący Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Klatki Piersiowej prowadził ożywioną dyskusję z prof. Markiem P. Nowackim.

w skali populacyjnej jest jednak ich masowość. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń widzimy, że objęcie badaniami przesiewowymi wszystkich kobiet w wieku powyżej 50 lat powinno w tej grupie wiekowej zmniejszyć umieralność spowodowaną rakiem sutka o około 40%, natomiast w wypadku ob-



Profesor Andrzej Kułakowski, założyciel PTChO (z prawej) z przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego Zjazdu dr Karolem Cisarzem.



Reforma - po co i dla kogo?

zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych - wygłoszone przez prof. dr hab. Włodzimierza Olszewskiego, którego polszczyzna jest godna profesora Miodka oraz prodziekana AM we Wrocławiu dr Michała Jelenia, który wnikliwie i interesująco opracował i przedstawił obserwowane przez siebie przypadki trudnych diagnostycznie nowotworów wątroby.

I Sesja - Rak przełyku - której współprzewodniczył prezes Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Onkologów prof. dr hab. T. Orłowski (Poznań) pokazała liczne możliwości leczenia raka przełyku. Omówiono bardzo ciekawą metodę resekcji przełyku przezroczoworową z użyciem toru wizyjnego (Katowice), a ośrodek z Białegostoku interesująco ocenił zmiany morfologiczne w raku płaskonabłonkowym przełyku po zastosowaniu przedoperacyjnej radio- i chemioterapii w aspekcie odległych wyników operacji.

II Sesja - Rak żołądka - rozpoczął wykładem prof. dr Th. Lehnert. Opracowania obejmowały przede wszystkim chirurgiczne leczenie raka żołądka. Frapującą pracę zaprezentował zespół Dolnośląskiego Centrum Onkologii analizując obraz kliniczny i histopatologiczny raka żołądka. Centrum Onkologii w Warszawie przedstawiło analizę czynników rokowniczych u chorych po pooperacyjnej radioterapii raka żołądka.

III Sesja - Nowotwory wątroby - współprzewodniczył prof. dr hab. Piotr Szyber. W tej sesji przykuła naszą uwagę zespołowa praca pod jego kierownictwem obejmująca 10 lat doświadczeń własnych w chirurgicznym leczeniu guzów złośliwych wątroby w Katedrze i Klinice Chirurgii Naczyniowej AM we Wrocławiu.

II dzień Zjazdu rozpoczęła IV sesja - Nowotwory trzustki i zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych.

W tej sesji najwięcej prac związanych tematycznie z leczeniem raka trzustki pokazał ośrodek krakowski. Zespół z Gdańska przedstawił bardzo ciekawą pracę na temat raka pęcherzyka i zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych.

Wszystkie plakaty przyniosły ważne doniesienia. Niektóre dodatkowo wyróżniały się przepiękną szatą graficzną (nr 38 - Dolnośląskie Centrum Onkologii, nr 44 - Katedra i Klinika AM Wrocław, nr 60 - Katowice).

W sesjach uczestniczyło wielu młodych lekarzy, znających dobrze język angielski i biorących żywy udział w dyskusjach. VI Zjazd PTChO będzie w Krakowie 25-27 maja 2000 roku, a tematem będą postępy w leczeniu raka piersi i nowotworów jelita grubego.

Czy krakowianie dorównają dr Karolowi Cisarżowi w organizacji Zjazdu, nie wiem, ale na pewno bankiet nie będzie tak wspaniały, jak we wrocławskim „Arsenale”.

*dr n. med. Renata Wojtala
Katedra i Zakład Anatomii
Patologicznej AM Wrocław*

Przez 9 lat dyskutowano nad polskim modelem reformy służby zdrowia. Nie wzięto jednak pod uwagę ani pozytywnych, ani negatywnych doświadczeń z nieudanych reform naszych sąsiadów, a szczególnie Czechów i Węgrów. Środowiska medyczne protestowały przed wprowadzeniem reformy w zaplanowanym kształcie, a także opinie ekspertów były jednoznaczne, iż nasza reforma jest źle przygotowana. Zapomniano o ciężko chorych, ludziach starych i małych dzieciach. Pozbawiono opieki medycznej domy dziecka, szkoły, domy starców. Potwierdziło to wielokrotne nowelizowanie ustawy i przygotowanie dalszych zmian. Wciąż brakuje wielu rozporządzeń wykonawczych, a wydane muszą być zmienione. Optymizm urzędników i niektórych polityków, iż zmiany nastąpią w czasie wprowadzania reformy był nieuzasadniony. Trzeba zacząć od nakładów na kasy chorych: 7,5% potrącone od podatku, gdy bardzo bogaci Niemcy płacą 14% od dochodów, w części płacone przez pracownika, a w części przez pracodawcę. Za część leczenia współpłaci pacjent. Mimo to, pracownicy niemieckiej służby zdrowia organizują strajki przeciwko zbyt niskiej składce. W Czechach składka na kasy chorych wynosiła 13% od dochodu, co dawało dużo więcej pieniędzy niż składka od podatku, dziś płacą 15%. Mimo to wiele kas u nich zbankrutowało, a lekarze czescy długo strajkowali. Przy naszej składce leki, sprzęt i materiały kupujemy po takich samych cenach jak Niemcy i Czesi, a czasem nawet drożej. Reformę dostosowano nie do potrzeb leczniczych społeczeństwa, ale do dyktatu ministerstwa finansów. Przy dochodzie kas 7,5% od podatku zakładano, iż budżet służby zdrowia będzie o kilka procent wyższy niż w 1998 roku. Niestety, wylczenia Ministerstwa Finansów były błędne. Gdy zwróciłem uwagę Panu ministrowi Millerowi, że zadłużenie za 1998 rok sięgało ok. 7 mld, nazwano to demagogią i stwierdzono, że zadłużenie jest 2-miliardowe. Dziś

okazało się, że zadłużenie służby zdrowia wynosi 7,6 mld zł, większość tych pieniędzy poszła na leczenie pacjentów i działalność placówek. Ściągalność składek założona przez ZUS i KRUS na 98,9% od początku była nierealna. Po dwóch miesiącach zbieralności przekroczyła zaledwie 70%. Ludzie odpowiedzialni za te wylczenia w kasach chorych i Ministerstwie Finansów powinni się podać do dymisji, a Panu ministrowi Millerowi radzę przeczytać Kodeks Bohdziewicza, który wyraźnie mówi, co w takich przypadkach powinien zrobić dżentelmen (nie radzę sepuku). Po I kwartale 1999 r. sytuacja finansowa placówek ochrony zdrowia jest bardzo zła, tylko nieliczni jakoś sobie radzą. Czasem zależy to nie od dobrej organizacji, ale od dobrych układów z kasami chorych.

W I kwartale kasy chorych musiały wydać pieniądze na kolumnę transportu sanitarnego i trzynaste pensje, choć pieniądze te nie były planowa-

modzielnych zakładów opieki zdrowotnej. W ciągu I kwartału 1999 r. kasy wspólnie z placówkami ochrony zdrowia zadłużyły się na ponad 2,5 mld zł - to ogromna suma. Spada jakość i ilość badań, a na drogie leczenie ciężko chorych pacjentów brakuje pieniędzy.

Pracownicy spodziewali się lepszego wynagrodzenia po wprowadzeniu reformy. Tymczasem w większości placówek w ogóle nie płaci się premii, a więc zarobki zmniejszyły się o 20%. Obiecana podwyżka jest nierealna, rząd ma na to tylko 150 mln zł, to wystarczy na 10-15 zł netto na pracownika miesięcznie, pozostałe pieniądze mają wypracować samodzielne zakłady. Niestety, nie będą one w stanie tego zrobić. Jeżeli od zarobków odliczymy procent inflacji to zarobki większości pracowników ochrony zdrowia zmniejszą się w tym roku o około 35% np. w stosunku do nauczycieli. Wszelkie proste oszczędności zostały już zrobione,

Ściągalność składek założona przez ZUS i KRUS na 98,9% od początku była nierealna. Po dwóch miesiącach zbieralności przekroczyła zaledwie 70%

nie jako wydatki kas chorych. Kasy na te wydatki zaciągnęły pożyczki w bankach, czego nie wolno im robić. ZUS i KRUS nie wpłacił planowanych kwot, różnica ta wspólnie z pożyczką wynosi około 1,5 mld zł, samodzielne zakłady zadłużają się nadal, nie płacą za nośniki energii, leki, materiały. Doszło kolejne zadłużenie pomiędzy poszczególnymi placówkami - za usługi medyczne. Jest to spowodowane zbyt niskimi stawkami, które płacą kasy chorych za te usługi. Może to spowodować, iż placówki, tak jak to się stało w Czechach, będą pobierały opłaty od pacjentów, a z rachunkami będą odsyłały do placówek kierujących lub do kasy chorych.

Znajdą się firmy, które będą ściągac długie z dużymi odsetkami od sa-

pozostało jedynie zwalnianie pracowników.

Przez ostatnich kilka lat zwolniono ponad 100 tys. pracowników ochrony zdrowia. Następne zwolnienia spowodują większe kolejki do lekarzy i na zabiegi, zmniejszą ilość i pogorszą jakość usług. Personelowi fachowemu przybędzie pracy, a szczególnie lekarzom.

Przeciążenie i brak czasu na szkolenia może spowodować większą liczbę błędów w sztuce. Odpowiedzialność za restrukturyzację, która może się skończyć upadłością niektórych szpitali i przychodni, ponosi samorząd terytorialny wspólnie z wojewodą. Samorzady terytorialne nie mają pieniędzy, powoduje to, że nie wykonają one ustawowych zadań, tzn. re-

montów i zakupów sprzętu dla placówek ochrony zdrowia, co będzie niosło za sobą spadek jakości usług.

Czy zmieniło się coś w strukturach zarządzania służbą zdrowia?

Nadal istnieje Ministerstwo Zdrowia z rzeszą pracowników, przy wojewodach są komórki odpowiedzialne za ochronę zdrowia, a samorzady terytorialne zatrudniają następnych pracowników odpowiedzialnych za ochronę zdrowia. Wszystkim instytucjom trzeba składać sprawozdania z działalności. Struktury kasy chorych powstały późno i na ilość zadań zatrudniają za małą liczbę pracowników. Przypomnę tylko, że w Niemczech i Holandii na 1 tys. ubezpieczonych przypada 1 pracownik kasy chorych, a w byłym NRD 2 pracowników, u nas jeden pracownik na kilkadziesiąt tysięcy. Wszystkie sprawy administracyjne, a także rozliczenia między kasami a samodzielnymi zakładami, jak również rozliczenia między placówkami spadły na placówki ochrony zdrowia. Aby podołać nowym obowiązkom, trzeba było zwiększyć zatrudnienie w administracji zakładów, kosztem pracowników fachowych. W Czechach mimo że na kasy chorych było więcej pieniędzy i lepiej byli przygotowani do reformy po pół roku już część kas chorych zbankrutowała. Nasz rząd nie wyciągnął wniosków z błędów czeskich.

Pacjenci nadal czekają w długich kolejkach do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów, ale nie widać szans na zwiększenie zatrudnienia w tych placówkach. Nie poprawiły się też warunki płacy i pracy zatrudnionych w służbie zdrowia. Około 73% pacjentów jest niezadowolonych z obecnego kształtu reformy, niezadowoleni są również pracownicy ochrony zdrowia - ci którzy mają ją wprowadzać.

Zadowolona jest tylko garstka urzędników i polityków w Warszawie.

*Ryszard Łopuch
członek Prezydium NRL,
przewodniczący
Komisji Płacy i Pracy NRL*

Lekarze mają mniejszą ochronę niż górnicy

Według szacunku Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej restrukturyzacja w służbie zdrowia obejmie około 42 tys. osób. W tym roku będzie musiało zmienić miejsce pracy 36 tys. osób, w przyszłym roku około 16 tys. osób. Ministerstwo opracowało program osłonowy dla pracowników z restrukturyzowanych zakładów. Część zakładów zmieni swój profil, powstaną hospicja i zakłady opiekuńczo-pielęgnacyjne. Pracę w nich znajdzie około 1600 osób. Jaką liczbę wśród „restrukturyzowanych” stanowią lekarze? Na to pytanie nikt nie potrafił odpowiedzieć.

Czy lekarze, którzy stracą pracę z powodu upadku lub reorganizacji swojego zoz mogą liczyć na osłonę lub preferencyjne kredyty?

Z takim pytaniem zwróciło się „Medium” do:

Pełnomocnika Rządu d.s. Reformy Zabezpieczenia Społecznego

Odpowiedział nam pan DAWID KWAŚNIEWSKI, że niestety w tej sprawie nie ma żadnych informacji;

Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych

Odpowiedziała pani TERESA KOTARSKA: zoz nie płacą składek na ten fundusz, dlatego ich pracownicy nie mogą skorzystać ze świadczeń tego funduszu. Odszkodowania są wypłacane ubezpieczonym w tym funduszu w sytuacjach związanych z upadłością zakładu;

Wojewódzkiego Urzędu Pracy
Odpowiedziała pani IRENA SKRZYŃSKA:

lekarze mogą skorzystać ze wszystkich form aktywizacji zawo-

dowej proponowanej przez Urząd Pracy. Będą one zachęcały do samozatrudnienia poprzez zakładanie własnej działalności gospodarczej. W przypadku lekarzy może to być otwarcie prywatnego gabinetu. Na ten cel lekarz, jak każdy inny obywatel, może otrzymać kredyt bankowy w wysokości 70 tys. zł. Z tego kredytu połowę odsetek przekraczających inflację zapłaci za niego budżet państwa. Dla 2 tysięcy lekarzy, którzy w tym roku wzięliby taki kredyt obowiązywałaby kilkumiesięczna karencja na spłatę odsetek.

W przypadku zwolnienia grupowego, uwarunkowanego zmniejszeniem zatrudnienia lub likwidacją zakładu, a zwolnienie grupowe to rozwiązanie stosunku pracy z co najmniej 10% załogi w zakładach do 1 tysiąca pracowników, lub co najmniej 100 osób w zakładach po-

wyżej 10 tysięcy pracowników, przysługuje pracownikowi odprawa pieniężna w wysokości 1-miesięcznego wynagrodzenia, jeżeli przepracował 10 lat, lecz mniej niż 20 lat. 3-miesięczne wynagrodzenie przysługuje pracownikowi, jeżeli przepracował 20 i więcej lat, jednak kwota odprawy nie może przekroczyć 15-krotnego najniższego wynagrodzenia obowiązującego w dniu rozwiązania stosunku pracy, ustalonego przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Istnieje też możliwość przyznania zasiłku przedemerytalnego na ogólnie przyjętych zasadach.

Wymienione możliwości dotyczą wszystkich pracowników, a lekarze nie mogą liczyć na szczególnie potraktowanie ich przez urząd pracy.

(EP)

Za 11 lat będzie na świecie 220 milionów chorych na cukrzycę

Od 27 do 30 maja odbywał się w Hali Ludowej we Wrocławiu VII Zjazd Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego - Diabetologia na przełomie wieku XX/XXI.



Przewodnicząca Zjazdu prof. dr hab. Renata Wąsikowa i przewodniczący PTD prof. dr hab. Czesław Wójcikowski.

Przewodniczącą komitetu organizacyjnego zjazdu była prof. **RENATA WĄSIKOWA**.

Na zjeździe przedstawiono 122 oryginalne prace pokazujące osiągnięcia w dziedzinie diabetologii, a także nowe możliwości terapeutyczne. Oprócz tego przedstawiono wiele referatów podczas sesji satelitarnych i na plakatach.

Zjazd został uroczystie otwarty przemówieniami: przewodniczącej Komitetu Organizacyjnego prof. dr hab. **RENATY WĄSIKOWEJ** i przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego prof. dr hab. **CZESŁAWA WÓJCIKOWSKIEGO**. Mówili oni, jak wielkim problemem społecznym staje się cukrzyca, bowiem liczba chorych podwaja się co 10 lat. Przewiduje się, że w 2010 roku będzie żyło na świecie 220 milionów chorych na cukrzycę, z tego 2 miliony w Polsce.

Pacjent powinien wiedzieć, jak zapobiegać powikłaniom cukrzycy, niezależnie od rodzaju aktualnie stosowanej insuliny.

Program Zjazdu został podzielony na sesje wystąpień ustnych, satelitarnych i plakatowe.

W badaniach patofizjologicznych i kliniczno-epidemiologicznych zostało udowodnione, że intensywne leczenie metaboliczne cukrzycy umożliwia zapobieganie

angiopatii i neuropatii. O **Zapobieganiu angiopatii cukrzycowej** mówił Konsultant Krajowy w dziedzinie Diabetologii prof. dr hab. **JAN TATOŃ**. Uważa on, na podstawie badań prowadzonych na całym świecie, że większość chorych na cukrzycę jest narażona na chorobę zwyrodnieniową układu naczyniowego - włośniczek i średnich oraz dużych tętnic, czyli angiopatię cukrzycową, która naraża na przedwczesną śmierć 60 do 80% chorych na cukrzycę. Badania szu-

kające przyczyn angiopatii skupiają się na: poszukiwaniu genów, które wyjaśniłyby podatność na rozwój angiopatii, określenie zaburzeń metabolizmu wewnątrzkomórkowego, molekularnej patologii komórek ściany włośniczek i tętnic, wpływu wtórnych ogólnoustrojowych i lokalnych zaburzeń regulacyjnych oraz dokumentowanie różnorodności klinicznej angiopatii.

Badania wykazały, że poziom skuteczności leczenia hipoglikemizującego cukrzycy i długość oddziaływania hiperglikemii na naczynia, to czynniki, które warunkują powikłania naczyniowe cukrzycy. Badania w USA wykazały, że intensywne leczenie hipoglikemizujące i osiągnięcie „prawie normoglikemii” mocno ogranicza powstanie zespołów mikroangiopatii w cukrzycy typu I. Badania angielskie i japońskie pokazały, że intensywne leczenie cukrzycy typu II zmniejsza od 50 do 75% ryzyko powikłań naczyniowych.

Wnioski jakiego powinni wyciągnąć praktycy z tych doświadczeń: to intensyfikacja leczenia hipoglikemizującego w cukrzycy

typu I i II, które umożliwią uzyskanie „prawie normoglikemii” oraz odsetka HbA1c mniejszego niż 6%. Profesor podkreślił: *Nie ma usprawiedliwienia dla tych, którzy to przestanie zaniedbują. Obok tego konieczne jest ograniczanie innych czynników ryzyka angiopatii.*

Równie istotne znaczenie ma wczesne i agresywne leczenie zespołu polimetabolicznego. Program zapobiegania powikłaniom naczyniowym powinien rozpocząć się jak najwcześniej. Wynikają stąd praktyczne wnioski dla bardziej agresywnej diagnostyki cukrzycy i ostrzejszych kryteriów jej rozpoznawania.

O **problemie farmakoekonomiki w leczeniu cukrzycy typu II** mówił lek. med. **MARCIN KNAST** - Krajowy Koordynator Promocji Insulin TZF Polfa S.A.

O wadze problemu świadczy ilość chorych, oraz środki przeznaczane na ich leczenie. W 1998 roku w Polsce na cukrzycę typu II było leczonych około miliona chorych, z

tego ok. 300 tys. wymagało stosowania insuliny.

Roczny koszt insulinoterapii wysokoczystą insuliną wieprzową WO-S to 849,57 zł (insulina) podawaną strzykawkami - 365,00 zł (strzykawki) daje 1214,57 zł na pacjenta.

Roczny koszt insulinoterapii insuliną humanizowaną 1683,10 zł (insulina) podawaną automatycznym wstrzykiwaczem 538,50 (igły i ryczałt) wynosi 2221,60 zł na pacjenta.

Przy stosowaniu wysokoczystej insuliny wieprzowej WO-S budżet państwa uzyskuje dodatkowe 833,53 zł na jednego pacjenta rocznie, w związku z obniżeniem kwot refundacji za jednostki insuliny wieprzowej wysokoczystej WO-S. Przy 226 100 pacjentach daje to kwotę 189 milionów PLN (48 mln USD).

Za taką sumę można m.in. zakupić rocznie dla każdego chorego

Wykłady, sesje plakatowe i satelitarne poruszały bardzo szeroko tematykę diagnozowania i leczenia cukrzycy, a także powikłań, jakie niesie ta choroba.

Tematyka sesji **Kontrowersje wokół problemu otyłości, Otyłość - wyzwanie nadchodzącego wieku** oraz **Klinika i leczenie zaburzeń erekcji u chorych na cukrzycę** łączyły się tematycznie z Międzynarodowym sympozjum **Hormonalne i metaboliczne zaburzenia w menopauzie i andropauzie**.

Hala Ludowa, która ostatnio stała się halą kongresową wielkich spotkań naukowych, w tym także medycznych, podczas Zjazdu Towarzystwa Diabetologicznego tętniła życiem. Jednocześnie w kilku salach odbywały się wykłady i sesje. 28 firm farmaceutycznych wystawiło w kuluarach swoje wyroby. Świetna organizacja zjazdu, dobrze opracowane i wydane materiały z wykładów i sesji z pew-



Gośćmi Zjazdu byli m.in. wojewoda wrocławski Witold Krochmal (trzeci od lewej) i dr Włodzimierz Bednorz wiceprezes NRL i przewodniczący DRL (drugi od lewej).

na cukrzycę glukometr (200 zł za sztukę), dzięki któremu znacznie poprawi się poziom samokontroli pacjentów lub zatrudnić 189000 edukatorów (ok. 5 tys. pacjentów na 1 edukatora) i zmniejszyć koszty pośrednie związane z cukrzycą. Jak dowiodły badania skuteczność leczenia wysokoczystą insuliną WO-S, a tym samym stopień wyrównania poziomów glikemii u chorych na cukrzycę zależy także od edukacji, samokontroli i zachowania diety do prawidłowej, dostosowanej indywidualnie dla pacjenta insulinoterapii. Badania udowodniły, jak ważna jest kompleksowa zaplanowana opieka, a niecelowe i nieekonomiczne jest postępowanie ograniczające się tylko do zmiany preparatu insulinowego i techniki podania. Pacjent powinien wiedzieć, jak zapobiegać powikłaniom cukrzycy, niezależnie od rodzaju aktualnie stosowanej insuliny.

Oprócz zagadnienia szeroko tu omówionego zostały przedstawione kwestie ekonomiczne stosowania różnych rodzajów insuliny.

nością przysłużą się dobrze polskiej diabetologii.

*Tekst i zdjęcia
Elżbieta Pomorska*

Z ostatniej chwili:

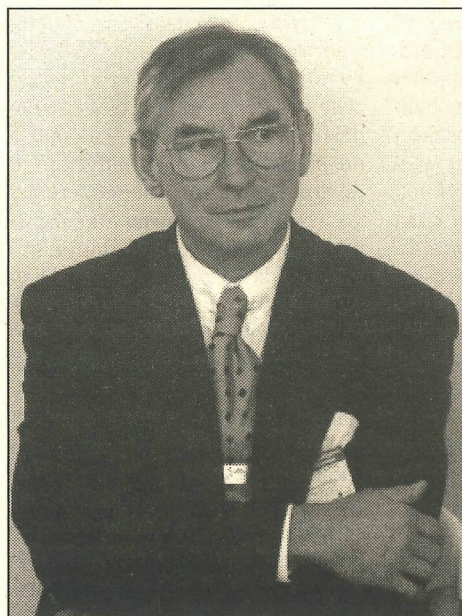
Amerykański Urząd d.s. Żywności i Leków (FDA) zatwierdził do użycia przeciwcukrzycowy lek nowej generacji - avandia, który zwiększa wrażliwość organizmu na działanie insuliny. Lek ten zastąpi rezulin, o podobnym działaniu, który był przyczyną uszkodzenia wątroby u ponad 40 chorych i został wycofany ze sprzedaży w Europie. Badania na 4 tys. osób nie wykazały, aby avandia uszkadzała wątrobę, ale nie osiągnięto jeszcze w tej kwestii całkowitej pewności. Może on natomiast sprzyjać skutkom ubocznym, takim jak bóle głowy i zakażenia dróg oddechowych. Badaniem jest także trzeci lek o podobnym działaniu - actos.



Firmy farmaceutyczne starały się przyciągnąć do swoich stoisk nawet aniołami w krwistoczerwonych szatach.

Mędzynarodowe Sympozjum - Hormonalne i Metaboliczne Powikłania w Menopauzie i Andropauzie, Wrocław 28-29 maja

Menopauza, andropauza i viagra



Profesor Andrzej Milewicz - prezes Polskiego Towarzystwa Patogenezy i Terapii Otyłości kierował Komitetem Organizacyjnym Sympozjum.

Sympozjum zorganizowane pod patronatem **EUROPEJSKIEGO STOWARZYSZENIA MENOPAUZY I ANDROPAUZY** i **MIĘDZYNARODOWEGO STOWARZYSZENIA ENDOKRYNOLOGII GINEKOLOGICZNEJ**. Głównym organizatorem było Polskie Towarzystwo Patogenezy i Terapii Otyłości, komitetem organizacyjnym kierował prof. dr hab. **ANDRZEJ MILEWICZ** - prezes Towarzystwa. Sympozjum było także jednym z elementów obchodów Roku Seniora, który ustanowiła Światowa Organizacja Zdrowia. Językiem wykładowym był angielski, ale wszystkie wystąpienia tłumaczono symultanicznie.

Sympozjum wzbudziło duże zainteresowanie dziennikarzy prasy popularnej i telewizji m.in. dlatego, że jednym z referentów był prof. Zbigniew Lew-Starowicz - postać telewizyjna, a także dlatego, że na polski rynek weszła viagra, która ma usuwać zaburzenia erekcji u mężczyzn i została szeroko rozpropagowana przez media, a ten temat miał być również na sympozjum omawiany.

Prof. dr hab. Tomasz S. Pertyński przedstawił problemy menopauzy, w czasie której wchodzi każda kobieta po 45 roku życia. Problemy związane z menopauzą narastają wraz z rozwojem cywilizacji i wydłużeniem życia. Wciąż w naszym społeczeństwie jest bardzo mała świadomość tego, co się dzieje w tym czasie w organizmie kobiety. A problem ten dotyczy około 6 milionów Polek. Interesujący może być fakt, że ostatnia miesiączka - menopauza w krajach rozwiniętych przychodzi około półtora roku później niż w Polsce i krajach rozwijających się. Badania wykazują, że jednym z powodów tego zjawiska są takie czynniki jak: niższy standard życia, stres, alkoholizm, nikotynizm, nieodpowiednia dieta, brak aktywności fizycznej. W Polsce jest bardzo specyficzna sytuacja, bo o konieczności działań terapeutycznych kobiety dowiadują się z mediów, a nie od lekarza. Uważa się,

że jest to jedna z przyczyn, że jedynie niewielki odsetek kobiet podejmuje hormonalną terapię zastępczą. Nie powinny tu w grę wchodzić obawy, bowiem światowa literatura medyczna uznaje korzystne działanie tej terapii na zdrowie i życie kobiet w wieku menopauzalnym. Ograniczenia medyczne do stosowania terapii są nieznaczne, a wskazania zostały poszerzone nawet o grupę pacjentek po przebytej chorobie nowotworowej sutka. W takich przypadkach proponowane jest stosowanie leków o działaniu estrogenowym, a nie rzeczywistych leków estrogenowych.

Zdarza się, że po krótkim przyjmowaniu leków pacjentki porzucają kurację, po której oczekiwały natychmiastowej zmiany samopoczucia. Ogromną rolę odgrywa tu lekarz, zalecający kurację, który powinien wyjaśnić pacjentce, jakie dalekosiężne skutki ona przynosi. Jednak najważniejszym zadaniem lekarza jest właściwy dobór HTZ. Lekarz powinien uwzględnić wiek pacjentki oraz jej schorzenia, które często dokuczają jej już wiele lat, te uwarunkowania powinny wskazywać wybór właściwego leku. Również drogi jego podawania będą uwarunkowane np. schorzeniami metabolicznymi pacjentki. W Polsce, ogromna odpowiedzialność spada na lekarzy pierwszego kontaktu, ponieważ to on najczęściej rozpoznaje problemy towarzyszące menopauzie. Problemy te nie tylko warunkują jakość życia, ale mogą temu życiu zagrażać.

W wielu schorzeniach należy zastosować terapię, która słabo jest w Polsce rozpowszechniona - drogą przeskórną. Warto dodać, że w Polsce HTZ przyjmuje od 1 do 4% kobiet w wieku menopauzalnym i są to najczęściej kobiety z wyższym wykształceniem, natomiast zupełnie tej terapii są pozbawione kobiety wiejskie. Choć jest ona jednocześnie profilaktyką przeciw osteoporozie i miażdżycy.

Następnym poważnym problemem jest otyłość, której przyczyną jest wysokośluszczowa dieta, brak zachowań

prozdrowotnych, stres, alkoholizm. 60% kobiet w wieku menopauzalnym ma nadwagę lub otyłość i jest ich w Polsce 3,6 mln. Nadwaga w tym wieku łączy się często z cukrzycą typu II.

Szczególnie groźna dla życia jest otyłość typu androidalnego (brzusza), niesie ona zagrożenie chorobami serca i naczyń, miażdżycą. Otyłość gynoidalna (biodra, uda) jest oceniana jako mniej groźna.

Otyłość prowadzi do wystąpienia innych cech zespołu polimetabolicznego, takich jak cukrzyca, nadciśnienie, zaburzenia gospodarki lipidowej. Już jednak rozpoznanie samej nadwagi, predysponuje chore do wdrożenia kompleksowej opieki menopauzalnej, w której podawanie przeskórnej HTZ wydaje się całkowicie uzasadnione.

U kobiet z nadwagą, a szczególnie z otyłością nasilają się schorzenia wątroby, trzustki, często rozpoznawana jest kamica dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego. Badania w Japonii wykazały, że kobiety otyłe chorują prawie 3 razy częściej na raka trzonu macicy. Otyłość, szczególnie typu androidalnego, jest także przyczyną nadciśnienia tętniczego. Niesie też zagrożenie rakiem sutka.

W terapii HTZ bardzo istotne jest ustalenie dawki i drogi podawania w zależności od chorób towarzyszących okresowi menopauzalnemu kobiety. W przypadkach pełnego zespołu polimetabolicznego lub jego elementów, zalecana jest droga przeskórna HTZ, równie skuteczna jak doustna, lepiej tolerowana i bardziej fizjologiczna.

Przewodniczący Stowarzyszenia Menopauzy i Andropauzy prof. dr hab. STEFAN ZGLICZYŃSKI w swoim wystąpieniu: **Andropauza - problem starzenia się mężczyzny. Hormonalna Terapia Zastępcza** stwierdził, że trzeba było 50 lat, aby zrozumieć, że konieczna jest zastępcza terapia hormonalna kobiet i pewnie tyle samo lat trzeba będzie, by zrozumieć problem andropauzy, który jest dostrzegany dopiero ostatnio. Profesor uważa, że jest to m.in. spowodowane wydłużeniem życia mężczyzn, np. w Japonii do 75 lat. Jeszcze niedawno mężczyźni żyli przeciętnie 45 lat. Dziś ich przeżycie jest krótsze od kobiet o 8 lat na Zachodzie i 9 lat w Polsce. Im niższy poziom

cywilizacji tym krótsze jest życie mężczyzn, w Rosji aż o 13 lat.

Problem andropauzy nie jest tak jednoznacznie widoczny jak menopauzy, gdzie ustanie miesiączki jest granicą. Uważam, mówił prof. Zgliczyński, że nie ma problemu andropauzy, jest natomiast problem zwolnienia procesów życiowych i niszczącego działania stresu. Mężczyźni nie chcą przyjąć do wiadomości swojej słabości i stawiają sobie coraz wyższe wymagania, którym ich organizm, m.in. z powodu procesów starzenia, nie potrafi sprostać. U mężczyzny, aby uznać, że wszedł on w wiek andropauzalny trzeba zrobić badania i stwierdzić poziom testosteronu. Niedobór tego hormonu prowadzi do zmian miażdżycowych, może je cofnąć właśnie podanie tego hormonu.

W Polsce nie ma leków powstrzymujących andropauzę, lekarze nie są przygotowani do stawienia czoła temu problemowi, który narasta, bowiem do terapii hormonalnej kwalifikuje się od 10 do 20% mężczyzn po ukończeniu 60 roku życia.

Mężczyźni dużo trudniej niż kobiety chcą się poddawać leczeniu, a dolegliwości andropauzalne traktują jako swoją słabość, którą muszą sami zwalczyć, więc szeroka popularyzacja problemu i edukacja społeczeństwa powinna przełamać te poglądy.

Najgłośniejszy i najmłodniejszy obecnie lek - **viagrę oraz sposób jego stosowania przedstawił prof. dr hab. ZBIGNIEW LEW - STAROWICZ**. Zdementował on pogłoski jakoby viagra mogła powodować śmierć. Są określone przeciwwskazania do zażywania tej tabletki i jeśli ktoś je ma, a bierze ją, naraża się na problemy. Zaznaczył też, że Watykan popiera stosowanie v

iairy, ponieważ może się ona przyczynić do stabilizacji rodziny i pomóc w prokreacji.

Uważa, że viagra może być zbawienna dla 100 milionów mężczyzn na świecie i 1,5 miliona Polaków po 35 roku życia, którzy cierpią na zaburzenia erekcji. Dane te nie są pełne, bowiem obawa przed ośmieszeniem, niezrozumienie przyczyn dolegliwości powoduje, że dotychczas jedynie 10% mężczyzn cierpiących na zaburzenia erekcji zwracało się do lekarza. Równie ważna jest edukacja leka-

rzy, bo tylko oni mogą pomóc zrozumieć pacjentom ich problemy i poradzić właściwą terapię. Warto dodać, że od wprowadzenia viagry na rynek amerykański w marcu 1998 roku, 200 tysięcy lekarzy wypisało 9 milionów recept na ten lek.

Viagra umożliwia uzyskanie erekcji 80% pacjentów nawet w 4-5 godzin po zastosowaniu. Lek jest skuteczny niezależnie od tego, czy przyczyną zaburzeń zwodu są czynniki organiczne (cukrzyca, stwardnienie rozsiane, urazy rdzenia kręgowego, zabiegi chirurgiczne na prostatie), czy czynniki psychiczne.

Efekty uboczne po zastosowaniu viagry są niewielkie, a mogą to być: bóle głowy, uderzenia krwi do głowy, niestrawność, rzadziej bóle mięśni, obrzęk błony śluzowej nosa, przemiające zaburzenia widzenia: widzenie z kolorową poświatą lub nadwrażliwość na światło. W trakcie badań nie zaobserwowano przypadków priapizmu. Brak dowodów, by przypadek śmierci był związany bezpośrednio z przyjmowaniem viagry. Zdaniem specjalistów to wysiłek fizyczny związany z nagłym powrotem do aktywności seksualnej może nadmiernie obciążać organizm.

Viagry nie mogą przyjmować pacjenci zażywający leki z grupy nitratów np. nitroglicerynę, w jakiegokolwiek postaci. Lek nie powinien być stosowany w przypadku chorób serca lub wątroby, przebytego ostatnio udaru mózgu lub zawału serca oraz stwierdzonych dziedzicznych zmian siatkówki oka. Szczegółowe zastrzeżenia znajdują się na ulotce leku.

Viagrę zastosowano już u 5 milionów mężczyzn.

Jak zaznaczył prof. Starowicz działanie viagry jest prawidłowe wówczas, gdy jest psychiczne pożądanie. Podawanie leku komuś nieświadome, aby to pożądanie wywołać, będzie nieskuteczne.

Bardzo interesującą propozycją było powiązanie tematyki VII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i Międzynarodowego Sympozjum Powikłań w Menopauzie i Andropauzie, ponieważ pozwoliło na szersze przedstawienie problemów np. otyłości i zaburzeń erekcji.

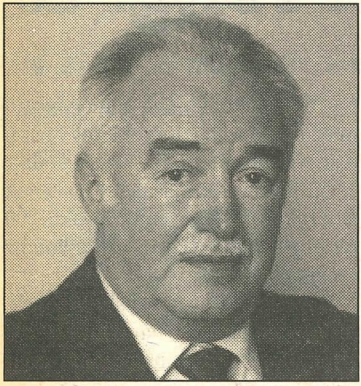
*Tekst i zdjęcia
Elżbieta Pomorska*



Uczestnicy Sympozjum na konferencji prasowej od lewej doc. Marek Mędraś, prof. Stefan Zgliczyński, prof. Tomasz S. Pertyński, prof. Zbigniew Lew - Starowicz.

Jak to po reformie ładnie

Byt kształtuje świadomość, Karol Marks



Janusz Bielawski

Wchodząc do oddziału mijam wiążący od końca grudnia poprzedniego roku plakat wydany przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Departament Koordynacji Reform Społecznych KPRM i zatytułowany Reforma ochrony zdrowia. Plakat ten ozdobiony rysunkami głupawo uśmiechającego się doktora i rozanielonej pielęgniarki, początkowo wzbudził zainteresowanie pacjentów, które szybko stracili zetknąwszy się z brutalną prozą życia codziennego.

Z plakatu można się dowiedzieć: „Od 1999 roku każdy będzie miał swojego lekarza

Będzie to lekarz podstawowej opieki medycznej lub lekarz rodzinny.

Każdy będzie mógł wybrać swojego lekarza, pielęgniarkę, położną lub placówkę medyczną, w której chce się leczyć. Wybrany przez nas lekarz będzie leczył, doradzał, kierował nas na badania diagnostyczne i analityczne, do lekarza specjalisty lub szpitala czy sanatorium.”

Pierwsze wrażenie z lektury plakatu jest takie, że lekarz rodzinny z chwilą wejścia reformy stanie się bardziej przyjazny i tak jak przed reformą będzie kierował na badania diagnostyczne, do specjalisty itd. - tyle tylko, że przed reformą było to często pozbycie się pacjenta, z którym nie bardzo było wiadomo, co zrobić i skutkiem był tłok w poczekalni u specjalisty. Obecnie nastąpiło odwrócenie sytuacji - przekroczenie limitu finansowego przeznaczonego na skierowanie do specjalistów i badania diagnostyczne, uszczupli lekarzowi jego własne zarobki lub dochody POZ-u. Teraz lekarz rodzinny jest zainteresowany w ograniczeniu skierowań do specjalistów, do badań diagnostycznych. Takie usytuowanie lekarza POZ jako gestora skierowań do specjalisty, do szpitala stwarza określone warunki i zależności - to pacjent zabiega o skierowanie, choć szpital obecnie nie zasłania się brakiem miejsc. Rodzi to różne dwuznaczne sytuacje, co zawsze ma miejsce, gdy jakieś dobro jest reglamentowane.

Nie wiem, na ile jest to praktyka powszechna, ale jest mi znany przypadek z terenu małopolskiej Kasy Chorych, gdzie sześćdziesięcioletnia pacjentka zgłosiwszy się do lekarza rodzinnego z prośbą o

skierowanie do szpitala, ponieważ odczuwa silne bóle kręgosłupa i stawów biodrowych otrzymuje odpowiedź, że jest to niemożliwe. Dopiero po uiszczeniu drobnej kwoty otrzymuje pożądane skierowanie na oddział wewnętrzny z rozpoznaniem niewydolności krążenia, oczywiście bez zbadania pacjentki. Ta sama zacna osoba - lekarz rodzinny - kiedy się do niej zwróciła kobieta w wysokiej ciąży, która jak to się potocznie mówi skręciła nogę, zaleciła bandaż elastyczny, kiedy pacjentka pojechała do porodu wykonano zdjęcie i okazało się, że ma złamaną kostkę boczną. Najciekawszy jest komentarz otoczenia pacjentki o lekarzu rodzinnym - nie rozpoznała złamania, przecież jest pediatrą. Widać w Małopolsce ludzie są bardziej wyrozumiali. A teraz pro domo sua.

Do lekarza pierwszego kontaktu zgłasza się matka z dzieckiem, które upadło i skarży się na ból ręki. Lekarz zaleca okłady. Kiedy po dwóch tygodniach ręka nadal boli, na wyraźne żądanie matki, dziecko zostaje skierowane do poradni urazowo-ortopedycznej, gdzie po zrobieniu zdjęcia okazuje się, że jest złamana kość promieniowa. Ręka zostaje zagipsowana, a zdenerwowana matka udaje się do pani doktor na rozmowę wyjaśniającą, która jak się można domyślić nie składała się z komplementów. Z kolei podenerwowana lekarka telefonuje do ortopedy, mojego asystenta, który po wysłuchaniu pretensji wyjaśnia, że przecież trzeba było zrobić zdjęcie. Na to pani doktor: Przecież wy też nie robicie zdjęcia każdemu. Rzeczywiście - odpowiada ortopeda: - Tylko po dyplomie trzeba się te kilka lat pouczyć, zostać specjalistą I, potem II stopnia, żeby wiedzieć, kiedy trzeba, a kiedy nie musi się robić zdjęcia.

Tego typu przeoczenia nie są rzadkie, a zdarzają się przypadki, gdzie badanie fizykalne umożliwia prawidłowe rozpoznanie, a gołym okiem jest widoczna deformacja kończyny. Podobnie dzieje się z dolegliwościami brzuszными, gdy trafiają do szpitala pacjenci z perforowanym wyrostkiem po kilkudniowym leczeniu przez lekarza POZ. Ale zdarzają się również sytuacje jak z kiepskiego dowcipu - przychodzi lekarka POZ do specjalisty i pyta: Leczył się u pana pan Kowalski? - Tak. - Odpowiada specjalista. - Od kilku miesięcy. - A jakie leki pan stosuje? Następuje wyliczanka. Pani doktor odpowiada z ulgą: - Dziękuję bardzo, to wreszcie będę wiedziała, jak go leczyć.

W efekcie reformy pacjent jest leczony przez mniej kompetentnego lekarza, który nie zawsze będzie sobie radził z nadmiarem obowiązków, który musi poza tym uważać, czy wyjdzie na swoje, nie mówiąc o tym, że to, co dla specjalisty jest rzeczą prostą dla lekarza pierwszego kontaktu może być barierą trudną do pokonania, oraz źródłem błędów diagnostycznych i terapeutycznych.

Co w tym położeniu ma robić pacjent? Albo zadowolony się tym, co mu oferuje reforma lub leczyć się prywatnie u specjalisty, jeśli go na to stać. Albo wyzdrowieć mimo leczenia.

Nie wiem, czy o to chodziło twórcom reformy? Jedno powiodło się doskonale - lekarz pierwszego kontaktu stanowi rzeczywiście barierę w dostępie do badań diagnostycznych, do specjalisty.

Do tego dochodzi jeszcze polityka ekonomiczna menedżera, która staje się ważniejsza od doskonalenia usług zdrowotnych. Ograniczając skierowania do specjalistów i na badania diagnostyczne z niewykorzystanego limitu finansowego przeznaczonego przez kasę na ten cel - zostaje w gestii POZ 30%. A to jest już konkretna szeluszcząca gotówka. Tyle tylko, że w tym wszystkim najmniej ważny staje się pacjent. A przecież zgodnie z tym, co trąbi oficjalna propaganda lekarz pierwszego kontaktu miał być przyjazny, doradzić pacjentowi, leczyć, kierować na badania diagnostyczne itd. Czy jest

Nie wiem, czy o to chodziło twórcom reformy? Jedno powiodło się doskonale - lekarz pierwszego kontaktu stanowi rzeczywiście barierę w dostępie do badań diagnostycznych, do specjalisty.

to w warunkach funkcjonowania reformy ochrony zdrowia możliwe? Chyba jest i zależy od wiedzy lekarza, jego sumienności zawodowej i przekonania, że działa w interesie pacjenta, a widoki doróżnych zysków tego nie przysłonią.

Jak oaza na pustyni, zdarzył mi się telefon z praktyki lekarza rodzinnego w małej miejscowości byłego województwa legnickiego, który poinformował mnie, że pacjent, który miał być przyjęty do naszego oddziału, przeziębził się i ma zapalenie oskrzeli, doktor sądzi, że wyleczy go w ciągu tygodnia i prosi o zmianę terminu przyjęcia.

Z lektury wspomnianego na wstępie plakatu wynika, że „Zadaniem Kas Chorych będzie jak najlepsze gospodarowanie pieniędzmi na opiekę medyczną pochodzącymi z naszych składek na ubezpieczenie zdrowotne. Kasy Chorych będą wybierać placówki medyczne, lekarzy, pielęgniarki, położne, z którymi podpiszą umowy na świadczenie usług medycznych.” Zatem to Kasa przez dystrybucję środków zdecyduje, co jest potrzebne pacjentowi.

Na odbywającym się 12 maja br. posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia, Kultury Fizycznej i Sportu był dyskutowany problem opieki medycznej, a właściwie jej braku nad osobami uprawiającymi różne formy aktywności ruchowej - chodziło przede wszystkim o dzieci, młodzież i zawodników zrzeszonych w małych klubach. Po

wprowadzeniu reformy kasy chorych zawarły umowy z wojewódzkimi przychodniami sportowo-lekarskimi na kwoty odpowiadające 25% budżetu z 1998 roku. Dolnośląska Kasa nie podpisała żadnej tego typu umowy i efektem było np. zlikwidowanie Wojewódzkiej Poradni Sportowo-Lekarskiej w Jeleniej Górze, która miała 10000 podopiecznych. Małopolska Kasa świadczenia tego typu zakontraktowała w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Podobnie uczyniło kilka innych kas chorych. Stwarza to sytuację, w której wielu dyrektorów POZ-ów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, odmawia wydania skierowań na badania sportowo-lekarskie do działających lokalnie specjalistycznych poradni. Poradnictwo sportowo-lekarskie prowadzone przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej stanie się fikcją. Co najwyżej lekarz pierwszego kontaktu podbije kartę zawodnikowi, zwłaszcza gdy chodzi o udział w zawodach gminnych. Opiekę nad zawodnikami na-

przyszło opamiętanie. Ilu trzeba u nas? Jak podał dr Witold Furgał z Tarnobrzegu - już są trzy.

W tym miejscu pragnę zacytować przemyslenia Danuty Wiewióry-Pileckiej, która stwierdza: „Główną cechą współczesnego podziału środków jest transformacja od profesjonalizmu medycznego do profesjonalizmu menedżerskiego. (...) Rodzi to pewną lukę prawną, bo właściwie nie wiadomo, kto odpowiada za naruszenie konstytucyjnego prawa pacjenta do ochrony zdrowia: system czy lekarz zmuszony do odmowy świadczeń”, by wyciągnąć wniosek: „W ślad za tym idzie fakt postępującego ograniczania swobody decyzji lekarskiej, a co za tym idzie obniżenia jej wartości. Prowadzi też do sytuacji, w której rewizji wymagają podstawy etyki medycznej. Etyka oparta na zasadach Hipokratesa musi przejść do historii. Zastąpić ją powinna etyka zorientowana na efektywność usługi, a nie na satysfakcję pacjenta. Nikt nie chce postawić kropki nad „I” i powiedzieć tego głośno”. Żeby rzeczywiście chodziło o efektywność usługi to byłoby wspaniale. Problem styku - lekarz pierwszego kontaktu - specjaliści ujawnił sprzeczność interesów, ale nie tylko - bo unikanie za wszelką cenę skierowań do specjalistów to nie tylko zysk dla POZ-u, ale także ryzyko nierozpoznanie choroby we właściwym czasie.

Błędy diagnostyczne popełnione przy urazach, dolegliwościach brzusznych ujawniają się szybko. Na ujawnienie innych trzeba będzie poczekać dłużej. Zmniejszyła się czterokrotnie liczba dzieci kierowanych do Poradni Wad Postawy. Zakładając, że przed wprowadzeniem reformy część dzieci była tam kierowana na wszelki wypadek, to skutki takiego ograniczenia dostępu do leczenia specjalistycznego ujawnią się po kilku latach. Podobnie jest w poradni preluksacyjnej, u okulisty, itd.

Reforma ochrony zdrowia, poza nielicznymi wyjątkami, rozczarowała wszystkich - i pacjentów, i pracowników służby zdrowia. Pacjentom trudniej jest uzyskać kompetentną poradę w lecznictwie otwartym, a przy tym wiele się trzeba nachodzić. Wzrosła ilość koniecznych do wypełnienia formularzy. Za to łatwo jest dostać skierowanie do szpitala. Tylko co szpital może - to już zupełnie inna bajka.

Doroczna nagroda PTL dla dr. Jarosława Adamiaka

Zarząd Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego przyznał dr. Jarosławowi Adamiakowi doroczną nagrodę za najlepszą pracę przedstawioną na posiedzeniach Towarzystwa w 1998 roku, była to praca: Rzadkie guzy nowotworowe płuca.

Serdecznie gratulujemy Panu Doktorowi.

Przewodniczący Oddziału Wrocławskiego PTL prof. dr hab. Tomasz Szepietowski

Jak działają norweskie szpitale

Chory na taśmie

Barbara Gąsior-Chrzan

Uniwersytecki szpital w Tromsø jest wciąż najmłodszym i najnowocześniejszym szpitalem w Norwegii. Prawdopodobnie we wrześniu 1999 roku odda pierwszeństwo nowo budowanemu Rikshospitalet w Oslo. Szpital ma 600 łóżek i służy obszarowi odpowiadającemu terytorium Danii. Dysponuje wszystkimi możliwymi oddziałami z medycyną nuklearną, telemedycyną, neuro- i kardiochirurgią włącznie.

Pacjenci są leczeni stacjonarnie (hospitalizacja) lub w tzw. pobycie dziennym, np. dla wykonania prostego zabiegu chirurgicznego czy infuzji leku. W poliklinikach przyszpitalnych prowadzi się leczenie ambulatoryjne. Pacjenci z „terenu” mogą mieszkać w przyszpitalnym hotelu - lecząc np. łuszczycę ultrafioletem. Dość pobytu w hotelu kosztuje 350 koron - bez jedzenia - i jest refundowana pacjentom przez ubezpieczalnię.

Dobowy pobyt w szpitalu, w zależności od oddziału, kosztuje od 2500 koron wwyż.

Hospitalizuje się chorych, którzy tego bezwzględnie wymagają i pobyt na oddziale trwa tak krótko, jak to tylko jest możliwe ze względu na koszty.

Polikliniki przyszpitalne są zobowiązane zarobić miesięcznie określoną sumę pieniędzy. Każdy pacjent płaci za wizytę u lekarza tzw. własny udział, 160 koron, których mu nikt nie refunduje. Za środki opatrunkowe jest dodatkowa opłata. Jeśli pacjent w ciągu roku kalendarzowego wyda na wizyty lekarskie i leki 1320 koron, otrzymuje tzw. frikort - wtedy nie płaci już w danym roku za wizyty lekarskie i ma darmowy dojazd do i od lekarza.

Ten własny udział pacjenta, 160 koron, to jest tylko 1/3 kosztów wizyty. Resztę, tj. 2/3 płaci ubezpieczalnia na konto bankowe szpitala. Ubezpieczalnia pokrywa koszty np. za endoskopie (wykonuje się to badanie w trybie ambulatoryjnym), usunięcie brodawek, znamion, leczenie laserem itp.

Lekarz anestezjolog jest tak samo wynagradzany jak lekarz pediatra czy lekarz pracujący w banku krwi. Nie ma pracowników lepszych i gorszych, bardziej lub mniej potrzebnych. Wszyscy są jednakowo ważni i jednakowo potrzebni. Niepotrzebnych nie zatrudnia się.

Szpital jest prowadzony prawie jak zakład produkcyjny. Musi minimalizować koszty utrzymania i leczenia chorych i zarabiać jak najwięcej.

Oczywiście, nam lekarzom to się bardzo nie podoba, ale nikomu nie przyszło do głowy organizować strajków lub protestów z tego powodu. Wyrażamy swoje niezadowolenie na zebraniach, ale nie ma to wpływu na bieg wydarzeń. Co roku zwiększana jest kwota, którą poszczególne oddziały ma zarobić w swoich poliklinikach. To niestety nie ma wpływu na nasze osobiste zarobki.

Każdego roku szpitale mają ujemne saldo. Wtedy lokalni politycy i dyrektorzy szpitali dyskutują problem na

łamach prasy, w radiu i telewizji i w końcu parlament zgadza się, aby rząd pokrył milionowe długi.

Personel szpitala jest zatrudniany przez szpital na umowę o pracę. Pensje dla danego stanowiska są określane siatką płac wynegocjowaną dawno temu i okresowo nowelizowaną przez związki zawodowe poszczególnych grup, towarzystwa lekarskie, pielęgniarskie i rząd. Żadna grupa zawodowa nie ma przywilejów. Lekarz anestezjolog jest tak samo wynagradzany jak lekarz pediatra czy lekarz pracujący w banku krwi. Nie ma pracowników lepszych i gorszych, bardziej lub mniej potrzebnych. Wszyscy są jednakowo ważni i jednakowo potrzebni. Niepotrzebnych nie zatrudnia się. Praca w szpitalu jest pracą zespołową, a nie popisem solistów.

Po pierwszym falstarcie do oddziału chirurgicznego (Medium, styczeń - 99) wpisano mnie w rejestr pacjentów na nowo. I tak zaczęłam patrzeć na pracę norweskiej służby zdrowia z pozycji horyzontalnej.

Pacjent przychodzi do oddziału w przeddzień planowanej operacji przed południem. Melduje się w biurze przyjęć pacjentów, wspólnym dla wszystkich oddziałów szpitala. Stamtąd jest kierowany do laboratorium celem wykonania stosownych analiz i podąża dalej do właściwego oddziału, gdzie ma być hospitalizowany.

Oddział, do którego ja zmierzałam, ma 15 łóżek. W tym dniu przyjmowano trzech pacjentów, którzy przychodzili w różnym czasie. Kierowano nas do pokoju dziennego, gdzie wciąż jeszcze w cywilnych ubraniach patrzyliśmy na telewizor, w którym transmitowano narciarskie mistrzostwa świata. Uczestniczącym tam Norwegom szło jak zwykle znakomicie. Starsza kobieta w rogu przy oknie dziergała kolorowe skarpetki dla wnuka. Czas mijał. Około 13.00 pielęgniarka wywołała pierwszego pacjenta do napisania pierwszej części wywiadu - stan cywilny, rodzinny, wzrost, waga, ewentualne nietolerancje pokarmu, z kim

kontaktować się w razie potrzeby. Na prawy nadgarstek założono plastikowy pasek z nazwiskiem, datą urodzenia i adresem. Około 13.30 lekarka-stażystka zbadła mnie. Godzinę później, prosto z sali operacyjnej przybył „mój” chirurg. Było to pierwsze nasze spotkanie. Uścisk dłoni, badanie.

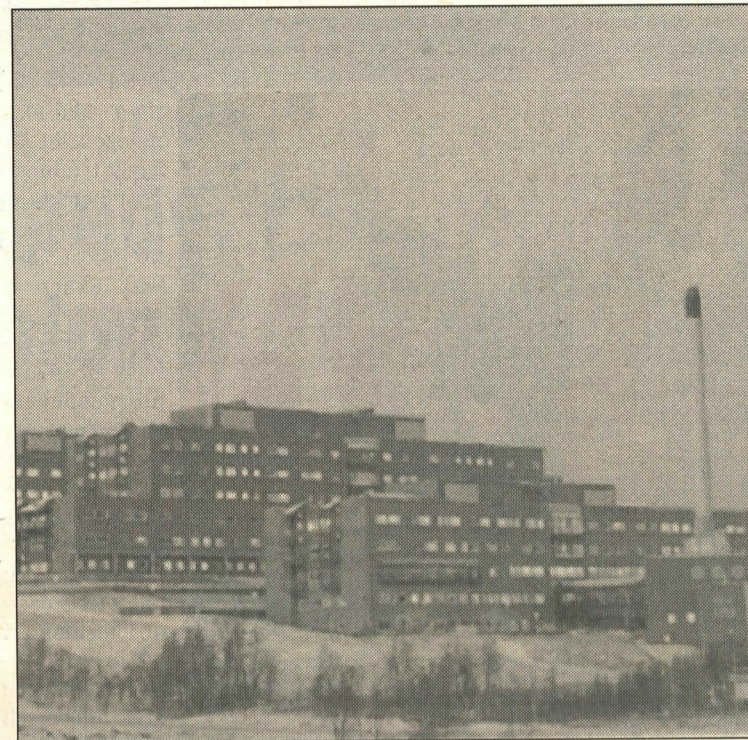
- Jak chcesz być operowana? - spytał.

Objaśniłam, czego oczekuję.
- Acha. Zgadza się z tobą. Moglibyśmy co prawda...
I tutaj wyjaśnił krótko, co nowoczesna chirurgia ma do zaproponowania w takich przypadkach.
- Ale to się nie opłaci, bo...

I znowu objaśnił czemu. Byliśmy zgodni. Należało tylko wykonać operację.

Od 21.00 zaczęto przygotowania. Lewatywa, prysznic, obowiązkowe mycie włosów. Od 24.00 zakaz jedzenia i picia, tabletki nasenna z działaniem na 8 godzin. O 6.00 pobudka, prysznic, toaleta jamy ustnej, świeża bielizna osobista, tabletki uspokajająca, powrót do łóżka ze świeżą pościelą.

O 7.30 zaczęto zwozić windami chorych na bloki operacyjne. Całe rozległe piętro to rzędy sal operacyjnych używanych przez wszystkie oddziały



szpitala, które wykonują zabiegi operacyjne. Stał się w dwuszeru łóżek - bypassy, żyłaki, guzy jelit, mięśniaki macicy, raki płuc i kto wie, co jeszcze... Powoli podpychano nas ku przodowi i rozdzielano do właściwych sal przedoperacyjnych.

- Jak się nazywasz?

Sprawdzono nazwisko z treścią banderolki na moim prawym nadgarstku i historią choroby, którą wcześniej przyniesiono na blok operacyjny.

- Co masz mieć operowane?

- To i to - odpowiedziałam.

- Acha, zgadza się.

Ta procedura jest nieco zaskakująca dla przywiezionego do operacji. Wydawać by się mogło, że powinno być wiadomo, kogo przywieziono i po co. Zdarzały się pomyłki i aby ich uniknąć wprowadzono tę dodatkową kontrolę.

Obudziłam się późnym popołudniem w czteroosobowej sali osłonięta wiszącymi u sufitu białymi parawanami i szybko zasnąłam ponownie.

Następnego ranka zbudzono mnie o 7.00, pytając, jak się czuję i dano mi - bez prośnienia o to - zastrzyk przeciwbólowy i zastrzyk ze środkiem zapobiegającym powstaniu zakrzepów. O 8.00 młodsza pielęgniarka przyniosła miskę z wodą, myjki i ręczniki.

- Spróbuj usiąść na brzegu łóżka. Ja pomogę ci umyć się.

Jutro zrobisz to sama w łazience pod prysznicem.

O 8.30 zapytano nas, co chcemy pić do śniadania: sok, mleko - jakie mleko: pełnotłuste, chude, kefir; kawa, herbata - jaka herbata: zwykła, zioło-

wa. Za chwilę przyniesiono każdej z nas tacę ze śniadaniem: zamówione napoje, jajko gotowane, dwa plasterki szynki konserwowej, 2 g margaryny, dwie kromki chleba, 3 g dżemu.

O 9.15 kolejna pielęgniarka przeszła przez salę sprawdzając, czy wszystko w porządku. Poprawiła kwiaty w wazonach.

O 10.30 przyszedł lekarz z dwiema pielęgniarkami. Zapisano w papierach zlecenia. Wizyta trwała króciutko. Każdego dnia przychodził do nas inny lekarz.

O 13.00 obiad. Kawaleczek gotowanego mięsa lub gotowanej ryby, dwie

łyżki gotowanej marchewki z groszkiem, dwa małe gotowane ziemniaki, odrobina budyniu waniliowego z sokiem. Każdy ze składników obiadu znajdował się w małym plastikowym pojemniku, a całość ustawiono na plastikowej tacy. Tace z jedzeniem są przygotowywane w centralnej kuchni. Termostabilne pokrywki na tacach zapewniają właściwą temperaturę posiłku w czasie transportu windami do poszczególnych oddziałów. Zup nie serwuje się chorym.

Po obiedzie drzemka. Od 14.00 gońcy z kwiatarni dostarczali bukiety kwiatów z karteczkami od ofiarodawcy i życzeniami szybkiego powrotu do zdrowia. Kwiaty można również przynieść osobiście odwiedzając chorego. Oddział ma bogaty zestaw wazonów. W ciągu dwóch dni nasz pokój wyglądał jak egzotyczny ogród, chociaż za oknem leżał śnieg.

O 16.00 mierzenie temperatury ciała. Pielęgniarki przychodziły do nas regularnie, bez wzywania, co 1-2 godziny przez popołudnie i wieczór. O 22.30 zgaszono górne światło, zaciągnięto parawany, wywietrzono sale. Każda otrzymała iniekcję środka przeciwbólowego i tabletkę nasenną według życzenia. Każdej chorej postawiono na stoliku przy łóżku dzbanek z wodą i napełniono nią szklankę. W nocy wielokrotnie cichutko zaglądała do nas pielęgniarka.

Każdy pacjent ma przy łóżku czerwony przycisk, którym może wezwać pielęgniarkę i ta przychodzi natychmiast. Nie znany jest system płatnych pielęgniarek do opieki przy

chorym. To wszystko zapewnia szpital. Pielęgniarki są zatrudnione właśnie do pracy przy chorym i do niesienia mu pomocy i opieki w czasie leczenia szpitalnego bez dodatkowych gratyfikacji. Właściwie pacjentem po operacjach zajmują się pielęgniarki. Kontakt chorego z lekarzem w ciągu doby trwa około 2-3 minuty w czasie porannej wizyty. Nie ma wieczornej wizyty lekarskiej, wykonuje ją pielęgniarka. O stanie chorego lekarze oddziału są informowani na bieżąco w czasie odprawy porannej i popołudniowej o 15.00. Lekarze rozpoczynają pracę w szpitalu o 7.30 i kończą o 16.00. Po 16.00 w szpitalu są lekarze dyżurni. Urzędowy czas pracy wynosi 37,5 godziny tygodniowo. Naturalnie, w razie potrzeby, lekarz jest dostępny dla chorego całą dobę, ale potrzebę kontaktu z lekarzem trzeba zgłosić pielęgniarce. Ranga pielęgniarki w szpitalu jest wysoka, znacznie wyższa niż w naszym kraju. Jej pensja jest także wysoka, często równa lub nawet wyższa niż młodszego lekarza na etacie asystenta.

Po operacjach, zawałach serca, wylewach pacjenci są uruchamiani tak szybko, jak tylko jest to możliwe. Już w drugiej dobie po operacji chorego samodzielnie bierze prysznic i załatwia swoje potrzeby fizjologiczne w toalecie. Podstawową sprawą jest likwidowanie bólu według zasady: weź środek przeciwbólowy, gdy tylko ból nadchodzi. Nie czekaj aż będzie cię mocno bolało.

Druga ważna sprawa to profilaktyka przeciwzakrzepowa. Podaje się co rano zastrzyk ze środkiem fibrynolitycznym, oraz uruchamia się chorego jak najwcześniej.

W czwartej dobie po operacji chorych wypisuje się do domu. Nikogo nie wynoszono na noszach, wszyscy wychodzili uśmiechnięci na własnych nogach.

Czas pobytu chorego w oddziale drastycznie uległ skróceniu w stosunku do tego, co obowiązywało jeszcze kilka lat temu. Pobyt w szpitalu jest spowodowany koniecznością życiową. Koszta pobytu i leczenia są bardzo wysokie i ciągle rosną. Leżenie w szpitalu niesie możliwość dodatkowych zakażeń, rozwija poczucie choroby u pacjentów, jest nudne i mało stymulujące. Leżeć można w domu. Jest to dużo tańsze i przyjemniejsze. Szwy zdejmuje się u lekarza pierwszego kontaktu. Dzięki takiej polityce nie potrzeba tak wielu łóżek szpitalnych. Efektywność oddziałów znacznie wzrosła, a koszt leczenia uległ obniżeniu.

Ten system obowiązuje w całej Europie Zachodniej i Ameryce. Doprowadziło to np. w Niemczech do zamknięcia wielu szpitali i dużego bezrobocia wśród lekarzy. Niemieccy lekarze szukają obecnie zatrudnienia w innych, również pozaeuropejskich krajach. Część z nich znalazła zatrudnienie w Norwegii.

Nowoczesność w medycynie to efektywność, wyrażająca się także maksymalnie krótkim pobytom pacjenta w szpitalu. Taka nowoczesność puka do drzwi naszych polskich szpitali. Jest pewne, że przyjdzie. To tylko kwestia czasu.

Branżowa Kasa Chorych Służb Mundurowych w odnowionej siedzibie

Pacjenci mogą się leczyć w całym kraju

19 maja została otwarta siedziba Oddziału Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych we Wrocławiu. Mieści się ona w części budynku odstąpionego przez Dyрекcję Okręgu Infrastruktury Kolejowej przy ul. Joannitów 13.

Oddział ten obejmuje województwo dolnośląskie i opolskie i liczy około 350 tys. członków.

O sytuacji i potrzebach członków kasy branżowej jej dyrekcja dowiaduje się z Działu Skarg i Wniosków. Większość skarg dotyczy niemożności ponoszenia kosztów leków i środków pomocniczych przez pacjentów, co jest wynikiem powszechnego zaobojębnienia społeczeństwa.

Do branżowej kasy należą głównie pracownicy służb resortowych,

nowego, na te usługi zostały podpisane umowy ze szpitalem wojskowym, kolejowym i MSWiA we Wrocławiu, a także ze szpitalem MSWiA w Opolu.

Branżowa kasa jest jedna na całą Polskę, dlatego jej członkowie mogą się leczyć we wszystkich ZOZ w całym kraju, z którymi ta kasa podpisała umowę.

Na początku tego roku skargi najczęściej dotyczyły trudności z dostępem do lekarza pierwszego kontaktu, ponieważ lekarze poznie chcieli przyjmować chorych z kasy branżowej, nie respektując porozumienia między kasami. Było też wiele skarg na organizację pracy w przychodniach, gdzie pacjenci często musieli długo czekać na wizytę u lekarza, oraz na brak informacji o możliwości badań dodatkowych i szczepień w tych przychodniach, które takich usług nie prowadzą.

Dr farmacji Zenon Marciniak wyjaśnił sytuację w zaopatrzeniu w leki i środki pomocnicze. Branżowa kasa nie podpisywała umów indywidualnych z poszczególnymi aptekami, wystarczyło porozumienie z Dolnośląską i Opolską Izbami Aptekarskimi dotyczące formy płatności. Natomiast z optykami podpisy-

wano indywidualne umowy, ponieważ nie wszystkie zakłady optyczne mają koncesję. Kryterium podpisania umowy z nimi były wysokie kwalifikacje osób tam pracujących oraz wyposażenie zakładu.

Problem stwarzała skąpa sieć zakładów zajmujących się dystrybucją środków ortopedycznych i pomocniczych, nie mogła ona zaspokoić potrzeb mieszkańców Dolnego Śląska, dlatego część aptek przejęła na siebie obowiązek prowadzenia sprzedaży niektórych środków pomocniczych - pieluchomajtek i materiałów stomijnych. Ponieważ określanie limitów ilościowych jest niezgodne z ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym, dlatego wnioski na przydział nie wymagają potwierdzenia, natomiast opierają się na ustalonych limitach cenowych dotyczących poszczególnych środków pomocniczych. Limity te ustala rada kasy.

Środki pomocnicze w branżowej kasie chorych są wypisywane na blankietach wniosków opracowanych przez centralę tej kasy, ale ponieważ one jeszcze nie wszędzie dotarły, honorowane są także inne prawidłowo wypisane wnioski.

Lekarze prywatnie praktykujący, którzy pragną wystawiać recepty refundowane przez kasę branżową są zobowiązani do zawarcia umowy refundacyjnej z tą kasą. Taką umowę należy podpisać w Branżowej Kasie Chorych Służb Mundurowych przy ul. Joannitów 13, pokój 76.

Do kolegów lekarzy

Branżowa Kasa Chorych Służb Mundurowych nie wymaga uzyskania zgody na leczenie poza terenem województwa dolnośląskiego, gdyż obszarem działania tej kasy jest cały kraj.

Zgoda taka wymagana jest jedynie w przypadku, gdy dany zoz, klinika, instytut nie podpisały umowy o świadczenie usług z branżową kasą chorych. Wykaz jednostek z całego kraju, z którymi BKCH podpisała umowę jest w Oddziale Wrocławskim BKCH przy ul. Joannitów 13.

BKCH podpisała umowy o świadczenie usług m.in. z Centrum Zdrowia Dziecka, Instytutem Onkologii w Gliwicach, Centrum Onkologii w Warszawie, Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi Polsko-Amerykańskim Instytutem Pediatrii w Krakowie, Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni.



Stoją od lewej pracownik Oddziału Wrocławskiego BKCHSM odpowiedzialny za kontakt z mediami Janusz Wolniak, dyrektor kasy - lek. Andrzej Jacyna, dyrektor Oddziału Wrocławskiego - Andrzej Owieja i kapelan kolejarzy.

O problemach, jakie w swej działalności napotyka kasa branżowa mówią jej pracownicy - lekarze: Andrzej Budzis i Andrzej Damsz

Członkowie branżowej kasy są rozproszeni na dużym obszarze, a status lekarzy w jednostkach wojskowych w terenie nie pozwalał na to, by byli oni lekarzami poz, więc nie mogli kierować zgłaszających się do nich pacjentów do specjalistów ani do szpitala. W pierwszych dniach stycznia 1999 r. podpisali oni umowy formalnoprawne ze szpitalami wojskowymi i jednostkami wojskowymi i stali się lekarzami poz.

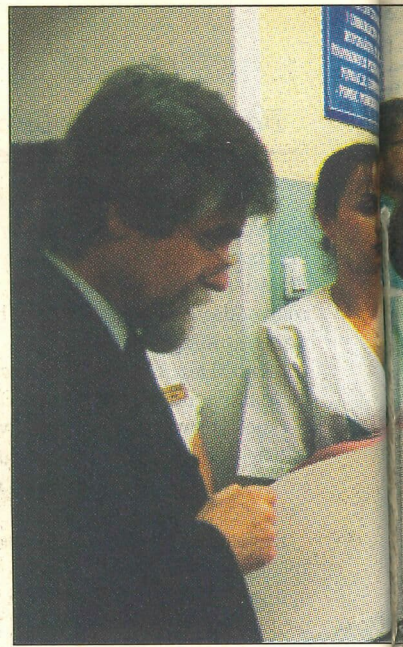
Sytuacja ta wynika z tego, że żołnierze służby zasadniczej są wyłączeni z ubezpieczenia w kasach chorych, a ich profilaktyka jest opłacana przez budżet MON.

Członkowie Branżowej Kasy Chorych Służb Mundurowych nie muszą się ograniczać tylko do zoz tej kasy, ponieważ Oddział Wrocławski, który obejmuje województwo dolnośląskie i opolskie zakontraktował usługi w 80% zoz na tym terenie.

którym dawniej wiele świadczeń przysługiwało nieodpłatnie. Po reformie i powstaniu kas chorych to się zmieniło. Sytuacja jest tu nieco inna niż w kasach regionalnych, ponieważ nie ustalono limitów na pacjenta, lecz rozliczenia oparte są na danych szacunkowych. Kasa opłaca np. koszt endoprotezy stawu biodrowego i kola-



Na uroczystości otwarcia siedziby kasy stoją od lewej w pierwszym rzędzie: prezes Rady Nadzorczej BKCHSM - Krzysztof Mamiński, dyrektor BKCHSM - lek. Andrzej Jacyna, dyrektor Opolskiej Regionalnej Kasy Chorych - Stanisław Łągiewka oraz pracownicy Oddziału Wrocławskiego BKCHSM i zaproszeni goście.



Dyrektor Szpitala dr Ryszard Jadać

w Wojew

16 marca została uroczysto otwarta na izba przyjęć Wojewódzkiego Szpitala. Ponieważ mieści się ona na parterze, podczas powodzi w 1997 roku. Dzięki remontowi uratować część sprzętu, ale część mienia uległa dewastacji uległy wówczas także

Koszt renowacji pomieszczeń i do remontu zostało tysiące zł. Za remont zapłaciła firma

Od

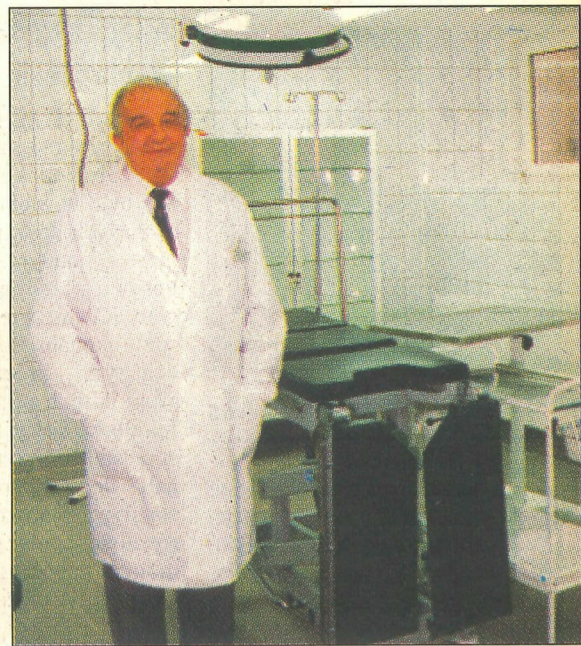


Wstęgę otwierającą oddział przed szpitalem prof. Wojciech Witkiewicz.

O T W A R C I A • O T W A R C I A • O T W A R C I A



(pierwszy z lewej) uroczyste otwiera izbę przyjęć po remoncie.



Profesor Andrzej Wal jest zadowolony z odnowionych pomieszczeń.

Nowa izba przyjęć ortopedyczno-urazowa w Wódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Babińskiego

Nowa izba ortopedyczno-urazowa i centralna izba przyjęć Szpitala Zespolonego im. J. Babińskiego, została całkowicie zalana podofiarnością załogi udało się wówczas nieestetycznie została zniszczona, kompletnie wyposażenia pochłonął ponad pięćset Commercial Union z funduszu utwo-

zonego na pomoc powodziom, której szczególne podziękowania złożył dyrektor szpitala dr Ryszard Jadach, dokonując uroczystego otwarcia izby przyjęć.

Na otwarciu oprócz załogi i licznych przedstawicieli mediów byli także duchowni. W obrzędzie rzymskokatolickim pomieszczenia poświęcił ojciec Bogdan Waliczek, proboszcz parafii św. Mikołaja, a w obrzędzie prawosławnym, ksiądz Aleksander Konakowicz, proboszcz Katedralnej Parafii Prawosławnej. W uroczystości uczest-

niczył też kapelan szpitala ojciec Damian Ostoja-Lniski (stoją na zdjęciu od lewej).

Bardzo zadowolony z nowego wystroju wnętrza i wyposażenia był prof. Andrzej Wal - ordynator Kliniki Ortopedycznej, której izba jest częścią.

Również zespół pielęgniarski uważa, że teraz ich praca będzie łatwiejsza, ponieważ nowe sprzęty i pomieszczenia wykafelkowane do sufitu łatwo będzie utrzymywać w czystości.

Tekst i zdjęcia Elżbieta Pomorska

Oddział potrzebny regionowi

Trudna sytuacja służby zdrowia, jej niedofinansowanie od lat powoduje, że dyrektorzy klinik, szpitali i innych zakładów leczniczych zwracają się do prominentnych jednostek gospodarczych, by pomagały w unowocześnianiu wyposażenia. Czasem udaje się uzyskać środki na zakup niezbędnych urządzeń. Tak było w Wódzkim Szpitalu Specjalistycznym przy ul. Kamińskiego we Wrocławiu, gdzie 8 maja odbyła się uroczystość otwarcia nowego oddziału internistycznego o profilu nefrologiczno-diabetologicznym. Jego ordynatorem jest prof. dr hab. Zbigniew Hruby. Udało się zakończyć pierwszy etap większego zamierzenia, którego efektem końcowym ma być duży ośrodek dializoterapii. W miarę pozyskiwania środków będą oddawane do użytku jego następne części.

Otwarcie nowego oddziału jest wyrazem do-

stosowania się do obecnych potrzeb, bowiem wprowadzenie kas chorych spowodowało, że nieco inaczej niż przed wprowadzeniem reformy rozkłada się zapotrzebowanie na usługi medyczne. Na oddziale internistyczno-kardiologicznym prof. Krzysztofa Wrabeca były leczone przypadki nefrologiczne, diabetologiczne i ogólnointernistyczne. Stworzenie nowego oddziału pozwoli uzyskać więcej łóżek internistycznych i sprofilować oddział nefrologiczny. Zamierzenie było pomyślane w taki sposób, aby zwiększyć dostępność mieszkańców regionu do specjalistycznego leczenia nefrologicznego, do dializoterapii.

Ponieważ dyrektor szpitala prof. Wojciech Witkie-

wicz zajmuje się przeszczepianiem nerek, jest niezbędne, aby szpital miał oddział leczenia transplantologicznego.

Szpital miał zapotrzebowanie na większą ilość łóżek internistycznych, a jednocześnie oddział gine-

kologiczno-położniczy był za duży na obecne potrzeby.

Wprowadzenie reformy i gra rynkowa przyspieszyła realizację przedsięwzięcia.

Został stworzony oddział, którego region potrzebował. Jednocześnie ta

reorganizacja ułatwia pracę wewnątrzszpitalną, a stworzenie profilowanego oddziału specjalistycznego pozwala skupić się lekarzom na jednym zakresie działania.

(EP)

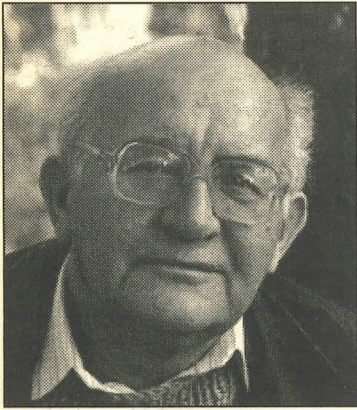
Zdjęcia Krzysztof Drobiński



Pielęgniarki są bardzo zadowolone z nowej dyżurki.



Równie wygodne jest pomieszczenie dla dyżurujących lekarzy.



Jerzy B. Kos

Część z nas wywodziła się ze środowisk o poglądach lewicowych, należała poprzednio do Związku Walki Młodych lub Organizacji Młodzieżowej Towarzystw Uniwersytetów Robotniczych, a następnie wstąpiła do Związku Młodzieży Polskiej. Kilkorgu z nas te organizacje - poprzez swoje rekomendacje oraz dzięki organizowanym kursom przygotowawczym - utorowały drogę na studia. Studenci o lewicowej orientacji mogli głośno wyrażać swoje poglądy. A więc je wyrażali - na zebraniach i w rozmowach. Byli działaczami Związku Młodzieży Polskiej, mieli wpływ we władzach Zrzeszenia Studentów Polskich, utworzyli na roku grupę partyjną, która decydowała o najważniejszych sprawach. To był ich sezon.

Na krańcowo przeciwnym biegunie byli ci, którzy weszli do naszej wspólnoty, niekiedy pod fałszywymi nazwiskami i z podrobionymi życiorysami, mając poza sobą udział w akowskim i winowskim podziemiu lub w innych organizacjach niepodległościowych. Niektórzy z nich dopiero ostatnio ujawnili swoje dawne poglądy i powiązania organizacyjne. Przez wiele lat je głęboko ukrywali w obawie przed szykanami lub wyrzuceniem ze studiów. Zapewne nie wszyscy z nich byli bierni - działali wśród ludzi, do których mieli zaufanie oraz w nie-

Spotykając się - w 1950 roku - na pierwszym roku studiów byliśmy zbiorowością zróżnicowaną i mającą - bo nie mogło być inaczej - różne poglądy polityczne i różne wyobrażenie o swoim miejscu w zachodzących przemianach ustrojowych.

oznaczało, że była bierna i nijaka, a tym bardziej - bezideowa. Wielu z nas było w wieku i na tym etapie życiowych doświadczeń, kiedy dopiero dokonuje się pierwszych wyborów i kształtuje swój światopogląd. Równie wielu już tych wyborów dokonało. Dotyczyło to zwłaszcza tych, którzy na Kresach Wschodnich przeszli praktyczną lekcję budowy nowego ustroju sprawiedliwości społecznej i doskonałe wiedzieli, co kryje się za hasłami: walki z wrogiem klasowym, równości społecznej, bratniej pomocy i wspólnego frontu ideologicznego. A także czytali obowiąz-

latach wojny i okupacji zdawali swój egzamin z miłości Ojczyzny. Wielu z nas ukształtował również Kościół, chociaż nie był on, w tamtych latach, tak wrażliwy na potrzeby młodych jak w okresie stanu wojennego, i w nauce Kościoła szukaliśmy wskazówek przy podejmowaniu ostatecznych decyzji.

Brak aktywności politycznej większości z nas wynikał przede wszystkim z obawy przed konsekwencjami głoszenia poglądów innych, aniżeli uznawane wówczas za jedynie właściwe. Obawa przed relegowaniem ze studiów - zwłaszcza na dwu pierwszych latach studiów

musieliśmy dokonywać wyboru, albo składać deklaracje. Często również zasięgaliśmy ich rad oraz szukaliśmy w nich oparcia w sytuacjach kryzysowych i konfliktowych.

Spośród naszych wychowawców szczególna rola przypadła profesorowi Tadeuszowi Marciniakowi. Zapewne każdy z nas pamięta jego pouczenia i przestrogi wyrażane najczęściej nie znoszącym sprzeciwów tubalnym, ojcowiskim głosem, a także jego wielokrotną bezkompromisową obronę naszych zbiorowych interesów. Kilkoro z nas, dzięki jego pomocy, przebrnęło przez komisyjne egzaminy, albo wyszło cało z przeróżnych losowych tarapatów. Profesor Tadeusz Marciniak był dziekanem Wydziału Lekarskiego, kiedy rozczynialiśmy studia, a także pierwszym opiekunem naszego roku.

Otwartymi na kontakty z młodzieżą studencką byli również inni nasi wychowawcy, a wśród nich fizjolog - profesor Andrzej Klisiecki, biolog - profesor Zbigniew Stuchly, anatomopatolog - profesor Zygmunt Albert, okulista - profesor Witold J. Kapuściński i medyk sądowy - profesor Bolesław Popielski. Ich wykłady przemycały wiadomości, które wzbogacały naszą wiedzę o niedawnej przeszłości oraz uczyły nas szacunku dla tradycji. Na wykładach oraz w rozmowach prowadzonych między zajęciami często padały wówczas słowa usunięte na kilka lat z języka publicznego: Lwów, Armia Krajowa, niepodległość, Uniwersytet Jana Kazimierza, godność narodowa. Równie ważne znaczenie poznawcze miały dla nas wykłady-gawędy profesora Ludwika Hirszfelda wprowadzające nas w świat niezwykłych idei i fascynujących uczonych-odkrywców.

Ważną rolę w ostatecznym ukształtowaniu każdego z nas odegrały wzajemne między nami kontakty. Żyliśmy przecież we wspólnocie mającej podobne zainteresowania i doświadczenia, dążącej do tego samego celu. Po kilku miesiącach ostrożnego wyczekiwania, sprawdzania się i poznawania nawiązaliśmy między sobą bardzo wiele znajomości, które w bardzo wielu przypadkach przerodziły się w trwałe przyjaźnie. A mieć przyjaciela oznaczało wówczas bardzo wiele.

Większość z nas, studentów Szóstego Rocznika, należała do Związku Młodzieży Polskiej. Do organizacji tej należało wielu studentów przyjętych na Wydział Lekarski w latach 1949-1955. Wstąpiliśmy do tej organizacji, albo zostaliśmy do niej wcieleni w ostatnich klasach szkół średnich. Wielu z nas znalazło się w ZMP po objęciu przez tę organizację patronatu nad Związkiem Harcerstwa Polskiego. Harcerzom przypięto wówczas obok krzyżów z lilijką - nie pytając ich o zdanie - blaszki ZMP.

Anegdota o Profesorze Tadeuszu Marciniaku

Zberezniiki do kościoła!

W latach sześćdziesiątych, w Lublinie, odbył się Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Anatomów. Profesor Marciniak wystąpił na zjeździe z pokaźną grupą swoich asystentów. Grupa została zakwaterowana w domu akademickim. Wieczorem profesor odwiedził swoich asystentów w akademiku. Atmosfera była bardzo miła, profesor opowiadał najrozmaitsze anegdotki i kawały. Nagle jeden z asystentów, wyglądając przez okno, zawołał:

- „Panie profesorze, ale numer, proszę spojrzeć przez okno, nie pożałuje pan profesor!”

Wszyscy podeszli do okna i zobaczyli jak w budynku obok, również w akademiku, w jednym z pokoi, dziewczyna przygotowuje się do snu. W pierwszej chwili profesor nawet z zainteresowaniem spoglądał, a nawet skomentował sytuację, że dziewczyna owszem stuprocentowa anatomia prawidłowa. W pewnym momencie dziewczyna uklękła przy łóżku i zaczęła się modlić. Zapanowała pełna konsternacja, a profesor powiedział:

- „Dosyć tego, jutro rano przed obradami idziemy wszyscy do kościoła. Zberezniiki jedne i tyle!”

Wykład

Wykłady profesora Marciniaka cieszyły się olbrzymią popularnością wśród młodzieży studenckiej. Profesor wykladał ciekawie, barwnie i potrafił z przedmiotu, niekiedy nużącego i męczącego dla słuchacza, stworzyć chwile niezapomnianych wrażeń.

Właśnie profesor wykladał anatomię ucha wewnętrznego. Mówi o kanale ślimaka. Na sali cisza i tylko mocny głos profesora przedstawia plastycznie przebieg kanału. Wszyscy studenci słuchają, a niektórzy wręcz z zapartym tchem. Profesor mówi o zawłości kanału i jego ciasnocie:

- „Wyobraźmy sobie, że jesteśmy w kanale - jest bardzo ciasno, a jego przebieg jest kręty w kształcie spirali o ostrych zakrętach, nagle musimy się mocno pochylić, bo grozi nam...”

- i tu profesor przerywa myśl, zwracając się do siedzącego w pierwszej ławce studenta:

- „A on dłaczego tak się przygarbił - może chory?”

- „Nie panie profesorze, ja tak się skurczyłem, żeby nie uderzyć się w głowę w kanale ślimaka”.

Ze zdjęciem!

Na jednym z posiedzeń pracowników Katedry profesor ostro ocenił naruszenie dyscypliny pracy przez niektórych asystentów:

- „Jeśli ktoś nie może przyjść na zajęcia, niech wcześniej napisze podanie!”

- „Ze zdjęciem?” - zapytała kokiecoterijnie jedna z asystentek, chcąc rozładować sytuację.

- „Tak jest, ze zdjęciem ze stanowiska” - ostro zareplikował profesor.

Zebrał i oprac. Mieczysław Ziółkowski.

Co kształtowało powojennych studentów?



Profesor Tadeusz Marciniak w naszym kręgu. Obok Profesora - Buga Benendo i Maryla Harasymowicz. Maj 1952 roku.

kowe lektury, których bohaterami byli Pawka Korczagin, Wasilij Czapaew i marynarze z Aurory. Równie wielu było w Szarych Szeregach lub w konspiracyjnych drużynach harcerskich, albo już po wojnie przywdziało szare i zielone mun-

- była powszechna. Zbyt wiele włożyliśmy wysiłku, aby dostać się na studia oraz zbyt wielkie wiązaliśmy z nimi nadzieje, aby je poświęcić dla politycznej gry. Stąd kompromisy z własnym sumieniem. Czy zawsze możliwe do usprawiedliwienia?

Największy wpływ na nasze ostateczne uformowanie - zarówno światopoglądowe, jak i zawodowe - miały same studia, a zwłaszcza oddziaływanie wychowawcze naszych Profesorów. Byliśmy pod ich przemożnym wpływem. Imponowali nam swoją wiedzą, wszechstronnym wykształceniem i sposobem bycia. Byli dla nas autorytetami, z jakimi się po raz pierwszy zetknęliśmy. Mistrzami dla uczniów, Prokrami dla wyznawców. W naszym do nich stosunku może było zbyt wiele młodzieńczej żarliwości. Ale przecież tak było w latach pozbawionych innych wzorców możliwych do naśladowania. Uważnie ich podpatrywaliśmy. Skrzętnie rejestrowaliśmy ich uwagi i komentarze dotyczące bieżących wydarzeń - wypowiedziane na marginesie wykładów i rozmów. Były dla nas ważnymi wskazówkami w sytuacjach, w których

Brak aktywności politycznej większości z nas wynikał przede wszystkim z obawy przed konsekwencjami głoszenia poglądów innych, aniżeli uznawane wówczas za jedynie właściwe.

podległościowych środowiskach, z którymi nie zerwali kontaktów. To dzięki nim dochodziły do nas wiadomości, o których nie pisano w gazetach. W ich obecności dyskusje były bardziej żarliwe. Dzięki nim pamiętaliśmy o rocznicach wykreślonych z kalendarza, ale przecież nie wykreślonych z naszej pamięci.

Przeważająca większość studentów nie przejawiała aktywności politycznej, ani nie ujawniała publicznie swoich poglądów. Co wcale nie

durki i byli wierni prawu harcerskiemu oraz nakazowi służby Bogu i Ojczyźnie. Wpływ wychowawczy Związku Harcerstwa Polskiego na kształtowaniu się światopoglądów młodych Polaków, którzy w latach powojennych rozpoczęli samodzielne życie, jest niesłusznie niedoceniany. W takim również duchu - godności narodowej i patriotyzmu - kształtowały nas również, w pierwszych latach po wojnie, szkoły średnie. Zawdzięczaliśmy to przede wszystkim nauczycielom, którzy w

HIV zbiera śmiertelne żniwo w RPA

W Republice Południowej Afryki w kwietniu ukazały się w prasie alarmujące wieści, że 3,5 miliona mieszkańców jest zarażonych wirusem HIV. Szczególnie niepokojący jest wzrost zakażeń u młodocianych od 15 do 19 lat, w 1997 wyniósł on 12,7%, a w 1998 wzrósł do 21,8%.

Pomimo że służba zdrowia w RPA jest najlepiej zorganizowana w Afryce, to i tu statystyki są niekompletne. Najdokładniejsze dane pochodzą z obserwacji ciężarnych w szpitalach położniczych i wśród nich w grupie wiekowej od 20 do 25 lat jest 47,8% zarażonych HIV, a od 30 do 34 lat - 19,1%. Nasilenie zakażeń jest różne w zależności od rejonu. Prasa przemilcza fakt, że nosicielami HIV są głównie Murzyni.

Minister zdrowia RPA, Nikosazama Zuma zapewnia, że nie jest to

Prof. Wacław Kornaszewski

700 chorych na AIDS tygodniowo. Lekarze z Uniwersytetu w Oxfordzie, którzy pracują w tym kraju podają, że 46% mężczyzn jest tu zarażonych wirusem HIV. O dramatycznym nasileniu HIV/AIDS w Kenii alarmuje dr Mahanie z tamtejszego Uniwersytetu. Są to wyrwykowe doniesienia, nie obrazujące ogromu epidemii, która po olbrzymich ofiarach zebranych w Afryce Podzwrotnikowej od lat osiemdziesiątych wy-

ny specjalny pociąg, który jeździ po kraju, jego załoga edukuje, rozdaje ulotki, plakaty, organizuje wykłady, pogadanki dla 1500 osób dziennie. Jeden z takich plakatów pokazuje, jak czarna ręka oferuje niemowlęciu prezerwatywy.

Z publikacji pt. „Mieszkańcy Soweto żyją z AIDS” dowiadujemy się, że w tej wielkiej dzielnicy Johannesburga działa HOPE WORLD WIDE - organizacja nadziei popierana przez WHO. Pomaga ona chorym HIV/AIDS i ich rodzinom. Przy tej okazji dowiadujemy się, że w Soweto żyje około 200000 HIV seropozytywnych i chorych, z których 20% urodziło się seropozytywnych. Dyrektor wspomnianej Organizacji Nadziei dr Otten Weller, podaje, że jej członkowie chodzą do szkół, kościoła, należą do różnych sekt. Są podzieleni na 12 grup. W każdym tygodniu odwiedzają 80 chorych, by ich pocieszyć. Uprawiają wspólnie warzywa, robią świece, szyją bieliznę, poduszki na maszynach podarowanych z USA. Rozprawdzają darmowo prezer-

na leczenie kobiet ciężarnych HIV seropozytywnych. Spotkało się to z natychmiastowym energicznym protestem. Określono, że to decyzja „bez serca” i nieuzasadniona ekonomicznie, gdyż koszt leczenia matek seropozytywnych jest niższy niż dzieci urodzonych z HIV. Liczne w RPA organizacje społeczne HIV/AIDS zapowiedziały na czerwiec br. ogólnokrajowy marsz protestacyjny przeciwko niedostatecznej pomocy rządu dla zarażonych

ko 12% dzieci zarażonych wirusem HIV, a bez leczenia 25%. Potwierdzono też obserwacje, że karmienie dzieci przez matki zarażone wirusem HIV zwiększa ilość dzieci zarażonych o 40%. W szpitalu Groote Schuur i Sommerset w RPA roczne leczenie HIV pozytywnych pacjentów kosztuje 10 tys. dol., chorego na AIDS zaś ok. 40 tys. dolarów USA. Dr Soderland z uniwersytetu WITS w Johannesburgu podał, że leczenie AZT matek seropozytyw-

Wśród przyczyn śmierci, w niektórych szpitalach RPA, AIDS stanowi 90%.

wirusem HIV. Rząd informuje, że na leczenie zarażonych matek wydaje rocznie 100 milionów randów, to jest 16 milionów dolarów. Natomiast opracował on specjalny program Pharmaceutical Benefit Management, który teoretycznie pokrywa koszty prewencyjnej kuracji, lecz unika ekspansywnego leczenia, którego każdy przypadek musi być zatwierdzony przez grupę specjalistów. Krytycy tego programu podają, że w RPA jest tylko 200 specjalistów zajmujących się HIV/AIDS, nazywanych AIDS activist doctors. W RPA teoretycznie leczenie to odbywa się za darmo w ambulatoriach i szpitalach państwowych według programu PBM. Przestrzegają go także kasy chorych. Na konferencji naukowej poświęconej zagadnieniom HIV/AIDS przedstawiciele władz RPA mówili, że na leczenie HIV/AIDS wydano więcej pieniędzy aniżeli na walkę z innymi chorobami. Naukowcy zajmujący się problemami AIDS alarmowali, że chorzy HIV/AIDS nadal nie są traktowani jak inni chronicznie chorzy np. z nadciśnieniem, a przeciw systematyczne leczenie może przedłużyć im życie nawet o 8 lat, jak to się obserwuje w USA i Europie.

Specjaliści uważają, że w RPA należy pilnie ujednoczyć schematy zapobiegania i leczenia HIV/AIDS. Dałoby to nadzieję na obniżenie stopnia zachorowalności i śmiertelności. W Tajlandii kobiety ciężarne, którym podawano AZT, urodziły tyl-

nych zmniejszyło w Soweto o 200 liczbę zakażonych wśród nowo narodzonych dzieci w 1997 r.

W chwili, gdy w Bangkoku rozpoczęto szczepienia 2000 ochotników szczepionką przygotowaną przez Instytut Pasteura i WHO przeciw wirusowi HIV równocześnie w RPA prof. Wimpy Diploy z uniwersytetu Meduza zaczął stosować lek o nazwie INAKTIVIN opracowany w Irlandii, który jest analogiem steroidowym. Ma on wzmacniać obronę immunologiczną, hamować rozwój wirusa HIV w białych krwinkach. W RPA stosowano go też w hepatitis. Ta praktyka była popierana przez Urząd Kontroli Lekarskiej w RPA, jednak próby przyjęto z dużą rezerwą, a mała grupa leczonych w ten sposób nie upoważnia do obiektywnej oceny. Wcześniej w RPA w zakażeniach HIV/AIDS stosowano lek VIRUDEN, także z nieprzekonywającymi wynikami.

Każdy nowy lek w HIV/AIDS budzi nadzieje chorych i lekarzy. W prawie 20-letnim okresie trwania epidemii HIV/AIDS opracowano, a także stosowano wiele leków i metod leczenia. Niestety, tylko nieliczne okazały się skuteczne i to nie w 100%. Jak wiadomo, obraz HIV/AIDS jest mocno zróżnicowany pod względem przebiegu, lokalizacji objawów, bardziej podstępny aniżeli w dotychczas znanych innych chorobach zakaźnych, w tym również tropikalnych.

W 1984 r. prof. Zagury z Uniwersytetu M. Curie z Paryża opracował w swoim laboratorium hodowli tkanek, szczepionkę przeciw wirusowi HIV. Wykorzystał metodę inżynierii genetycznej wirusa ospy prawdziwej. Tę szczepionkę wstrzyknął sobie, a także ochotnikom wojsk spa dochronowych armii zairskiej w Kinszasie. Jego akcja spotkała się z energicznym protestem ówczesnego dyrektora WHO - dr Mana oraz środowisk naukowych. Został posądzony o to, że używa czarnych żołnierzy jako zwierząt doświadczalnych. Ówczesna prasa złośliwie proponowała, by autor szczepionki dla potwierdzenia jej skuteczności skorzystał z usług zairskich prostytutek w Kinszasie, które w 90% były nosicielkami wirusa HIV.



Jeden z takich plakatów, które rozlepiła załoga specjalnego pociągu pokazuje, jak czarna ręka oferuje niemowlęciu prezerwatywy.

najwyższy wzrost HIV/AIDS w świecie, co nie zmienia faktu, że kraj poniesie ogromne straty społeczne i ekonomiczne.

Narodowy konsultant dla HIV/AIDS, Clive Evian alarmuje, że ta epidemia nie osiągnęła jeszcze szczytu. W prowincji Kwa Zulu Natal u 12500 kobiet z oddziałów położniczych 26,9% było zakażonych. Wśród przyczyn śmierci, w niektórych szpitalach RPA, AIDS stanowi 90%. Statystyka nie obejmuje chorych na AIDS, wypisanych do domu w ciężkim stanie, by mogli umrzeć, zgodnie z tradycją, wśród swoich. Ingrid Landman, lekarz z Zimbabwe donosi, że umiera tam

rażnie przesuwają się ku południowym krajom Afryki. W Zairze, Kongo-Brazza, Rwandzie obserwacje HIV/AIDS nie są prowadzone w czasie trwających tam zamieszek wojennych i politycznych.

W RPA rozważana jest zmiana prawa, które pozwalałoby karać chorych na HIV/AIDS świadomie zakażających innych. Znamienne jest, że tylko jeden na 10 zakażonych jest tego świadomy. W kwietniu w RPA znów podjęto kampanię przeciw HIV/AIDS. Niektórzy uważają, że jest to część akcji związanej ze zbliżającymi się wyborami prezydenckimi po ustąpieniu prezydenta Mandeli. Został uruchomio-

watywy.

Ostatnia ankieta w Soweto wykazywała, że jego mieszkańcy w 90% uważają nadal, że AIDS jest „chorobą białych homoseksualistów”, w 60% myślą, że HIV stanowi dla nich małe ryzyko, a 50% w ogóle nie używa prezerwatywy. Marion i jej partner, członkowie organizacji HOPE WORLD WIDE, oboje seropozytywni, którzy zaakceptowali swój stan, czynnie działają pomagając innym. Działaczem jest też 30-letni Simbi, który ma syna seropozytywnego.

Koszty leczenia HIV/AIDS są bardzo wysokie i minister zdrowia Zuma oświadczyła, że RPA nie stać

kiego dzieła, jakim jest budowa pierwszej, od ponad 60 lat, nowej świątyni we Lwowie. Prosimy o przekazanie tej wiadomości wszystkim, którzy pragną wspomóc naszą pracę.

Bóg zapłać!

ks. Andrzej Jagielka CR z parafianami

Ofiary prosimy przesyłać na konto:

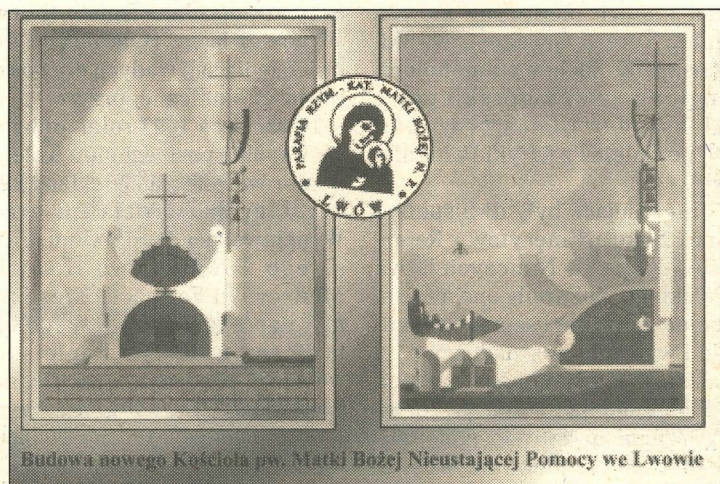
Złotówkowe: Bank PEKAO SA O/LUBLIN 12401503-1753590-201112

Dewizowe: Bank PEKAO SA O/LUBLIN 12401503-1753590-17872

Parafia pw. Matki Bożej N.P.
vul. Mazepy 46
290059 Lwów
Ukraina

Drodzy Przyjaciele Lwowa,
Parafia rzymskokatolicka na Zboiskach we Lwowie została zarejestrowana w r. 1991. Drewniany kościółek, oddany w stanie groźącym zawaleniem, był jak dotąd jedyną świątynią zwróconą Polakom po wojnie. Niestety, zmuszeni byliśmy go rozebrać i rozpocząć budowę nowego kościoła.

Bardzo gorąco prosimy o wsparcie finansowe tego wiel-



Budowa nowego Kościoła pw. Matki Bożej Nieustającej Pomocy we Lwowie

Sprawozdanie z Walnego Zebrania Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej przy DIL we Wrocławiu 23.04.1999 r.

Pożyczki do wysokości 5000 PLN

Liczba członków LKPK systematycznie wzrasta

Walne Zebranie LKPK otworzył skarbnik Zarządu Kasy kol. Stanisław Furtan. Ze względu na brak quorum (obecnych było 19 członków na ogólną liczbę 844 osoby), zebranie rozpoczęło się w drugim terminie o godz. 12.20 (pierwszy wyznaczony był na godz. 12.00).

Program Walnego Zebrania obejmował:

- Sprawozdanie Przewodniczącej Zarządu Kasy

- Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej

- Głosowanie nad udzieleniem absolutorium Zarządowi Kasy

- Wręczenie nagród osobom zasłużonym w działalności LKPK

- Wolne wnioski

Przewodnicząca Zarządu Kasy kol. Krystyna Gniatkowska-Gładysz poinformowała zebranych o działalności w okresie minionego roku, tj. od ostatniego Walnego Zebrania. Stwierdziła, że systematycznie wzrasta liczba członków i obecnie wynosi ona 844 osoby. Jest to dowód zaufania do Kasy oraz potwierdzenie konieczności prowadzenia takiej działalności.

W poprzednim roku, w poczet członków Kasy wstąpiły 92 osoby. Kondycja kasy z roku na rok ulega umocnieniu, co pozwoliło w minionym okresie na zróżnicowaną formę pożyczek w kwocie: 1000, 2000, 3000, 4000 PLN oraz skrócenie czasu oczekiwania do jednego miesiąca. Majątek kasy w minionym roku pozwolił na udzielenie 629 pożyczek, najbardziej „popularną” pożyczką stała się kwota 2000 PLN. Uwzględniając potrzeby środowiska, udzielane są pożyczki dla specjalizujących się, wzięło je 30 osób. Informacje o pracy Zarządu oraz kontakt z członkami Kasy utrzymywane jest przez gazetę „Medium”, w bezpośredniej korespondencji oraz w ramach dyżurów pełnionych przez członków Zarządu (każdy czwartek) oraz poprzez kasjerkę Kasy, Panią Barbarę Nuckowską w siedzibie DIL.

Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej przedstawiła kol. Alicja Marczyk-Felba. Po przedstawieniu danych z działalności Kasy, będących uzupełnieniem wypowiedzi przewodniczącej Zarządu Kasy, Komisja Rewizyjna wysunęła następujące wnioski:

- odnotowania w dokumentacji Kasy osób zalegających ze spłatą składek oraz rat pożyczek w okresie dłuższym niż 6 miesięcy (termin kontroli zalecenia ustalono na listopad 1999 r.)

- wszczęcia procedury skreślenia z listy członków 7 osób zalegających ze spłatą składek.

Komisja Rewizyjna zalecała:

- ulokowanie na koncie terminowym kwoty 10000 PLN oraz utrzymanie zasady kapitalizacji wkładów w okresie wakacji, tj. lipcu i sierpniu, poprzez ulokowanie ich na lokacie terminowej.

Kończąc Komisja Rewizyjna zaproponowała udzielanie pożyczek w wys. 5000 PLN osobom z wkładem powyżej 2500 PLN od stycznia 2000 roku.

Prowadzący zebranie zwrócił się do obradujących o udzielenie absolutorium za miniony okres Zarządowi Kasy. Zebrani jednogłośnie go udzielili.

Uczestniczący w Walnym Zebraniu Przewodniczący DIL kol. Włodzimierz Bednorz podziękował Zarządowi za trud włożony w sprawne funkcjonowanie Kasy, umożliwiające wielu członków kształcenie się oraz podejmowanie różnych inicja-

tyw dzięki środkom pozyskiwanym w formie pożyczek z Kasy. Przewodniczący DIL wręczył nagrody i wyróżnienia osobom zasłużonym w działalności Kasy. Otrzymali je:

kol. Teresa Gajewska

kol. Elżbieta Krysińska

kol. Alicja Marczyk-Felba

kol. Stanisław Furtan

kol. Zbigniew Machaj

Walne Zebranie po przeprowadzeniu głosowania zaakceptowało następujące propozycje zgłoszone przez Komisję Rewizyjną oraz członków Kasy:

- udzielanie pożyczek bez żyrantów w kwocie odpowiadającej wysokości wkładu członka Kasy,

- udzielanie pożyczek do 2000 PLN posiadającym minimalny wkład 1000 PLN przy poręczeniu jednego żyranta członka Kasy,

- udzielanie pożyczek w wys. 5000 PLN członkom Kasy z wkładem powyżej 2500 PLN spłacanych w 15 ratach, przy składce miesięcznej 30 PLN. Możliwość udzielenia ww. pożyczki od 1.10.1999 r. pod warunkiem uzupełnienia wkładu.

- Walne Zebranie, na wniosek kol. Heleny Balickiej jednogło-

śnie umorzyło spłatę kredytu przez żyrantów koleżance członkini Kasy, która tragicznie zginęła wraz z mężem, w wypadku samochodowym.

Kol. Stanisław Furtan, który prowadził zebranie podziękował za udział oraz spontaniczną dyskusję w opracowywaniu wniosków, zaapelował o aktywne działania na rzecz rozwoju kasy pomocy koleżeńskiej.

P. S.

Zainteresowanych w przynależności do LKPK oraz pragnących skorzystać z pomocy w formie nie oprocentowanej pożyczki informujemy o dotychczasowych zasadach jej przyznawania:

- 1000 PLN dla osób opłacających składkę 30 PLN

- 2000 PLN dla wkładów 600 PLN, składka miesięczna 30 PLN

- 3000 PLN dla wkładów 1200 PLN

- 4000 PLN dla wkładów 1500 PLN

Jednocześnie podajemy numer rachunku Kasy:

20302081-83928-2706-11

BGŻ S.A. LKPK oddz. Wrocław

Stanisław Furtan

Z życia Koła Seniorów Delegatury DIL w Jeleniej Górze w latach 1993-1998.

Spotkania z medycyną i sztuką

Zbigniew Domosławski

Koło Seniorów przy Delegaturze Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w Jeleniej Górze liczy 39 członków. W okresie 1993-1998 odbyło 32 spotkania. Wzorem Koła Wrocławskiego staraliśmy się uwzględnić na miarę naszych możliwości funkcje towarzyskie, kulturalne i oświatowe Koła. Poszukiwaliśmy też kontaktów z młodszą kadrą lekarską, z innymi towarzystwami społecznymi.

Spośród 32 spotkań, które odbywają się zwykle raz na dwa miesiące z przerwą wakacyjną: 13 spotkań odbyło się w ścisłym gronie Seniorów, 5 wspólnie z Oddziałem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, 2 z Oddziałem Doskonalenia Kadr Medycznych, 5 z innymi towarzystwami społecznymi, 1 posiedzenie miało charakter wyjazdowy, 1 wycieczka botaniczno-turystyczna, 5 spotkań świąteczno-opłatkowych.

Zebrania obejmowały zwykle referat tematyczny, wygłaszany przez członków Koła, lub zaproszonych gości z miejscowych placówek służby zdrowia.

Często były to sprawozdania uczestników zjazdów i konferencji naukowych, albo referaty połączone z pokazem aparatury diagnostycznej lub operacyjnej.

Tematyka zebrań zarówno w ścisłym gronie, jak i wspólnych z Polskim Towarzystwem Lekarskim i Ośrodkiem Doskonalenia Kadr Medycznych, obejmowała wybrane zagadnienia medycyny praktycznej. Przedstawili je: Alina Sienkiewicz-Wodoklis: Osobliwości układu oddechowego u osób starszych; Stefania Sikorska-Grzelak: Menopauza; Krystyna Łopuszko: Postępy hematologii; Jadwiga Pawłowicz: Zaburzenia krążenia mózgowego; Wanda Ratajska: Postępy pediatrii w ostatnim dwudziestolecu i ich wpływ na stan medycyny; Kazimierz Pichlak: Nowe techniki w chirurgii; Jerzy Libergal: Monitorowanie dobowe metodą Holtera. Na temat historii medycyny mówiła m.in.: Teresa Grzegorzczak-Skibińska - Z dziejów pulmonologii regionu jeleniogórskiego, a Aleksander Białas przywołał Wspomnienia z Afryki Południowej.

Interesujące były dwa spotkania z Sekcją Emerytów i Rencistów Związku Nauczycielstwa Polskiego, pozwoliły one na wzajemne zbliżenie i szerszą dyskusję i wymianę doświadczeń.

Dzięki uprzejmości prezesa Klubu Pioniera Zbigniewa Tomery zorganizowano wiosenne spotkanie społeczno-towarzystwo-naukowe. Była to okazja do pozna-

nia zabytkowego XVIII-wiecznego kościoła św. Krzyża z iluzjonistycznymi freskami A. Schefera (ucznia Willmanna) oraz wieńcem kaplic nagrobnych wokół kościoła. Członkowie Koła mogli poznać roślinność górską okolic Karpacza na wiosennej wycieczce - szlakiem laborantów. Zakończyła się ona zwiedzaniem Muzeum Sportu i Turystyki w Karpaczu, w którym wiele miejsca poświęcono dziejom laborantów, którzy właśnie w Karpaczu mieli swą główną siedzibę.

Dzięki pomocy ówczesnego dyrektora Zespołu Sanatoriów (1995) dr Teresy Grzegorzczak-Skibińskiej udało się zorganizować spotkanie Koła Seniorów w zabytkowej jadalni Sanatorium w Wysokiej Łące. Była okazja do zwiedzenia sali tradycji oraz osobliwości okolicznej przyrody.

14 czerwca 1997 roku odbyło się wspólne posiedzenie z Kołem Seniorów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu oraz Wrocławskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji. Niestety, na to spotkanie nie przybył już profesor Bolesław Popielski, wówczas przewodniczący Koła Seniorów DIL, uległ bowiem wypadkowi zakończonemu zgonem. Referaty wygłosili: Zbigniew Domosławski - Tradycje

medyczne w kotlinie jeleniogórskiej oraz Ryszard Klas - Lekarz na statku żeglugi dalekomorskiej. Marek Kita oprowadził uczestników po zabytkowych obiektach historycznych Cieplic Zdroju.

25-27 września 1998 r. seniorzy uczestniczyli w Jesiennym Sympozjum w Borowicach koło Jeleniej Góry w ramach Września Jeleniogórskiego. Organizatorem spotkania było Jeleniogórskie Towarzystwo Społeczno-Kulturalne z jej niestrudzonego ofiarnym prezesem mgr Elżbietą Kotlarską. Na Sympozjum, którego współorganizatorem była Unia Polskich Pisarzy Lekarzy pod przewodnictwem dr Barbary Szeffer-Marcinkowskiej przyjechali lekarze z Krakowa, Warszawy, Łodzi i innych miast. Uczestniczyli w nim też członkowie Jeleniogórskiego Klubu Literackiego i Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich z przewodniczącym Koła Diecezji Legnickiej dr Jerzym Jankowskim.

O kontynuacji zainteresowań literackich pod Śnieżką mówili Jerzy Kolankowski i Elżbieta Kotlarska. Drugim wątkiem sympozjum były Mickiewicziana. Impresjami z wycieczki pod hasłem „Szlakiem wieszca i nie tylko” podzielili się Olgierd Kossowski

i Zbigniew Domosławski. Warsztaty twórcze nt. „Sacrum i profanum w literaturze współczesnej” prowadzili profesorowie: Stefan Bednarek i Jerzy Jastrzębski. Nasze Koło jest otoczone opieką i życzliwym poparciem przez przewodniczącą Delegatury DIL kol. Aldonę Białas, która uczestniczy w większości naszych spotkań, często referuje bieżące sprawy, popiera nasze inicjatywy i starania o środki finansowe na Prezydiach DIL we Wrocławiu.

Delegacje Koła uczestniczyły w uroczystościach pogrzebowych, a w Medium zamieszczaliśmy wspomnienia pośmiertne o naszych kolegach.

Obecnie gwałtowna komercjalizacja służby zdrowia nie sprzyja rozwijaniu społecznych inicjatyw. Ale nie można sobie wyobrazić współczesnej medycyny bez nawiązania do jej dziejów, a przecież seniorzy są żyjącą historią. Warto też rozpowszechniać określenie: lekarz - senior, ordynator - senior, profesor - senior.

Poruszone sprawy są może marginesowe, ale ów margines nie powinien zniknąć. Świadkowie wydarzeń nieubłagane odchodzą, warto więc w naszym środowisku pielęgnować tradycję pomostów „między dawnymi a nowymi laty”.



MÓJ TATA MA NA KONCIE SAME SUKCESY

Rzeczywiście, konto osobiste w PKO BP przynosi same korzyści. Dzięki niemu masz możliwość wypłacania gotówki za pomocą karty bankomatowej PKO EKSPRES oraz regulowania płatności kartą płatniczą VISA CLASSIC. To także możliwość korzystania z kredytu odnawialnego. Ponadto możesz zlecić bankowi systematyczne opłacanie rachunków i regulowanie innych płatności, a dzięki zleceniom telefonicznym możesz składać różne dyspozycje i stale kontrolować stan swoich finansów.

Konto osobiste w PKO BP

prawdziwe ułatwienie życia.

POWSZECHNA KASA OSZCZĘDNOŚCI BANK PAŃSTWOWY

Jesteśmy bankiem możliwości. Od lat dostosowujemy je do Twoich potrzeb.

Internet: www.pkobp.pl Infolinia: 0-800 120 139



PKO BP *Blisko Ciebie*



Mały szpital w Roeros - model przyszłości?

Renata Chrzan

Roeros jest małym miasteczkiem leżącym niedaleko szwedzkiej granicy w środkowo-wschodniej części Norwegii. Miasto oddalone jest 160 km od stolicy regionu Trondheim. Mieści się tam mały 24-lóżkowy szpital, który jest obecnie częścią szpitala w Trondheim. Ośrodek ten był zagrożony likwidacją z powodu trudności ekonomicznych i braku fachowego personelu. Mieszkańcy Roeros walczyli o utrzymanie swojego szpitala organizując marsze protestacyjne i zbierając podpisy pod petycją do władz lokalnych i ministerstwa zdrowia. Po pewnym czasie ludzie zrozumieli jednak, że z uwagi na zbyt małą gęstość zaludnienia regionu szpital w dotychczasowej formie nie może istnieć. Przy pomocy ekspertów opracowano program współpracy ze szpitalem w Trondheim i w 1976 roku na mocy prawnych ustaleń szpital w Roeros stał się częścią szpitala w Trondheim. Dziś oddział szpitalny w Roeros przyjmuje ostre przypadki oraz pełni w ograniczonym stopniu funkcję szpitala lokalnego dla 10000 mieszkańców Roeros i okolicy. W sezonie turystycznym liczba osób przebywających na tym obszarze dochodzi do 50000.

W 1994 roku Szpital Regionalny w Trondheim został podzielony na 5 klinik. Jego oddział w Roeros stał się częścią Kliniki Chirurgicznej i długo funkcjonował głównie jako Oddział Chirurgii. Celem reorganizacji była jednak integracja szpitala ze służbą zdrowia w całym regionie, zapewnienie pomocy mieszkańcom w nagłych wypadkach oraz ochrona 80 miejsc pracy.

W Norwegii pacjenci wyznaczeni do zabiegów planowanych są wpisywani na listę oczekujących. Czas oczekiwania wynosi około 2 lat. Do szpitala w Roeros przyjeżdża co tydzień inny chirurg wykonujący zabiegi zgodnie z kolejnością listy oczekujących. W zależności od tego, która lista jest dłuższa przyjeżdża odpowiednio ortopeda, gastrochirurg, urolog lub kardiochirurg. Skomplikowanych zabiegów chirurgicznych nie wykonuje się w szpitalu w Roeros, ponieważ brak tu możliwości prowadzenia intensywnej terapii, ale takie zabiegi jak wszczepianie protez biodrowych lub operacje prostaty przeprowadza się z powodzeniem. Ciężko chorych pacjentów kieruje się do Szpitala Regionalnego w Trondheim.

Chirurg przyjeżdżający do Roeros przyjmuje pacjentów również w poliklinice oraz w razie potrzeby załatwia pilne przypadki. Okresowo pracuje w szpitalu w Roeros neurochi-

urg, który także operuje pacjentów.

W mieście mieszka i praktykuje prywatnie ginekolog i laryngolog. Ginekolog dodatkowo pracuje w szpitalu dwa dni w tygodniu, gdzie wykonuje drobne zabiegi. Laryngolog pracuje w szpitalu jeden dzień w tygodniu. Wykonuje wtedy adenoidy i tonsilektomie, paracentyzy oraz inne drobne zabiegi.

Do 1992 roku szpital zatrudniał również internistę przyjeżdżającego z Trondheim raz w tygodniu. Jednak po wprowadzeniu programu oszczędnościowego nie przedłużono tego kontraktu.

Również co tydzień przyjeżdża inny anestezjolog, który znieczula pacjentów do zabiegów i zajmuje się nimi po operacjach. Dodatkowo jest on odpowiedzialny za pacjentów leżących w szpitalu z powodu astmy, chorób serca, cukrzycy, lub będących w ciężkim stanie ogólnym. Anestezjolog nie są oczywiście internistami, ale mają opanowane zagadnienia intensywnej terapii. Często konsultują się telefonicznie z internistami w Trondheim w celu ustalenia optymalnego sposobu leczenia. Anestezjolog udziela również pomocy w nagłych wypadkach, takich jak: zawał serca, status asthmaticus czy zatrucia, oraz przed ewentualnym transportem do szpitala w Trondheim.

W szpitalu w Roeros przeprowadza się również transfuzje, kuracje cytostatykami oraz opiekuje się chorymi w stanach terminalnych. W szpitalu całą dobę dyżuruje laboratorium analityczne i oddział radiologii. Gabinety fizykoterapii przyjmują pacjentów szpitalnych i ambulatoryjnych. Personel szpitala rekrutuje się z dojeżdżających co tydzień lekarzy oraz mieszkających w okolicy pozostałych pracowników. Praca zmieniających się lekarzy jest oceniana pozytywnie.

Budżet szpitala w roku 1994 i 1995 zamknął się kwotą 20 milionów koron. W 1995 roku przebywało w szpitalu w Roeros 1419 pacjentów. Wykonano (w tym również w trybie ambulatoryjnym) 1584 operacje. Poliklinika przyjęła 12885 pacjentów.

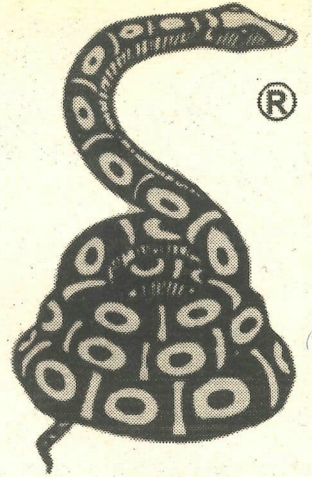
W 1994 roku podjęto decyzję na szczeblu władz terenowych o zbiorczej lokalizacji placówek związanych z ochroną zdrowia. Proces przebiega w trzech etapach. W pierwszym - jesienią 1996 roku rozpoczęto budowę nowej przychodni wraz z oddzielną częścią dla lekarzy stomatologów. Obiekt ten położony jest blisko szpitala. Kolejnym etapem będzie wspólne użytkowanie laboratorium analitycznego i części radiologicznej. Myśli się również o współpracy w dziedzinie teledygnostyki, o wspólnym dziale technicznym i sprzętaniu. Zbiorcza lokalizacja po-

winna wkrótce także ułatwić bliższy kontakt pomiędzy lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a specjalistami, służyć wymianie informacji i doświadczeń. Starsi ludzie przyjęci do szpitala z powodu nasilania się przewlekłej choroby będą mogli być leczeni przez swojego stałego lekarza. Z drugiej strony lekarze ogólni będą mieli większy kontakt ze szpitalem. Taka współpraca może rozwijać się w formie konsultacji lub nadzoru lekarzy ogólnych nad chorymi, którzy są na obserwacji.

Szpital w Roeros spełnia ważne zadania dla lokalnej społeczności. Mieszkańcy mogą liczyć na szybką i fachową pomoc w nagłych przypadkach. Forma, w jakiej funkcjonuje szpital jest efektywna. Model szpitala w Roeros stanowi wzorzec dla innych ośrodków.

VOLUMED

ul. Olsztyńska 3
51-423 Wrocław
dział sprzedaży: (071) 325-35-61
sekretariat: tel./fax (071) 325-42-01
WWW: <http://www.volumed.com.pl/>



FARMAKOTERAPIA PEDIATRYCZNA

prof. dr hab. Józef Prandota,
dr n. med. Leszek Kotecki

W monografii tej przedstawiono zmiany zachodzące w organizmie płodu, noworodka, niemowlęcia i dziecka starszego, które mają wpływ na wchłanianie, rozmieszczenie w ustroju, interakcje, wydalanie i wydzielenie oraz kinetykę i działanie leków. Prawie wszystkie parametry farmakokinetyczne zmieniają się z wiekiem. Schematy dawkowania leków u dzieci muszą więc być dostosowane do charakterystycznej kinetyki danego leku, wieku (główny parametr), stanu chorobowego, płci oraz indywidualnych potrzeb organizmu. Autorzy zwracają szczególną uwagę

na farmakokinetykę i działanie leków u dzieci z różnymi chorobami, podają przykłady ważnych interakcji, wpływu różnych czynników na skuteczność kliniczną leków.

W opracowaniu wymieniono leki często stosowane w ambulatoryjnej i szpitalnej praktyce pediatrycznej, ich postaci oraz dawkowanie. Podano informacje dotyczące mechanizmu ich działania, właściwości farmakologicznych, wskazań, przeciwwskazań, interakcji, wpływu na wyniki badań laboratoryjnych oraz działań ubocznych.

Rok wydania 1998, cena 69 zł

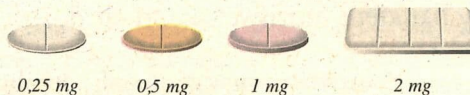
Xanax
alprazolam

Xanax SR
alprazolam



Xanax
alprazolam

Xanax SR
alprazolam



0,25 mg 0,5 mg 1 mg 2 mg



1 mg 2 mg 3 mg

dorośli - dawka początkowa	0,25 mg - 0,5 mg	3 x dziennie
pacjenci geriatryczni i wyniszczeni	0,25 mg	2 lub 3 x dziennie

dorośli - dawka początkowa	1 mg - 2 mg	1 x dziennie
----------------------------	-------------	--------------

Dawkę należy zwiększać stopniowo i zazwyczaj nie powinna przekraczać 4 mg na dobę. Jednak w stanach lęku napadowego może wynosić nawet 10 mg na dobę.

Każde opakowanie zawiera 30 tabletek.



Pharmacia
& Upjohn

Siedziba firmy: ul. Jakuba Kubickiego 21, 02-954 Warszawa, tel. (022) 699 02 00, 642 62 82, fax (022) 42 05 46
Centrum Obsługi Klienta: ul. Krakowiaków 80A, 02-255 Warszawa, tel. (022) 846 46 91, 846 02 99, fax (022) 846 50 16

Przed zastosowaniem prosimy o zapoznanie się z pełną informacją o leku zawartą w ulotce.

Śląska Akademia Medyczna
Wydział Lekarski w Katowicach
Biuro Dziekana
40-752 Katowice, ul. Medyków 18
tel./fax (0-32) 2521-739, centrala 2527-081
wewn. 21-97

Dziekan Wydziału Lekarskiego w Katowicach Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach ogłasza konkurs na stanowisko

**profesora zwyczajnego w
Katedrze i Oddziale Klinicznym
Kardiologii Dziecięcej**

Kandydaci na to stanowisko powinni spełniać następujące warunki:

- 1) Posiadać tytuł naukowy profesora nauk medycznych oraz tytuł specjalisty zgodny z zakresem działania ww. jednostki,
- 2) Wybitną pozycję w dziedzinie nauk,
- 3) Znaczne osiągnięcia naukowe, dydaktyczno-wychowawcze i organizacyjne.

Zgłoszenie winno zawierać:

- podanie o przystąpienie do konkursu,
- autoreferat,
- odpis nadania tytułu naukowego.

- spis publikacji z podziałem na:

- a) powstałe przed uzyskaniem tytułu naukowego,
- b) powstałe po uzyskaniu tytułu naukowego.

Termin przyjmowania zgłoszeń do 28.06.1999.

Przewidywany termin zakończenia konkursu: 30.10.1999.
Dokumenty należy składać w Dziale Spraw Osobowych w Katowicach:

40-952 Katowice, ul. Poniatowskiego 15.

Uczelnia nie zapewnia mieszkania.

*Dziekan Wydziału Lekarskiego w Katowicach
Prof. dr hab. n. med. Jan Duława*

Dziekan Wydziału Lekarskiego w Katowicach Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach ogłasza konkurs na funkcję

kierownika

Oddziału Klinicznego Psychiatrii

O funkcję tę mogą ubiegać się kandydaci, którzy posiadają:
- tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego oraz tytuł specjalisty zgodny z zakresem działania ww. jednostki,

- znaczne osiągnięcia naukowe, dydaktyczno-wychowawcze i organizacyjne.

Zgłoszenie na konkurs winno zawierać:

- podanie o przystąpienie do konkursu,
- autoreferat,
- odpis nadania tytułu naukowego lub dyplomu doktora habilitowanego,
- odpis dyplomu tytułu specjalisty,
- spis prac naukowych.

Termin przyjmowania zgłoszeń do 28.06.1999.

Przewidywany termin zakończenia konkursu 30.10.1999.

Uczelnia nie zapewnia mieszkania.

Dokumenty należy składać w Dziale Spraw Pracowniczych:

Katowice, ul. Poniatowskiego 15.

*Dziekan Wydziału Lekarskiego w Katowicach
Prof. dr hab. n. med. Jan Duława*

Ogłoszenie

Dyrektor Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bystrzycy Kłodzkiej, ul. Międzyłęśna 3, 57-500 Bystrzyca Kłodzka na podstawie art. 35 ust. 1 ustawy z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zmianami) oraz § 6 i 7 rozporządzenia MZiOS z dnia 13.07.1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. nr 93, poz. 592) ogłasza konkurs ofert na przyjęcie obowiązków udzielania ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych w postaci:

I. Specjalistycznych ambulatoryjnych porad na bazie Przychodni Zdrowia w Bystrzycy Kłodzkiej przy ul. Sienkiewicza 8, w poradniach: alergologicznej, chirurgicznej, laryngologicznej, okulistycznej, dermatologicznej, gruźlicy i chorób płuc, ginekologicznej, cytologicznej, medycyny pracy, diabetologicznej, nadciśnieniowej i zaburzeń lipidowych, hepatologicznej, ortopedycznej, neurologicznej, reumatologicznej, onkologicznej, zdrowia psychicznego, poradni psychologicznej, rehabilitacyjnej, stomatologii ogólnej, ortodontycznej, protetycznej, urologicznej.

II. Pełnienia dyżurów lekarskich w oddziałach szpitalnych: wewnętrznym, chirurgicznym, położniczo-ginekologicznym, dziecięcym, geriatryczno-rehabilitacyjnym, dziale anestezjologii.

PZOZ Bystrzyca Kłodzka poza godzinami ordynacji oddziałów.

III. Udzielanie świadczeń leczniczych w Dziale Pomocy Doraźnej na terenie działania PZOZ Bystrzyca Kłodzka. Zapraszamy do składania ofert.

Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki (zarówno zatrudnione, jak i nie zatrudnione w PZOZ Bystrzyca Kłodzka).

Oferty konkursowe pod rygorem nieważności w formie pisemnej należy składać na obowiązującym formularzu w zamkniętych kopertach w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w Gazecie DIL-u we Wrocławiu „Medium”.

Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bystrzycy Kłodzkiej, ul. Międzyłęśna 3 57-500 Bystrzyca Kłodzka (sekretariat) tel. 110473 (kier. 074) 111577 wewn. 214, 111636 wewn. 29, gdzie będą udzielane informacje dot. konkursu ofert.

Zainteresowani wzięciem udziału w konkursie mogą otrzymać formularz ofert w sekretariacie zakładu.

Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w ciągu 30 dni od terminu złożenia ofert w siedzibie dyrekcji w trybie określonym rozporządzeniem MZiOS z dnia 30.07.98 (Dz. U. nr 93, poz. 592).

Oferentom przysługuje prawo składania skarg i protestów dotyczących konkursu.

Zastrzega się prawo odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

Dyrektor mgr Jan Ławski

Zapraszamy do współpracy

Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej przy Dziecięcym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu, ul. Chałubińskiego 4, tel. 32-09-709, 32-09-726, 32-09-703 wykonuje szeroki zestaw badań mikrobiologicznych i serologicznych dla instytucji i osób prywatnych.

Laboratorium czynne jest w godzinach:

poniedziałek - piątek 8.00 - 17.00,

sobota - niedziela 9.00 - 15.00.

Godziny przyjmowania i pobierania materiałów:

poniedziałek - piątek 8.00 - 13.00.

Badania podstawowe: badania bakteriologiczne (mocz, kału, ropy, płwociny, wymazów, płynu mózgowo-rdzeniowego, krwi oraz innych płynów ustrojowych).

Badania specjalistyczne: wykrywanie bakterii beztlonowych, wykrywanie boreliozы Lyme, wykrywanie chlamydii, wykrywanie rotawirusów, wykrywanie różyczki, wykrywanie cytomegalowirusów, wykrywanie Mykoplasma,

badania płynu mózgowo-rdzeniowego, wykrywanie Ureaplasma, wykrywanie Campylobacter, kontrola bakteriologiczna środowiska szpitalnego, wykrywanie Helicobacter, wykrywanie grzybów chorobotwórczych, kontrola biologiczna procesów sterylizacji, wykonanie antybiogramów,

wykonanie autoszczepionek, odczyny aglutynacyjne (Widala, Wrighta), odczyny (ASO, Waalera-Rosego, lateks-R), wykrywanie toksoplazmozy, oznaczanie dopełniacza i składników dopełniacza, oznaczanie białka ostrej fazy - CRP, kompleksy immunologiczne.

Kierownik Pracowni

prof. dr hab. Krystyna Grzybek-Hryniewicz

Koleżance

lek. med. Elżbiecie Białynickiej-Biruli
wyrazy głębokiego współczucia z powodu

śmierci

MEŻA

*składają koleżanki i koledzy
z WZSOZ przy ul. Dobrzyńskiej we Wrocławiu*

Wyrazy serdecznego współczucia

koledze dr. Antoniemu Spyrce

z powodu śmierci

ŻONY

składają lekarze z Delegatury DIL w Jeleniej Górze

27 maja 1999 roku zmarł nagle

Ukochany Mąż i Ojciec

dr MARIAN ŁACIŃSKI

specjalista chirurgii ogólnej, urazowej i organizacji
ochrony zdrowia

pogrążona w głębokim żalu rodzina

VOLUMED sp. z o. o.

51-423 Wrocław, ul. Olsztyńska 3
sekretariat tel./fax (071) 325-42-01
dział organizacyjno-promocyjny tel. (071) 325-35-54
dział sprzedaży tel. 0 90 26-20-79, (071) 325-35-61

Volumed proponuje

KOMPENDIUM FARMAKOTERAPII DLA STOMATOLOGÓW

pod redakcją prof. zw. dr. hab. med. Zbigniewa
Jańczuka, prof. dr. hab. Leonidasa Samochowca, prof.
dr. hab. Jerzego Wójcickiego

Książka drukowana jest w formacie B5 na papierze

offsetowym, w oprawie twardej, foliowanej. Zawiera około 400 stron. Treść merytoryczna została wzbogacona licznymi rysunkami i tabelami, które podnoszą walory dydaktyczne tej publikacji.


Podręcznik podzielony jest na dwie części: ogólną i szczegółową.

W pierwszej części (8 rozdziałów) przedstawiono zagadnienia farmakologii klinicznej. Część druga poświęcona jest szczegółowej prezentacji poszczególnych jednostek chorobowych.

Całość materiału podzielona jest na 24 rozdziały, w których omówiono m. in.:

- zagadnienia ogólne z farmakologii klinicznej
- farmakokinetykę
- farmakoterapię w zaburzeniach gospodarki wapniowo-fosforowej

- witaminoterapię w stomatologii
- preparaty stosowane w profilaktyce próchnicy i chorób przyzębia
- leki stosowane w chorobach zęba i ozębnej
- leki stosowane miejscowo w chorobach przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej
- leczenie krwawień w jamie ustnej
- hormony kory nadnerczy, organopreparaty i leki bodźcowe
- lek i jego zwalczanie
- ślinę - leki wpływające na jej wydzielanie
- ból i jego farmakologiczne zwalczanie
- antybiotyki i chemioterapeutyki
- preparaty stosowane do wybielania zębów
- farmakologiczne postępowanie w nagłych przypadkach
- współczesne toksykomanie.

Dalacin® T Roztwór 1% Emulsja 1% Żel 1%  Pharmacia & Upjohn
skuteczny w leczeniu trądzika

ul. J. Kubickiego 21, 02-954 Warszawa
tel. (022) 699 02 00, fax (022) 842 05 46

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE · KURSY · ZAPROSZENIA

ZJAZD ABSOLWENTÓW

W dniu 2.10.1999 r. odbędzie się Zjazd Koleżeński Absolwentów Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu, kończących studia w 1954 r.

Szczegółowe informacje można uzyskać pod adresem:

Katedra i Klinika Rozrodczości i Położnictwa AM
50-528 Wrocław, ul. Dyrekcyjna 5/7
tel.fax (071) 367-13-64

ZAPROSZENIE

Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego we współpracy z firmą Wyeth-Lederle uprzejmie zapraszają na zebranie naukowe, które odbędzie się 24 czerwca 1999 r. o godz. 12.00 w Sali Audiowizualnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, ul. Matejki 6.

Program zebrania:

1. Dr n. med. Bogusław Paradowski (Klinika Neurologii AM we Wrocławiu): Diagnostyka neurologiczna choroby Alzheimera.
2. Dr n. med. Anna Bohdanowicz-Pawlak (Klinika Endokrynologii i Diabetologii AM we Wrocławiu): Rola hormonalnej terapii zastępczej w zapobieganiu i leczeniu zespołów otępiennych.
3. Dr Bogusława Szloch (przedstawiciel firmy Wyeth-Lederle): Premarin - złoty standard hormonalnej terapii zastępczej.

Przewodniczący Oddziału Wrocławskiego PTE
dr n. med. Marek Grabiński
Sekretarz Oddziału Wrocławskiego PTE
dr n. med. Grażyna Bednarek-Tupikowska

Intensywny kurs onkologii

Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
3-17 września 1999

Przewodniczący kursu: prof. dr hab. Alicja Chybicka
Klinika Hematologii i Chorób Rozrostowych Dzieci AM we Wrocławiu

ul. Bujwida 44, 50-345 Wrocław, Poland;
tel/fax: 328-20-40

e-mail: hemato@mtl.pl

3-17 września 1999 roku we wrocławskiej Akademii Medycznej odbędzie się Międzynarodowy Intensywny Kurs Onkologii zorganizowany pod patronatem programu Erasmus i Wspólnoty Europejskiej. Tematem kursu będzie prezentacja najnowszych osiągnięć w zakresie badań naukowych nad patogenezą, biologią nowotworów oraz przedstawienie współczesnych metod i wyników leczenia chorób nowotworowych ze szczególnym uwzględnieniem chorób rozrostowych układu krwiotwórczego. Organizowany kurs ma postać serii wykładów wygłaszanych przez wykładowców z kraju i z zagranicy, których tematyka ma być kontynuowana w formie ćwiczeń w kilkusobowych grupach pod okiem pracowników naukowo-dydaktycznych. Cykl zajęć zostanie zakończony egzaminem testowym i wydaniem certyfikatu o jego ukończeniu. Obowiązującym językiem wykładowym na kursie jest język angielski.

Wszystkich zainteresowanych uczestnictwem w Intensywnym kursie onkologii odsyłamy do internetu pod adres: erasmus.free.med.pl lub prosimy o osobisty kontakt z prof. dr hab. Alicją Chybicką pod adresem:

Klinika Hematologii i Chorób Rozrostowych
Dzieci AM we Wrocławiu
ul. Bujwida 44, 50-345 Wrocław,
tel/fax: (071) 328-20-40,
e-mail: hemato@mtl.pl

Organizatorzy kursu zapraszają do udziału w kursie lekarzy I kontaktu, specjalistów różnych dziedzin medycyny, onkologów, diagnostów i innych chętnych. Finansowe warunki uczestnictwa w kursie są do uzgodnienia z organizatorami.

Koordynator Kursu Onkologii
prof. dr hab. Alicja Chybicka
Przewodniczący Komitetu Naukowego
prof. dr hab. Jan Kornafel
Uczelniany Koordynator programu Erasmus
dr hab. Maria Sasiadek

**40 lat minie w 2000 roku!
Absolwenci AM we Wrocławiu rocznik 1960!**

Prosimy o pilny kontakt z Komitetem Organizacyjnym Zjazdu Koleżeńskiego, który odbędzie się od 13 do 15 maja 2000 r.

Listy lub fax kierować na adres:
Prof. dr hab. Józef Jagielski
Akademia Medyczna we Wrocławiu
Katedra i Zakład Patofizjologii
50-368 Wrocław, ul. Marcinkowskiego 1
tel. 328-23-42, fax: 328-59-59

UWAGA!**Lekarze stomatolodzy absolwenci AM we Wrocławiu rocznik 1953.**

Planujemy spotkanie koleżeńskie 27 - 29 września 1999 roku. Prosimy o pilny kontakt.

Zgłoszenia przyjmuje kol. Ryszard Merkel
ul. Ofiar Oświęcimskich 2/4
50-069 Wrocław
tel. (071) 34-306-95

Zjazd absolwentów

Wydziału Stomatologii AM we Wrocławiu
rocznik 1969-1974, odbędzie się
25 i 26 września 1999 r. w Polanicy Zdroju
w hotelu „Sana”.

Orientacyjny koszt udziału w spotkaniu 250 zł, osoba towarzysząca 200 zł.

Wpłaty należy nadsyłać do 30 czerwca na konto: PKO SA o/Dzierżoniów 124 02021-100351-2700-401112-001.
Kontakt Barbara Koszela-Nowicka, Dzierżoniów, ul. Wieniawskiego 21, tel. 074 31-12-20 pn.-pt. po godz. 15.00 lub Mariusz Raczyński tel. 074 31-09-93

Komunikat

Przypominamy, że spotkanie koleżeńskie z okazji XX-lecia ukończenia Akademii Medycznej we Wrocławiu odbędzie się 22-24 października 1999 roku.

Miejsce spotkania - Polanica Zdrój, Hotel „Nasz Dom” i „Sana”.

Oplata wynosi od osoby: z jednym noclegiem - 300 zł, z dwoma noclegami - 400 zł

Pieniądze prosimy wpłacać do 31 lipca br. na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: BOŚ SA O/Wrocław 15401030-536075-27006-00 z dopiskiem „Zjazd Koleżeński '79” (Panie prosimy o podanie nazwiska z albumu i obecności).

Za Komitet Organizacyjny
Iwona Dattner-Hapon
Barbara Szmaj
Jerzy Uzar

Zebranie organizacyjne uczestników wyjazdu na III Dni Medyczne Francusko-Polskie w Lille odbędzie się 22 czerwca 1999 r. o godz. 16.00.

Barbara Bruziewicz-Miklaszewska

tel. i fax kontaktowy 344-56-32

UZDROWISKO ŁĄDEK - DŁUGOPOLE

57-540 Łądek Zdrój, ul. Wolności 4

sprzeda zestaw rentgenowski, w skład którego wchodzi:

- zasilacz MULTAX 320 typ X18
- promiennik ROTAX-K 125 typ ROK-T 30/50
- przesłona UD 27
- statyw STATIX, stół TABLIX-F, przystawka PLANIX

Cena urządzenia do uzgodnienia.

Informacji udziela Dział Techniczny tel. (074) 146-227

KOMUNIKAT

IX MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W TENISIE ZIEMNYM planowane na 23-27.06.1999 r. we Wrocławiu nie odbędą się w tym terminie z przyczyn niezależnych od organizatorów.

Serdecznie przepraszamy

Komitet Organizacyjny

KOMUNIKAT I

OTWARTE MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W TENISIE ZIEMNYM odbędą się we Wrocławiu przy ul. Paderewskiego 35 na terenie Stadionu Olimpijskiego 2-5 września 1999 r. Zgłoszenia uczestnictwa oraz informacje: sekretariat Akademii Medycznej Wrocław, tel. (071) 348 65 09 w godzinach pracy oraz Kadet Stemplewski, tel. (071) 342 23 27 wieczorem. Szczegółowe informacje w okręgowych izbach lekarskich.

Komitet Organizacyjny

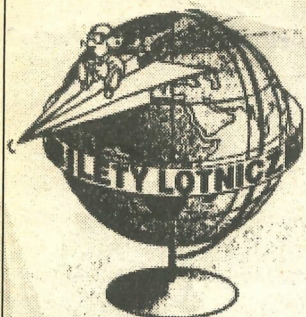


ECHOSON

ECHOSON S.A.

24-100 PUŁAWY ul. Słowackiego 2
tel./fax (+0-81) 886 36 13

ULTRASONOGRAFY



almabus ✪
Lufthansa
City Center

50-029 Wrocław,
ul. Świdnicka 39

(naprzeciw DT "Centrum")

tel/fax (071) 342 58 46, 342 88 71

**ATRAKCYJNE OFERTY
NA CAŁY ŚWIAT**

biur podróży

TUI, NECKERMANN

Zniżki dla członków DIL

Ceny w DEM wg kursu dnia

Dla wylotów z Niemiec bezpłatny
dojazd pociągiem

Zapraszamy pon. - pt. godz. 9.00-
18.00 sob. godz. 9.00 - 14.00



trophy



tuttinauer

gibcom

Serdecznie zapraszamy do odwiedzenia salonu sprzętu stomatologicznego.
Oferujemy Państwu:

- unity firmy STERN WEBER
- końcówki W&H
- autoklawy MOCOM

- autoklawy TUTTNAUER
- aparaty RTG i RVG firmy TROPHY

STERN POLSKA S.C.

UL. PIEKARY 17 (PASAŻ APOLLO), 61-823 POZNAŃ, TEL/FAX (0-61) 855 34 65

Hiszpania

Już 10. sezon zapraszamy Państwa na wczasy niemieckiej firmy turystycznej „Kylltal Reisen” do Hiszpanii. Turnusy 10- lub 17-dniowe od maja do października. Zapewniamy:

- dobre hotele z basenami i leżące blisko plaż
- dojazd luksusowym autokarem (czas przejazdu ca 25 godzin)
- wyżywienie 3 x dziennie („szwedzki” bufet)
- opiekę pilota
- zniżkę 50% dla dzieci do 10 lat.

Atrakcyjne ceny: od 430 DM płatne w dniu wyjazdu plus 120 zł rezerwacja.

Zapraszamy!

B. U. T. „EL`DORADO”

50-451 Wrocław, ul. Komuny Paryskiej 12

Tel./Fax - (071) 34-202-40

Tel. (071) 34-341-74

Kylltal
Reisen

TRASA PRZEJAZDU

Wrocław - Legnica - Bolesławiec -
Zgorzelec - Goerlitz

DAM PRACĘ

Przyjmę lekarzy STOMATOLOGÓW do pracy w prywatnym gabinecie w Jaworze, tel. 0-603-204-462.

Ośrodek Rehabilitacyjno-Szkoleniowy „DISCIMUS” 53-522 Wrocław, ul. Skwierzyńska 18 m. 7, prowadzi od 1991 r. turnusy rehabilitacyjne oparte głównie na diecie. Poszukuję do współpracy LEKARZA, może być emeryt. Kontakt tel. (071) 361-76-70.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej zatrudni STOMATOLOGA, tel. 322-47-59, tel. kom. 0 601 47-97-48.

PSYCHIATRA potrzebny od zaraz, tel. 322-47-59.

Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie zatrudni lekarza NEUROLOGA na 1/2 etatu. PZLA oferuje bardzo dobre warunki finansowe oraz dogodne warunki pracy. Strzelin jest położony 30 km od Wrocławia i ma połączenie PKP i PKS. Wszelkich dodatkowych informacji na temat warunków pracy i płacy oraz możliwości dodatkowego zarobkowania udziela dyrektor Zakładu p. Teresa Skwarzyńska pod numerem telefonu: 39-22-985.

Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Leczniczy „Provita” Wrocław, ul. Bierutowska 59, tel. 325-31-59, 345-63-76, 325-27-08 wew. 22 zatrudni w pełnym wymiarze godzin LEKARZA mającego specjalizację z chorób wewnętrznych. Chętnie widziane dodatkowe umiejętności (np. umiejętność wykonywania USG).

OPEL



promocja

9 1/2 TYGODNIA

od 26. 04. 99 do 30. 06. 99

klimatyzacja gratis do każdej Vectry

Zniżki dla lekarzy 5% od ceny każdego modelu Opla

Salon i Serwis

59-215 RZESZOTARY k. Legnicy

ul. Legnicka 1

tel./fax (076) 856 04 58, 856 04 59

UNIMO
Autoryzowany Dealer



Salon
59-300 LUBIN, ul. Ścinawska 49
tel./fax (076) 844 25 65, 844 28 67

Odcinek dla wpłacającego

Odcinek dla posiadacza rachunku

Odcinek dla poczty

Electronic, Medical & Dental
Sophisticated
Equipment

ELMEDES

mgr inż. Andrzej Białek
tel./fax 57-98-74

ul. Stanów Zjednoczonych 35
54-403 Wrocław

Oferuje na dogodnych
warunkach płatności

szwedzkie unity stomatologiczne
Anatom i Cacac z narzędziami
japońskimi

- 12 miesięcy gwarancji
- serwis gwarancyjny i pogwarancyjny

* miniautoklawy
Prestige Medical

DAM PRACĘ

Technik dentystryczny posiadający dobrze wyposażony gabinet stomatologiczny oraz pracownię protetyczną w Grodkowie, 50 km od Wrocławia, poszukuje LEKARZI lub LEKARZA STOMATOLOGA do współpracy na dobrych warunkach. Telefon (077) 415-46-41, (077) 415-30-22.

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Zarządu Służby Zdrowia MSWiA we Wrocławiu ul. Ohbińska 32 pilnie zatrudni ANESTEZJOLOGA z minimum I stopniem specjalizacji. Warunki pracy do omówienia z ordynatorem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Tel. (071) 40-46-21, 40-42-86, 40-42-92.

Centrum Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Mikoszowie koło Strzelina poszukuje LEKARZA do pracy na oddziale. Dodatkowe informacje na temat pracy można uzyskać pod numerem telefonu (071) 39-20-761.

Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Ambulatoryjnego w Krzelowie zatrudni na bardzo korzystnych warunkach lekarzy INTERNISTÓW w Wielkim Ośrodku Zdrowia w Wińsku, Krzelowie i Głębocicach. Możliwe za-

trudnienie lekarza INTERNISTY i PEDIATRY. Zapewniam mieszkanie w Ośrodku Zdrowia w Głębocicach i ładne mieszkanie 3-pokojowe na terenie gminy Wińsko. Krzelów 49, dr Mieczysław Stembalski, tel. (071) 389-91-81, 389-93-93.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sycowie zatrudni:
- lekarzy INTERNISTÓW
- lekarzy PEDIATRÓW
- lekarzy RODZINNYCH
- lekarzy KARDIOLOGÓW (funkcja ordynatora)
- lekarzy SPECJALISTÓW CHIRURGII (funkcja ordynatora)
- lekarzy REHABILITACJI (funkcja ordynatora)
- lekarza STOMATOLOGA

Oferty należy składać na adres: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, 56-500 Syców, ul. Świerczewskiego 2. Do ofert należy dołączyć:
1. Dyplom ukończenia Akademii Medycznej.
2. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu.
3. Zaświadczenie o posiadanej specjalizacji.
4. Opis przebiegu pracy zawodowej. Mieszkań nie zapewniamy. Oferujemy korzystne warunki płacowe.

Zatrudnię lekarzy STOMATOLOGÓW - Gabinety Stomatologiczne „DAVIDENT”, Wrocław, pl. Teatralny 1/2A, tel. 34-336-56.

Zatrudnię lekarza STOMATOLOGA, warunki pracy do uzgodnienia, tel. 0501 72-13-35, 347-68-44 po godz. 20.00.

Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy zatrudni od zaraz dwóch LEKARZY do pracy w poradni ogólnej w pełnym wymiarze czasu. Szczegółowe informacje można uzyskać pod numerem 314-35-07.

Przyjmę lekarza STOMATOLOGA do pracy w gabinecie prywatnym poza Wrocławiem. Warunki do uzgodnienia. Tel. 315-86-02 lub 0501-778-407.

Niepubliczny ZOZ Centrum Stomatologiczne w Bolesławcu zatrudni 2 lekarzy STOMATOLOGÓW (możliwość odbycia stażu). Bolesławiec, tel. (075) 732-28-69.

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świebodzicach zatrudni od zaraz dwóch lekarzy INTERNISTÓW i lekarza PEDIATRĘ z I lub II stopniem specjalizacji. Szczegóły dotyczące zatrudnienia pod nr. telefonu: (074) 54-15-61 w. 23 lub 24.

SZUKAM PRACY

Lekarz medycyny z I stopniem specjalizacji z chirurgii ogólnej oraz I stopniem specjalizacji z ginekologii i położnictwa poszukuje pracy we Wrocławiu lub okolicy. Tel. kontaktowy 367-59-59 w godzinach 17.00-21.00.

Pediatra, specjalista medycyny rodzinnej, podejmie pracę, chętnie w praktyce lekarza rodzinnego. Mieszkanie mile widziane. Kontakt: tel. kom. 0 604 897-597.

Pediatra ze specjalizacją II stopnia podejmie dodatkową pracę po godz. 15.00 na terenie Wrocławia lub okolic. Tel. (071) 373-95-48.

Specjalista chorób dziecięcych przystąpi do grupowej praktyki lekarskiej na terenie Wrocławia lub okolic. Oferty pod tel. (071) 373-95-48.

Podejmę współpracę z lekarzami stomatologami w zakresie chirurgii stomatologicznej, parodontologii, implantologii, tel. 364-48-09, 0 601 72-43-13.

Biuro DIL

50-333 Wrocław ul. J. Matejki 6
tel. 322-50-56, 322-50-57, 322-50-58,
fax 322-48-44
Konto BGŻ S.A. O/Wrocław
20302081-9537-2706-11

Dyrektor
mgr Danuta Jarosz

Sekretariat
mgr Agnieszka Jamrozak
Patrycja Malec
mgr Małgorzata Sieron
Lucyna Soluch
Referat ubezpieczeń
Tomasz Morka
Elżbieta Słomiana

Ewidencja
Agata Gajewska
Ewa Galińska
Beata Kołodziejczyk
Krystyna Popiel
Irena Skrabka

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

Referat ekonomiczno-prawny
mgr Monika Huber

Główna księgową
Karolina Dembińska
mgr Joanna Mańturzyk - księgową
Kasjerka
Elżbieta Chmiel
poniedziałek-piątek
8.00-9.30 11.00-15.00

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskie
Barbara Nuckowska
konto Kasy Pomocy Koleżeńskie
BGŻ S.A. o/Wrocław
20302081-83928-2706-11

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

Kierownik Klubu Lekarskiego „REMEDIUM”
Andrzej Najborowski

Filie biura w delegaturach Jelenia Góra

ul. Sobieszowska 8
58-500 Jelenia Góra - Cieplice
tel. (075) 75520-43
Irena Kubica
poniedziałek, wtorek, piątek
10.00-13.00

środa-czwartek 12.00-16.00
pełnomocnik DIL Aldona Białas
tel. (075) 75-22-141

Wałbrzych
al. Wyzwolenia 22
58-300 Wałbrzych tel. (074) 261-20
Ilona Mazur-Homeniuk
poniedziałek-piątek 8.00-15.00
pełnomocnik DIL Jan Adamus

Legnica
pl. Słowiański 1
59-220 Legnica tel. (076) 86-285-76
Krystyna Krupa
poniedziałek-piątek 8.00-15.00
pełnomocnik DIL
Artur Kwaśniewski

w czwartki pełnomocnicy i pracownicy delegatur przebywają w siedzibie DIL we Wrocławiu

Adres internetowy redakcji - E-mail:
redakcja@dilnet.wroc.pl

Roczna prenumerata „Medium” (11 numerów) 38 zł

TERMINY DYŻURÓW

Przewodniczący

Włodzimierz Bednorz
(wtorek 13.00 - 15.00)

Zastępcy przewodniczącego

Józef Lula
(środa, czwartek 12.00 - 14.00)

Bolesław Simon
(czwartek 10.00 - 15.00)

Andrzej Wojnar
(wtorek 12.30 - 16.00, czwartek 12.30 - 16.00)

Sekretarz
Wojciech Firkowski
(wtorek 12.00 - 14.00, czwartek 8.30 - 10.30)

Zastępca Sekretarza
Alicja Niepołomska
(czwartek 9.00 - 10.30)

Skarbnik
Andrzej Szmid
(poniedziałek 13.00 - 14.30, czwartek 11.00 - 14.00)

Przewodniczący sądu lekarskiego
Tadeusz Kowalski
(czwartek 13.30 - 14.30)

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej

Jerzy Szkarłat
I zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej

Kazimiera Milan
(środa 12.30 - 13.30)

Komisja ds. Rejestracji Lekarzy

Włodzimierz Bednorz

Komisja Wyborcza

Andrzej Wojnar

Komisja Rewizyjna

Jarosław Terpiński
(trzeci wtorek miesiąca 10.00)

Przewodniczący komisji problemowych:

Komisja Etyki
Krystyna Kochman
(ostatni wtorek miesiąca 14.00 - 15.00)

Komisja Skarg i Wniosków
Maciej Zarawski
(czwartek po posiedzeniu Rady)

Komisja Finansowa

Andrzej Gawlik
(co drugi czwartek miesiąca - 10.30 - 11.30)

Komisja Kształcenia

Wanda Poradowska-Jeszke
(środa 13.00 - 14.00)

Komisja Legislacyjna

Janina Kasprzak-Wójtowicz
(środa 13.00 - 14.00)

Komisja Socjalna

Teresa Agopsowicz-Olipra
(pierwszy piątek miesiąca 13.00 - 14.00)

Komisja Stomatologiczna

Bolesław Simon
(czwartek 10.00 - 15.00)

Komisja ds. Reformy, Współpracy z Samorządem Terytorialnym i Prywatyzacji

Ryszard Łopuch
(poniedziałek 12.00 - 14.00)

Komisja Współpracy z Zagranicą

Dorota Radziszewska
(wtorek 14.00)

Zebrania Komisji w trzeci wtorek miesiąca

Komisja ds. Rejestracji Indywidualnych Praktyk Lekarskich

Józef Lula
(środa, czwartek 12.00 - 14.00)

Posiedzenia Zarządu Koła Lekarzy Seniorów odbywają się w ostatni piątek miesiąca o godz. 9.00. Zebrania ogólne - w ostatni piątek miesiąca o godz. 10.00. Grupa Lekarek Dolnośląskich MWIA spotyka się raz w miesiącu, we wtorek o godz. 13.00, przed posiedzeniem Komisji Współpracy z Zagranicą.

Opłaty ubezpieczenia OC wnosimy na konto DIL w Banku Ochrony Środowiska we Wrocławiu nr 15401030-536075-27006-00 Dolnośląska Izba Lekarska Wrocław - ubezpieczenie „Fortuna”

Dolnośląska Izba Lekarska z siedzibą we Wrocławiu uprzejmie informuje o możliwości zamieszczenia w naszym „Medium” 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.

„Medium” ukazuje się co miesiąc i wysyłane jest na adres domowy do około 10 600 lekarzy z województwa dolnośląskiego.

AKTUALNY CENNIK

- Ogłoszenia drobne - 1 zł za słowo (płatne z góry)
- Ogłoszenia duże:

FORMAT (strona)	KOLOR PODSTAWOWY	PEŁNY KOLOR 1, 3, 6, 7, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 22, 24	PEŁNY KOLOR Zewnętrzna okładka
1 = 40 modułów	1920 zł	2860 zł	-----
1/2 = 20 modułów	960 zł	1430 zł	1720 zł
1/4 = 10 modułów	480 zł	715 zł	860 zł
1/8 = 6 modułów	288 zł	429 zł	516 zł
1/16 = 3 moduły	144 zł	214,5 zł	258 zł
1 moduł (4x5 cm)	48 zł	71,5 zł	86 zł

UWAGA!!!

Ogłoszenia o pracy oraz informacje o konferencjach, sympozjach, spotkaniach naukowych tylko dla towarzystw i instytucji 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. 322-50-56, 322-50-57, 322-50-58,
redakcja: 372-10-43

Konto BGŻ S.A. O/Wrocław 20302081-9537-2706-11

Redakcja: Elżbieta Pomorska - redaktor naczelny,

Włodzimierz Bednorz, Andrzej Wojnar, Maria Gluzińska, Anna Kurzyca - korekta, Krzysztof Drobiński - opracowanie graficzne, skład i łamanie, stałe współpracują: Jerzy B. Kos, prof. Waclaw Kornaszewski, Emil Mikulski.

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adiacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 28 maja 1999 r.

Druk: SŁOWO-DRUK Ltd., 51-501 Wrocław, ul. Swojczycka 38e, tel/fax: 348-72-90



Zapiski emeryta

Płomyk świecy

Okuliści starej daty, kiedyś mówiło się - przedwojenni, zalecali w przypadkach uporczywego zapalenia spojówek ciekawą i oryginalną terapię. Należało zaopatrzyć się w świecę, zapalić ją i wpatrywać się w migocący płomień. Oczywiście łzawiły i część chorych pozbywała się zapalenia. Kilka przestępczych organizacji także stosowało podobne metody świecenia (oświecania) w oczy, ale chyba nie w celach terapeutycznych. Przed kilkoma wiekami osoby (głównie kobiety) podejrzane o czary przechodziły niekiedy próbę ognia.

Czyż nie jesteśmy teraz w momencie podobnej próby? Ilu z nas zostanie wyleczonych? Ilu popadnie w jeszcze większą biedę? Ilu spali się w walce? Niektórzy będą postępować według zaleceń pseudoekonomicznych - do czasu całkowitego osmolenia się! Jeszcze innych płomień oświetli, ogrzeje także pacjentów i jasno покаże doskonałą jakość gabinetu.

dr Józef emeryt

Zapiski emeryta

FRASZKI

Krystyna Koszil-Kvalvik



Można zostać generałem
Nie przestając być bęcwałem.

Prawda jest zawsze naga;
Gdy się ją przystraja - staje się z niej blaga.

Myśl słowem niezaplodniona
wiednie i bezdziejnie kona.

Nawet geniusz doskonały
Miewa czasem niewypały.

Z własnego punktu widzenia
Trudno mieć sobie coś do zarzucenia.

Dobra wola nie jest słabością
Tak jak upór - stanowczością.

Człowiek duchem mały
Wciąż jest niedojrzały
Choćby był bez zębów i jak gołąb biały.

K R Z Y Ż Ó W K A

Litery z oznaczonych pól, czytane rzędami, utworzą rozwiązanie.
Dariusz Śniatecki

Hasło prosimy przesłać pod adresem: Dolnośląska Izba Lekarska, ul. Matejki 6, 50-333 Wrocław.
Wśród nadawców prawidłowych odpowiedzi rozlosujemy nagrody książkowe.

Rozwiązanie krzyżówki kwietniowej brzmi
NARKOZA.

Nasza redakcyjna Sierotka wylosowała dwie osoby. Tym razem książki otrzymają panie Anna Szyszka ze Strzelina i Barbara Zegzdryn z Nowej Rudy.

Gratulujemy!

Nagrody prześlemy pocztą.

Redakcja

H O R O S K O P

Żaden lekarz nie będzie miał znaczących sukcesów w leczeniu chorych, jeśli nie ma pojęcia o astrologii.

Hipokrates (460 - 377 r. p. n. e.)

Baran (21.03. - 20.04.)

Gwiazdy wróżą ci wiele zmian, które będą korzystne. Musisz zadbać o szczegóły, bowiem to one warunkują powodzenie. Ważne jest, by nie dostać zawrotu głowy od sukcesów. Aby wszystko przebiegło pomyślnie, musisz zwolnić tempo. Wskazana duża ostrożność w finansach i trzymanie ręki na pulsie przemian.

Byk (21.04. - 20.05.)

Wiele zdarzeń przyspieszy tempo twego życia. Trudno będzie ci się zorientować w zmieniających się sytuacjach, dlatego ostrożnie wchodzić na nowe nieznanne tereny. Przed popełnieniem błądów może cię przestraszyć tylko Panna. Jeśli napotkasz trudności, nie trać głowy, a wszystko przebiegnie pomyślnie.

Bliznięta (21.05. - 21.06.)

Pluton ześle na was niespodzianki, wśród nich będą mile i niemiłe. Pewne wydarzenie wytrąci was z równowagi, ale pozwoli poznać lepiej ludzi z najbliższego otoczenia. Aby wygrać, trzeba ryzykować. Czerwiec nie jest dobrym miesiącem do stawiania wszystkiego na jedną kartę w sprawach finansowych.

Rak (22.06. - 22.07.)

Zbieg Wenus i Jowisza w twoim znaku spowoduje zawirowania, których nie uda ci się ominąć. Zdobyte w ten sposób doświadczenia bardzo ci się przydadzą w najbliższym czasie. Wenus wróży powodzenie w uczuciach miłości i przyjaźni. One będą ostoją w trudnych dniach niepokoju i niepewności.

Lew (23.07. - 23.08.)

Wejdiesz w nowy, ciekawy etap życia, będziesz mógł zrealizować interesujące przedsięwzięcie. Niestety będą się wlokły za tobą stare sprawy i nie dadzą ci spokojnie pracować, dopóki ich nie zakończysz. W uczuciach los gotuje ci trudne wybory między dobrze znanym i nowym, bardzo pociągającym i niepokojącym.

Panna (24.08. - 23.09.)

Saturn wpłynie niekorzystnie na twoje stosunki z ludźmi. Mogą to być nieporozumienia w kontaktach zawodowych lub zgrzyty w stosunkach męsko-damskich. Natomiast w finansach bardzo korzystna passa. Możesz liczyć na bardzo udany zakup lub podjęcie decyzji, która w przyszłości przyniesie ci zysk.

Waga (24.09. - 23.10)

Gwiazdy wróżą ci interesującą i pełną przygód podróż. Dzięki niej wiele się nauczysz. Jednak obecność

Saturna w twoim znaku może przynieść poważne komplikacje w twoim życiu, jeśli nazbyt zaufasz nieznanemu. W twój znak wejdzie także planeta Wenus i jej obecność może przynieść przyplwy energii witalnej oraz uczuć.

Skorpion (24.10 - 22.11.)

Wenus i Saturn w twoim znaku przyniosą niepokój - wyjdiesz z nich bogatszy w nowe doświadczenia, ale też rozczarowany do pewnych ludzi, których darzyłeś pełnym zaufaniem. Jednocześnie zyskasz przychylność twoich przełożonych lub ludzi, z którymi wspólnie prowadzisz interesy. Jest to dobry okres na zrealizowanie marzenia.

Strzelec (23.11. - 21.12.)

Saturn, który wejdzie w twój znak sprowadzi na ciebie komplikacje i kłopoty związane z urzędami, prawem, umowami lub kontraktem. Wyjdiesz z opresji obronną ręką, ale nie bez trudu i strat. Odniesiesz jednak korzyść z kłopotów. Odłoni się przed tobą pewna urzędowa sprawa, jej znajomość będzie twoim atutem w grze.

Koziorożec (22.12. - 20.01.)

Wenus i Neptun, pod wpływem których pozostanie obecnie twój znak, ześlą na ciebie romantyczne i sentymtalne nastroje. Tymczasem powinieneś się zająć swoimi finansami, korzystnie zainvestować, bowiem właśnie w tej dziedzinie gwiazdy będą ci obecnie najbardziej sprzyjać. Warunkiem powodzenia może być poznanie nowej techniki.

Wodnik (21.01. - 20.02.)

Saturn będzie się mijał z Wenus nad twoim znakiem. Wnieście to w twoje stosunki z bliskimi wiele niepokoju, może nawet być przyczyną rozpadnięcia się starych przyjaźni i miłości. Staraj się więc unikać konfliktów, także w gronie zawodowym. Napięta sytuacja pozwoli ci poznać prawdziwe zależności między decydentami.

Ryby (21.02. - 20.03.)

Układ planet spowoduje, że energia kosmiczna skupi się na świecie uczuciowym Ryb. Może to oznaczać początek wielkiej przyjaźni lub miłości, albo zapoczątkować zmianę uczuć. Otwierają się perspektywy dla nowych przedsięwzięć i skierowania działalności zawodowej na nowe tory. Będą też procentowały trafne decyzje z końca poprzedniego roku.

umowa między Watykanem a Polską	kopia dokumentu	lubieżnik deska na nodze	założył gród wawelski	kołnierz z piór ischias	99-01-21 człowiek sparaliżowany	podpora pomidora
		●				
bufiaste spodnie						
trąd						
				napaść kamień półszlach.		●
siac ją to nadal być panną		●			postać z elementarza	●
			otwór na szczycie wulkanu		okres w dziejach	●
narzędzie zniwiarza	obraz prawosławny	w magnetofonie muza z kitarą				●
jednostka masy				wrzask maszyna w tartaku		
imię żeńskie				poczucie umiaru rzeka w Rosji		
			●			
zajmuje lokal	atrybut ministra					
skafander eskimoski						●

