

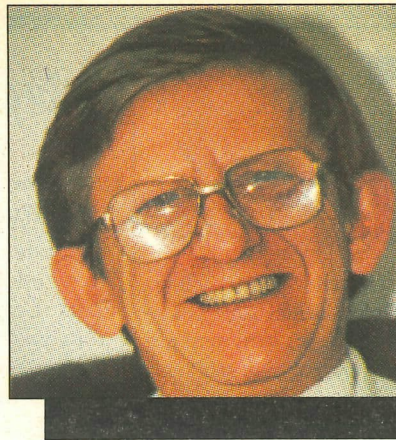
MEDIUM

GAZETA DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Nr 7-8 (108-109)

LIPIEC - SIERPIEŃ 1999

ISSN 1425-9397



str. 5 - 6

Dążymy do rozsądnych rozwiązań



str. 7

Czy potrzebni są specjaliści wojewódzcy i konsultanci regionalni?



str. 12,13

Sercem pisane



Zdjęcie i opracowanie graficzne Krzysztof Drobiński

Na urlopie...

11 listopada 1999 roku w auli Politechniki Wrocławskiej odbędzie się Nadzwyczajny Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej z okazji dziesiątej rocznicy I Zjazdu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, który odbył się 11 listopada 1989 roku w tym samym miejscu.

SZPALTA
NACZELNEJ

W poprzednich latach w początkach lipca ruch w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej wyraźnie słabł. W tym roku, mimo że jest już połowa lipca odbywają się spotkania Rady DIL, ponieważ wciąż rodzą się nowe problemy związane z wprowadzoną reformą służby zdrowia.

Ostatnio rozgrzewa wszystkich sprawa wyrównania dopłat za dyżury jako godziny nadliczbowe. W połowie maja Trybunał Konstytucyjny uznał, że dyżury powinny być traktowane jako praca w godzinach nadliczbowych. Stawki za dyżury były dużo niższe od wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy uważa, że za ostatnie 3 lata każdemu lekarzowi, który dyżurował nie dopłacono około 15 tys. zł. Suma tych zaległości, to około 1,5 miliarda złotych. Rzecznik Trybunału Konstytucyjnego oświadczył jednak, że prawo nie działa wstecz, a więc wypłata raczej nie wchodzi w rachubę.

Na tym jednak nie kończy się sprawa zapłaty za dyżury, jest ona bardzo gorąca we wszystkich szpitalach. Lekarze ze szpitali, które się usamodzielniały podpisują kontrakty na dyżury. Rada Dolnośląskiej Izby Lekarskiej na ostatnim swoim posiedzeniu przed wakacjami podjęła uchwałę o wysokości minimalnej stawki za godzinę dyżuru, poniżej której nie można schodzić podpisując kontrakt. Aby stawka za godzinę dyżuru nie została obniżona w stosunku do obecnej powinna ona wynosić co najmniej 20 zł netto, co daje 38 zł brutto, to znaczy po uwzględnieniu składek na ZUS, podatku, średniej urlopowej itp.

Ponieważ dyrektorzy szpitali, którzy dziś mają dużo większą swobodę finansową w ustalaniu wysokości poszczególnych wydatków, a jednocześnie ograniczoną sumę pieniędzy na prowadzenie placówki, starają się oszczędzać przede wszystkim na placach personelu, tylko zdecydowana postawa wszystkich lekarzy i nieprzyjmowanie umów, które dyktują niższą niż określiła Dolnośląska Izba Lekarska stawkę udowodni, że menedżerowie służby zdrowia muszą się liczyć z lekarzami.

Zapłata za dyżury jest dopiero początkiem kampanii lekarzy o godziwe płace. 31 września kończy się umowa zbiorowa, na podstawie której zatrudniani byli lekarze. Oczywiście w interesie zarządzających szpitalami będzie podpisanie umów, które ograniczą płacę lekarza i jego prawa. Skuteczną obroną przed takimi zakusami może być dokładne poznanie praw, jakie przysługują lekarzom, oraz bardzo wnikliwe przestudiowanie proponowanej zakładowej umowy zbiorowej i wniesienie do niej poprawek, które uwzględnią postulaty lekarzy. Oczywiście do takich działań potrzebna jest dobra znajomość prawa. Z pewnością prawnicy z biura DIL będą służyli radą i pomocą.

Najważniejsza jednak w całej tej sprawie jest świadomość własnej sytuacji, oraz zrozumienie umowy, którą przyjdzie podpisywać.

W środowisku medycznym krzyżują się najróżniejsze często sprzeczne interesy, to jest powodem, że lekarze nie potrafią wystąpić tak zdecydowanie, jak górnicy czy pielęgniarki. W wypadku umów na dyżury i późniejszych umów zbiorowych niepotrzebne będzie organizowanie demonstracji, a tylko porozumienie się z samorządem i obstawanie przy swoich stawkach i racjach.

Bardzo trudno w piękne upalne dni myśleć o ekonomii i prawie pracy, ale skoro nie zostaliśmy zmieceni z naszej planety przepowiadanych końcem świata, musimy starać się usadowić na niej jak najwygodniej.

Elżbieta Pomorska

Apel

11 listopada 1999 roku minie dziesięć lat od zjazdu założycielskiego Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Będzie zatem szczególna okazja przypomnienia zdarzeń wpisanych w historię lat 1989-1999, jak również przypomnienia ludzi, którzy podjęli trud powołania dolnośląskiego samorządu lekarzy oraz uczestniczyli w jego działalności w późniejszych latach.

Komisja Historyczna Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zwraca się z apelem o przekazanie na adres Dolnośląskiej Izby Lekarskiej materiałów dokumentujących powołanie i działalność komisji DIL, jak również oddziałów i kół terenowych. Szczególną wartość mają kroniki, protokoły, artykuły prasowe, zdjęcia oraz wspomnienia związane z

pierwszymi latami działalności DIL. Wszystkie materiały po ich wykorzystaniu - w publikacjach lub na wystawach - będą zwrócone lub przekazane do archiwum.

Komisja Historyczna DIL przystąpiła ostatnio do gromadzenia materiałów do wstępnych prac, które mają na celu opracowanie dziejów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w pierwszych latach powojennych. Apel dotyczy również tego historycznego okresu w dziejach Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Bardzo będziemy wdzięczni za odpowiedź na nasz apel do 15 września 1999 roku.

*dr n. med. Andrzej Wojnar
Przewodniczący Komisji
Historycznej DIL
Wrocław, 1 lipca 1999 roku*

Jak podpisywać układ zbiorowy pracy

Dolnośląska Izba Lekarska przychyliła się do projektu Ponadzakładowego Układu Zbiorowego Pracy dla Pracowników Zatrudnionych w Państwowych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w uzgodnieniu ze Związkami Zawodowymi reprezentującymi Lekarzy, Pielęgniarki i Położne będącymi stronami powyższego układu.

Jednocześnie pragniemy zaznaczyć, na co należy zwrócić uwagę podpisując układ zbiorowy pracy:

1. Postanowienia układu zbiorowego pracy nie mogą być mniej korzystne niż przepisy Kodeksu pracy oraz innych ustaw i aktów wykonawczych.

2. Każdy układ zbiorowy powinien regulować:

- ogólne warunki pracy,
- prawa i obowiązki pracownika i pracodawcy w czasie trwa-

nia stosunku pracy (ze strony pracodawcy: zapewnienie odpowiednich warunków BHP, wyposażenie w odzież ochronną, umożliwienie podnoszenia kwalifikacji zawodowych w ramach szkolenia i doskonalenia zawodowego, prowadzenie odpowiedniej polityki kadrowej w uzgodnieniu ze związkami zawodowymi),

- zasady wynagradzania i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą (korzystniejsze zasady przyznawania odpraw w związku z przejściem na emeryturę lub rentę, gratyfikacji jubileuszowych, odpraw pośmiertnych, dodatkowe wynagrodzenia za posiadane stopnie naukowe),

- inne dodatkowe uprawnienia pracownicze uregulowane w sposób odmienny od powszechnie obowiązujących przepisów prawa pracy (płatny urlop dodatkowy, posiłki bezpłatne, ryczałt

za używanie własnego samochodu osobowego),

- wzajemne zobowiązania układających się stron (stałe działania zapewniające wdrożenie i prawidłową realizację przepisów układu, powołanie komisji rozpatrującej rozbieżności interpretacyjne treści układu).

3. Postanowienia układu zastępują wynikające z dotychczasowych przepisów warunki umowy o pracę.

4. Do pracowników, których prawa i obowiązki regulują w sposób szczególny odrębne przepisy, postanowienia układu stosuje się wyłącznie w zakresie nieuregulowanym w tych przepisach.

5. W sprawach, których układ zbiorowy nie reguluje, stosuje się Kodeks pracy oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy.

Opracowała Monika Huber

Nowe prawa wykonywania zawodu

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 podstawie 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 domo-

wy wniosek 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 dokumentów 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.

Lekarze leczą lekarzy bez honorarium

Komisja Etyki Dolnośląskiej Izby Lekarskiej na zebraniu w dniu 29.06.1999 r. zwróciła się z apelem do lekarzy i lekarzy dentystów o przestrzeganie zasad etyki i dobrego wychowania w stosunku do kolegów lekarzy będących ich pacjentami, tak w praktyce prywatnej, jak i Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej. Od 200 lat nigdy od lekarzy i ich rodzin np. przyjmowanych w gabinecie nie pobierano honorarium za świadczoną usługę, a jedynie za koszty materiałowe (§ 67 KEL).

*Przewodnicząca Komisji
Etyki, Skarg i Wniosków
lek. med. Krystyna Kochman
z upoważnienia
Ryszard Rzeszutko*

(podpisy członków Komisji)

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 lipiec i sierpień.

**Z poważaniem
Dyrektor Dolnośląskiej Regionalnej
Kasy Chorych we Wrocławiu
Wrocław, 25.06.1999 r.**

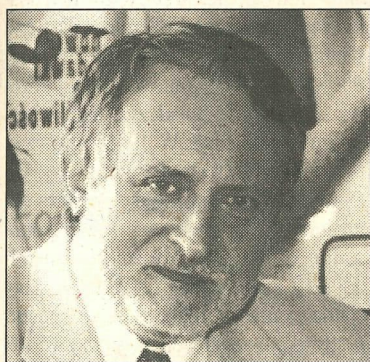
Nowy WYKAZ LEKÓW REFUNDOWANYCH Nr II/99 do nabycia w sekretariacie DIL. Cena 15 zł.

**WYKAZ LEKÓW
REFUNDOWANYCH
Nr II/99**

- Lekii - 100%, 50%, ryczałtowo - bezpłatnie
- Limity cen
- Ceny urzędowe, marże
- Zasady wystawiania i realizacji recept

Wydawnictwo JWC

Reforma ochrony zdrowia jest źle wprowadzana...



Dr Włodzimierz Bednorz
wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej
prezes DRL

...twierdzi dr Włodzimierz Bednorz. W tej sytuacji, należałoby przede wszystkim przeanalizować sytuację i wyciągnąć wnioski. Nie jest to zresztą kwestia jednego ministra. Wręczając dymisję min. Maksymowiczowi, premier zapewniał, że za kilka tygodni

odczujemy poprawę. To było nierozsądne, ta jedna dymisja niczego nie zmieniła. Gdyby to ode mnie zależało, to po półroczu działania reformy siadłbym do stołu z samorządami zawodowymi i kasami chorych, aby ustalić, co trzeba zmienić. Balcerowicz zadbał przy wprowadzaniu swoich reform o 10 mld dolarów rezerwy na kontaktach zachodnich. Rząd Buzka tego nie zrobił, a co gorsze, nie planuje zmiany ustawy, tylko retusze kosmetyczne. Nie ma impulsu ze strony rządu na poprawę tej reformy, i to błąd. Nastąpił w służbie zdrowia chaos organizacyjny i legislacyjny. Nie przygotowano wielu rozporządzeń wykonawczych do ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym, nie ma nadzoru nad kasami chorych. Reforma była wprowadzana bardzo nieudolnie, co nie znaczy, że idea jest zła.

Jest dużo nieporadności i złego zarządzania centralnego.

Podpisanie porozumienia płacowego z pielęgniarkami jest odsunięciem w czasie konfliktu, który narasta. Przewiduję, że w końcu września, po wygaśnięciu umów zbiorowych o pracę, przy tworzeniu zakładowych taryfikatorów płacowych, co będzie się odbywało w ramach tworzenia nowego układu zbiorowego, konflikt wybuchnie na nowo. Można to przewidywać, ponieważ suma pieniędzy przeznaczona przez parlament i rząd na opiekę zdrowotną jest zbyt mała.

W moim przekonaniu nie da się uciec od stworzenia koszyka świadczeń w opiece zdrowotnej, współpłacenia przez chorych, oczywiście w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Konieczna jest także zmiana konstrukcji składki ubezpieczeniowej na zdrowie, a nie tylko jej wysokość.

Godność i honor lekarza

23 czerwca w siedzibie DIL odbyło się zebranie organizacyjne Polskiego Stowarzyszenia Obrony Godności Lekarskiej. Duchem sprawczym idei powołania takiego Stowarzyszenia, a także organizatorem pierwszego spotkania jest dr n. med. Jan Czyski. (Jego list-apel na ten temat zamieściliśmy w marcowym numerze "Medium").

W spotkaniu uczestniczyli: profesorowie Jerzy Czernik, Jan Kornafel, Julian Kornobis, Sabina Kotlarek-Haus, Jerzy Lorenz, Władysław Rokicki, Mieczysław Ujec oraz dr dr Jerzy B. Kos, Andrzej Sokółowski, Jerzy Szybejko i wiceprzewodniczący DRL dr n. med. Andrzej Wojnar.

Stowarzyszenie ma szczytny cel podniesienia prestiżu zawodu lekarskiego i temu celowi mają służyć założenia programowe, wśród których wymienia się działania interwencyjne w sprawach spornych, wymagających jednoznacznych rozstrzygnięć, a także - we współdziałaniu z Izbą Lekarską - troskę o polepszenie warunków pracy i płacy, upatrując w nich źródło niektórych nieetycznych zachowań lekarzy. Stowarzyszenie chciałoby mieć głos doradczy w sprawach polityki kształcenia lekarzy zarówno akademickiego, jak i klinicznego, a także w sprawach struktury organizacyjnej szpitali klinicznych. Głównym ce-

ukowych czy związków zawodowych nie powinny się pokrywać. Zwrócono uwagę na konieczność współpracy ze środkami masowego przekazu. Zastanawiano się, czy organizacja ma być masowa czy elitarna i jakie z tego wynikają konsekwencje. Zwyciężyła opcja programowa proponowana przez dr. Jana Czyskiego.

Wszyscy zabierający głos w dyskusji byli zgodni, że dziś potrzebne są autorytety - popularyzowanie pozytywnych wzorców osobowych, których nie brak w powojennej historii Dolnego Śląska, o czym pisze ostatnio na naszych łamach dr Jerzy Kos.

Przy jednym głosie wstrzymującym się zebrani zaakceptowali ideę powołania Polskiego Stowarzyszenia Obrony Godności Lekarskiej. Powołano Komisję Statutową i Komisję Organizacyjno-Informacyjną do aktywnych kontaktów ze środowiskiem medycznym i mediami.

Następne spotkanie - założycielskie odbędzie się 30 czerwca.

Maria Gluzińska

Osoby zainteresowane członkostwem w tej elitarniej organizacji proszone są o kontakt: dr Andrzej Sokółowski, tel. (075) 732-36-86 centrala, tel./fax (075) 732-26-99.

Głównym celem, do którego mają zmierzać wszystkie działania Stowarzyszenia jest uzdrowienie polskiej medycyny.

Stowarzyszenie w swoich głównych założeniach chce skupić grono najwybitniejszych przedstawicieli świata medycznego w Polsce, którzy swoim autorytetem i rozważnym działaniem opiniotwórczym będą przeciwstawiać się niekorzystnym zjawiskom w środowisku medycznym, a także bronić praw i honoru lekarza, tworząc we współdziałaniu z mediami nowy obraz polskiego lekarza.

lem, do którego mają zmierzać wszystkie działania Stowarzyszenia jest uzdrowienie polskiej medycyny.

W dyskusji zebrani wyrazili swoje opinie na temat głównych założeń programowych tej organizacji uznając za słuszne jej powołanie. Uważali jednak, że zakresy działania podobnych ciał: komisji etyki okręgowych rad lekarskich, towarzystw na-

Uchwała Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

Dolnośląska Rada Lekarska na posiedzeniu w dniu 15 lipca 1999 roku na podstawie art. 25 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30, poz.158 z późniejszymi zmianami) podjęła uchwałę następującej treści:

paragraf 1

DRL ustala minimalną stawkę godzinową dla lekarza pełniącego dyżur w ramach kontraktu na kwotę 20 zł netto, co przy uwzględnieniu między innymi składek na ZUS, podatku, dodatków noc-

nych i świątecznych, średniej urlopowej daje kwotę 38 zł brutto.

paragraf 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

„Medium” pyta

Odpowiada wicemarszałek województwa dolnośląskiego do spraw ochrony zdrowia, KRZYSZTOF PRĘDKI

- Do 30 czerwca 1999 roku samorząd miał opracować sieć podstawowej opieki zdrowotnej, czy projekt ten jest zrealizowany?

- Pojawił się właśnie projekt rozporządzenia ministra zdrowia, który mówi o tym, że samorząd wojewódzki będzie odpowiedzialny za stworzenie planu sieci pomocy ambulatoryjnej. Projekt zakłada, że zarówno na poziomie gmin, powiatu i województwa, samorząd wojewódzki ma narzucić tę sieć. Jest to projekt. Mam wątpliwości, w jakim stopniu samorząd wojewódzki może ingerować w kompetencje samorządów gminnych i powiatowych. Samorząd wojewódzki ma zrobić plan sieci podstawowej opieki zdrowotnej, ale

nie zostały określone żadne narzędzia wykonawcze, ani egzekucja.

Samorząd wojewódzki powinien mieć tylko wiedzę o sieci ambulatoryjnej, aby móc prawidłowo budować sieć specjalistyczną.

- Ciągłe mówi się o tym, że w województwie dolnośląskim jest za dużo łóżek w lecznictwie zamkniętym i dlatego część szpitali ma być zlikwidowana. Czy mógłby pan marszałek powiedzieć, jakie szpitale są zagrożone likwidacją?

- Po pięciu miesiącach urzędowania nie wolno nam decydować, czy i jaki szpital likwidować. Obecnie jest przekształcany Szpital Zakaźny w Legnicy. Będzie on przeniesiony jako oddział do Szpitala

Wojewódzkiego w Legnicy, a na bazie byłego Szpitala zakaźnego jest tworzony zakład leczniczo-opiekuńczy. Ponieważ obecnie jest na terenie Legnickiego tylko 8 łóżek dla osób obłożnie, przewlekle chorych, więc 50 łóżek, które powstaną dla takich chorych, na terenie byłego Szpitala Zakaźnego w Legnicy, poprawi sytuację przewlekle chorych w Legnickim.

- Jak się Panu układa współpraca ze starostami w zakresie służby zdrowia?

- Współpraca ze starostami w zakresie służby zdrowia układa mi się bardzo dobrze, odbyliśmy już wiele spotkań i nawiązaliśmy stałe kontakty.

Rozmawiała (EP)

Kto chce i może prowadzić staże podyplomowe

Dolnośląska Rada Lekarska informuje, że zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 24 maja 1999 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa sporządza listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu. Lista ta będzie ostatecznie ustalona przez marszałka województwa. Oprócz zakładów opieki zdrowotnej staż mogą prowadzić:

1. lekarz stomatolog wykonujący indywidualną praktykę lekarską,
2. lekarz, lekarz stomatolog wykonujący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską.

Lekarz stomatolog wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub lekarz, lekarz stomatolog aby prowadzić staż musi spełniać warunki

1. posiadać co najmniej 5-letni staż zawodowy albo specja-

lizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny,
2. posiadać pomieszczenia, aparaturę i sprzęt medyczny umożliwiające realizację ramowego programu.

Za czynności te będzie mu przysługiwało wynagrodzenie miesięczne, o którym mowa w ww. rozporządzeniu ministra, środki finansowe na ten cel zapewnia Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

Komisja Stomatologiczna Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zwraca się z prośbą do dyrektorów samodzielnych publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz indywidualnie praktyku-

jących lekarzy stomatologów, aby jeśli spełniają po temu warunki przyjęli na staże podyplomowe i specjalizacyjne - lekarzy i lekarzy stomatologów - stażystów. Zgłoszenia proszę kierować do Komisji

Stomatologicznej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Zastępca przewodniczącego DRL

Przewodniczący Komisji Stomatologicznej Bolesław Simon



Minister Zdrowia i Opieki Społecznej
Franciszka Cegielska

PODPATRZONE

PALENIE TYTONIU POWODUJE RAKA I CHOROBY SERCA

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej

Z prac Prezydium i Rady DIL

10 czerwca

Podczas kolejnego posiedzenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej powróciła w dyskusji sprawa dyżurów lekarskich w kontekście orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego, omawiana także podczas obrad Prezydium NRL. Aby uregulować tę kwestię trzeba będzie nowelizować ustawy o zawodzie lekarza i o zakładach opieki zdrowotnej. Zanim nastąpi nowelizacja, co może potrwać kilka miesięcy, lekarze powinni występować do sądu o uznanie prawa do różnicy pomiędzy wynagrodzeniem, które dostawali, a tym, które przysługiwałoby im wraz z naliczonymi dodatkami za godziny nadliczbowe. Najpierw jednak powinni wystąpić do swoich dyrektorów o naliczenie tych kwot. W obecnej sytuacji są trzy możliwości rozwiązania sprawy dyżurów: jako godziny nadliczbowe - 150 godzin w roku, jako praca zmianowa lub jako kontrakt. Każde z tych rozwiązań ma swoje wady i zalety. W dyskusji zwracano uwagę na obowiązek zapewnienia przez szpital ciągłej opieki nad pacjentem.

Kolejnym tematem omawianym podczas posiedzenia była sprawa tworzenia układów zbiorowych w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej.

Powrócono do sprawy specjalistów wojewódzkich i zaopiniowano kandydatów na te stanowiska, proponowanych przez wojewodę. Na stanowisko specjalisty wojewódzkiego z patomorfologii zaproponowano kol. Andrzeja Wojnara. Listę specjalistów drukujemy w numerze na stronie 6.

Kol. Janina Kasprzak-Wójtowicz przedstawiła problemy proponowane do negocjacji z kasą chorych w zakresie specjalistycznego lecznictwa ambulatoryjnego.

Przewodniczący Komisji Finansowej, kol. Andrzej Gawlik omówił najważniejsze sprawy finansowe dyskutowane na ostatnim posiedzeniu Komisji.

Przedstawiono także wyniki prac Komisji Bioetycznej.

W związku ze zbliżającymi się obchodami dziesięciolecia działalności izb lekarskich ustalono termin Nadzwyczajnego Zjazdu Delegatów na 11 listopada br., ustalono program i zgłoszono kandydatury do odznaczeń państwowych.

Delegowano przedstawicieli DIL do składu komisji konkursowych.

17 czerwca

Główną sprawą omawianą podczas posiedzenia Prezydium DRL była konieczność wytypowania placówek służby zdrowia, które będą prowadzić staże podyplomowe i specjalizacyjne. Trzeba będzie powołać zespół, który zajmie się opiniowaniem wniosków zgłaszanych przez poszczególne placówki zainteresowane prowadzeniem staży.

Odczytano bieżącą korespondencję.

Delegowano przedstawicieli DIL do składu komisji konkursowych.

24 czerwca

Na kolejnym posiedzeniu Prezydium omawiano najważniejsze

Dlaczego przegrywamy?



Ryszard Łopuch
członek Naczelnej Rady
Lekarskiej

Największy zakład w Polsce liczący ponad 600 tys. pracowników nie może w ciągu ostatnich lat załatwić poprawy warunków pracy i płacy. Nieskuteczne są ani negocjacje, ani protesty. Obecnie jesteśmy grupą najmniej zarabiających pracowników w Polsce. Warunki pracy pogarszają się, a płace spadają i będą spadać, wielu pracowników straci pracę i będzie bezrobotnymi, a ci którzy pozostaną będą pracować więcej, a zarabiać mniej. Wszystkie inne grupy zawodowe potrafiły wywalczyć znaczące podwyżki i odprawy dla odchodzących na bezrobocie. Przyczyną takiej sytuacji jest brak integracji środowisk medycznych.

W 1995 roku rozpoczęły się protesty pracowników ochrony zdrowia, nie poparli ich ani samorząd pielęgniarek, ani Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia. Wówczas protestowały: Związek Zawodowy „Solidarność”, Związek Zawodowy Lekarzy przy poparciu samorządu lekarskiego. Politycy bardzo szybko wykorzystali rozbić środowiska, wykazu-

jąc, że tylko jego część jest niezadowolona z polityki rządu, a rząd podjął negocjacje z przedstawicielami poszczególnych grup pracowniczych, dlatego ani negocjacje, ani protesty nie przyniosły żadnego sukcesu.

W 1993 r. zostałem przewodniczącym Komisji Płacy i Pracy NRL i wtedy z przerażeniem obserwowałem na spotkaniach z ministerstwem zdrowia, że przedstawiciele różnych związków obecnych na tych rozmowach byli ze sobą skłóceni, więc decyzje podejmowali przedstawiciele strony rządowej. Były to decyzje zawsze dla nas niekorzystne. Przed każdym spotkaniem ze stroną rządową odbywały się spotkania w Naczelnej Radzie Lekarskiej, gdzie próbowaliśmy uzgodnić wspólne stanowisko i odnieśliśmy kilka małych sukcesów. Takie były początki KOROZ-u. W 1998 r. odbyło się spotkanie wszystkich przedstawicieli związków i samorządów ochrony zdrowia, gdzie podpisano wspólny protokół i zasady współdziałania, co potwierdzała dokumenty, nie podpisała ich tylko Federacja Związków Zawodowych. Kiedy KOROZ zaczął organizować protest wycofała się z udziału w nim „Solidarność” i samorząd pielęgniarek. Porozumiały się Federacja ZZ „Solidarność”, samorząd pielęgniarski i rozpoczęto rozmowy z rządem. Otrzymałem wiele obietnic, które do dziś nie zostały zrealizowane. Na protest zorganizowany przez KOROZ przybyło około tysiąca osób. Okazało się, że są wodzowie, ale nie ma armii. Oczywiście żaden rząd i żaden politycy nie będą się liczyć z rozbitym i skłóconym środowiskiem.

Gdy rozpoczął się protest anesteziologów część z nich protestowała, reszta udawała, że protestuje. Oczywiście w systemie Kas Chorych w szpitalach, w których odbywał się protest było

mniej pacjentów, a kasy nie płaciły, pozostałe placówki miały więcej pacjentów i więcej zarabiała. To doprowadziło do skłócenia środowiska i zapaści finansowej niektórych szpitali. Podobna sytuacja jest w środowisku pielęgniarskim, protestuje część pielęgniarek, a środowiska lekarskie udzielają im poparcia. Nie we wszystkich szpitalach pielęgniarki protestują czynnie, a powtarza się sytuacja podobna jak z anesteziologami. Protest anesteziologów potępiali wiele autorytetów medycznych i społecznych, padały nawet stwierdzenia, że postępują gorzej niż ubecy i gestapowcy. Były nawet propozycje, by zmobilizować pracowników ochrony zdrowia, a więc wprowadzić stan wojenny i pracę pod przymusem. Nikt nie bronił anesteziologów ani dziś nie broni pielęgniarek, a media donoszą, że również pielęgniarki biorą łapówki i dzięki temu bardzo dobrze im się żyje. Politycy różnych opcji zachowują się bardzo różnie. Od 1995 r. lewi-

czyli się na wzór KOROZ-u i wiele uzyskali i nikt im nie zarzucał, że chcą obalić rząd. Przekazano 400 mln zł dla 8 tys. górników na odprawy, a tylko 150 mln dla 600 tys. pracowników ochrony zdrowia na podwyżki świadczy o słabości naszego środowiska. W 1998 roku rząd przeznaczył 150 mln zł na kontrakty, Ministrów Wutzowa i Maksymowicza obwiniono o nieprawidłowe rozdysponowanie tych pieniędzy, za co musieli odejść z zajmowanych stanowisk. Specjalna kontrola miała ujawnić sposób rozdysponowania tych pieniędzy. Wziął je nie tylko anesteziolodzy, oni mieli około 1500 kontraktów, z około 10 tysięcy. Ciekawa byłaby lista pozostałych, którzy korzystali z kontraktów. Byli to działacze różnych opcji politycznych i może w zależności od tego głośno występują lub milczą przeciwko wszelkim protestom.

Dziś wiadomo, że reforma nie udała się, bo żadna reforma nie może się udać bez pieniędzy i poparcia pracowników.

Nikt nie bronił anesteziologów ani dziś nie broni pielęgniarek, a media donoszą, że również pielęgniarki biorą łapówki i dzięki temu bardzo dobrze im się żyje.

ca w bardzo ostry sposób potępiała wszelkie protesty, uważając je za polityczne. Dziś również koledzy, którzy z nami demonstrowali, głodowali, potępiali wszelkie protesty, a przecież ani warunki pracy, ani płacy nie poprawiły się. Natomiast ci, którzy parę lat temu potępiali protesty stali się obrońcami medycznego środowiska. Dopóki nie zintegrujemy się i będziemy wierzyć w zapewnienia polityków ani negocjacje, ani protesty nie przyniosą żadnego rezultatu. Rolnicy, górnicy, hutnicy połą-

Zadłużenie niektórych placówek jest większe niż w ubiegłym roku o tej porze. Jestem przekonany, że w początkach października rząd będzie musiał prowadzić poważne rozmowy z przedstawicielami wszystkich związków i samorządów i doprowadzić do zmian, o których od dawna mówi środowisko. Jeśli nie będzie pertraktacji, dojdzie do zapaści ochrony zdrowia i niekontrolowanych strajków, a to doprowadzi do ograniczenia dostępności pacjentów do usług medycznych.

Zebrań delegatów i przewodniczących kół dawnego województwa wrocławskiego 22 czerwca 1999 roku

Spotkanie, na którym zgromadziło się ponad 70 osób, prowadził przewodniczący Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, kol. Włodzimierz Bednorz. Głównym tematem były dyżury lekarskie po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego.

Trybunał uznał roszczenia lekarzy i stwierdził, że dyżur jest pracą w godzinach nadliczbowych. Co z tego wynika?

Są trzy możliwości rozwiązania kwestii dyżurów. Pierwszy wariant - dyżur jako praca w godzinach nadliczbowych. Obowiązujące przepisy mówią jednak, że godzin nadliczbowych nie może być więcej niż 150 rocznie i są one wysoko płatne. Poza tym lekarze dyżurują więcej godzin w ciągu miesiąca!

Drugi wariant - dyżur w wersji pracy zmianowej. Takie rozwiązanie powoduje konieczność zatrudnienia większej liczby lekarzy, podnosi koszty utrzymania szpitala i utrudnia opiekę nad pacjentem. Stanowczo przeciwstawiła się temu Naczelna Rada Lekarska w swoim stanowisku z 18 czerwca br.: „System ten nie zapewnia ciągłości opieki lekarskiej realizowanej przez tego samego lekarza. Lekarz traci stały kontakt z pacjentem, a wszystkie niezbędne czynności; badanie lekarskie, zabiegi diagnostyczne, terapia zabiegowa i farmakologiczna wykonywane są codziennie przez inne

go lekarza, który każdego dnia musi zapoznać się z nowymi pacjentami i pozbawiony jest on możliwości realizacji swojej koncepcji diagnostycznej i terapeutycznej. Skutkiem tego przestaje

Na spotkaniu dyrektorów zakładów z przedstawicielami Państwowej Inspekcji Pracy także wyrażono swoje uwagi na temat tej sytuacji, ponieważ nieuregulowanie sprawy dyżurów w

Jeszcze o dyżurach

istnieć indywidualna odpowiedzialność za pacjenta. Lekarz traci niezbędną więź z ordynatorem oddziału, który nie może konsultować i kontrolować pracy poszczególnych lekarzy, co uniemożliwia mu odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów hospitalizowanych na kierowanym przez niego oddziale”.

Trzeci wariant to dyżurowanie na kontraktach. Wydaje się on obecnie jedynym rozsądnym wyjściem z tej trudnej sytuacji. Dyrektor szpitala podpisywałby kontrakt z indywidualną praktyką lekarską lub z niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej. W związku z tym samorząd lekarski uważa, że należałoby ustalić minimalne stawki za godzinę dyżuru. Obecnie waha się one od trzech do kilkunastu złotych. Przewodniczący zaproponował rozważenie tej kwestii i powiedział, że każda okręgowa rada lekarska może ustalić taką kwotę i apelować do swoich członków, aby jej przestrzegali przy zawieraniu umów.

całej Polsce stawia pracowników inspekcji pracy w trudnej sytuacji. Na świecie sprawa dyżurów jest rozwiązywana w różny sposób, np. osobną ustawą na ten temat.

Między innymi z tego powodu, że nie ma dobrego modelu dyżurów w Polsce Naczelna Rada Lekarska zwróciła się do rządu o ustawowe rozwiązanie tej kwestii. Jednak prace nad nowelizacją przepisów mogą potrwać około pół roku, a tzw. szybka ścieżka legislacyjna, to także około trzech miesięcy.

Ze sprawą dyżurów wiąże się także sprawa układów zbiorowych - zakładowych czy ponadzakładowych. W Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej jest dostępny - przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia wspólnie z związkami zawodowymi - projekt ponadzakładowego układu zbiorowego, z którego można skorzystać podejmując się we własnym interesie rozmów ze związkami na ten temat.

W dyskusji delegaci przedstawiali aktualny stan rozmów z dyrektorami w swoich zakładach na temat zasad pełnienia dyżurów. Mówiono o stawkach minimalnych za godzinę dyżurowania, w której muszą się zmieścić wszystkie obciążenia finansowe, jakie wiąże się z zawarciem umowy cywilnoprawnej. Nie można także zapominać, że wynagrodzenie za dyżury było dotychczas istotnym elementem uposażenia lekarzy. Z przedstawionych przez delegatów wycieńczył wyniki, że stawka minimalna powinna się wahać między 11 a 12 zł. Ustalenie takiej stawki jest próbą uniknięcia cen dumpingowych.

Należy się także zastanowić - uważa przewodniczący - czy w świetle tego, co mówi orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego nie należałoby występować do sądów o uznanie tej różnicy, jaka wynika z tego, co lekarze dostawali za dyżury, a co mogliby dostać, gdyby do wynagrodzenia za dyżur doliczono dodatek za nadgodziny. W DIL są gotowe wzory pozwów.

Podczas spotkania radca prawny DIL, mgr Beata Kozyra-Łukasiak odpowiadała na pytania dotyczące przepisów prawnych.

Na zakończenie spotkania przewodniczący DRL obiecał, że Rada na swoim nadzwyczajnym posiedzeniu zajmie się ustaleniem minimalnej stawki za dyżury.

Maria Gluzińska

Dążymy do rozsądnych rozwiązań

Z rektorem elektą profesorem dr. hab. LESZKIEM PARADOWSKIM rozmawia Elżbieta Pomorska

- Na jakich podstawach będzie się opierał dalszy byt szpitali klinicznych?

- Sytuacja jest dosyć skomplikowana. Koszty diagnostyki i leczenia powinny pokrywać kasy chorych. A jednocześnie samodzielne publiczne szpitale kliniczne korzystają głównie z pracy nauczycieli akademickich opłacanych przez akademię medyczną. Powszechnie wiadomo, że zajęciom przy łóżku chorego nauczyciel akademicki poświęca największą część swego czasu pracy. Można się starać i poprawić nieco organizację pracy, ale rezerwy w tym przypadku są niewielkie. Modny obecnie pomysł pracy zmianowej jest możliwy do zrealizowania w kilkunastoosobowych zespołach.

To kierownicy szpitali powinni sobie postawić pytanie: jak sobie wyobrażają byt swoich placówek? Niestety, informacje, o bycie szpitali w pierwszym kwartale nie napawają optymizmem

- Co będzie podstawą do ułożenia stosunków między uczelnią a szpitalami klinicznymi?

- Po wyborze na funkcję rektora wrocławskiej Akademii Medycznej uznałem, że nie należy oczekiwać na wzorcową umowę między uczelnią a szpitalami klinicznymi, którą obiecało przygotować Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Zwróciłem się do Rektora z propozycją przygotowania własnych umów. Propozycje umowy zostały przygotowane przez prawników uczelni. Negocjacje z dyrektorami szpitali prowadzili: urzędujący prorektor do spraw klinicznych prof. Jacek Szechiński i jego następca prof. Ryszard Andrzejak. Rozmowy zajęły wiele czasu. Staraliśmy się uświadomić dyrektorom, że umowy o współpracy są potrzebne zarówno szpitalom klinicznym, jak i uczelni, a może szpitalom bardziej niż uczelni.

Dyrektorzy szpitali muszą zrozumieć, że Akademia Medyczna nie będzie źródłem łatwego zarobkowania, której będzie się dyktowało warunki za korzystanie z obiektów szpitalnych do celów dydaktycznych i naukowych. Anegdotalna już stała się próba zapisu w umowach, według których koszty sprzątnięcia gabinetów kierowników katedr i kli-

nik obciążałyby uczelnię. Tymczasem, te same osoby są ordynatorami w szpitalach klinicznych.

Takie próby nie przesłaniają nam zasadniczego celu, uważamy, że rektor uczelni medycznej powinien otrzymać uprawnienia ministra do nadzoru nad szpitalami klinicznymi w takim zakresie, jaki zapisano w ustawie. Gdyby ustawa była przestrzegana, wówczas rozmowy byłyby zbędne. Na szczęście, uczelnia dysponuje wystarczającą liczbą argumentów prawnych, z których skorzysta, jeżeli umowy będą obciążały finansowo uczelnię lub trudnych do zrealizowania rozmiarach, a także w przypadku, gdy pertraktacje będą się przeciągały poza granice zdrowego rozsądku.

- Mimo otrzymania uprawnień od ministra do nadzoru rektora nad szpitalami klinicznymi, sytuacja staje się bardzo skomplikowana i nie wygląda na to, by się harmonijnie układała.

- O zamieszczeniu we współpracy między szpitalami klinicznymi a Akademią Medyczną, świadczy przykład podjętej w uczelni inicjatywy utworzenia akademickiego centrum kardiologii, tą sprawą zajmie się Senat jeszcze w październiku tego roku. Ale już z dokumentów opracowywanych do dyskusji wynika, że jeżeli ta inicjatywa znajdzie akceptację senatu to uruchomienie centrum będzie wymagało uzgodnień ze wszystkimi dyrektorami państwowych szpitali klinicznych. Jednostki, które potencjalnie przewidziano do udziału w pracy Akademickiego Centrum Kardiologii są rozrzucone we wszystkich szpitalach klinicznych: dotyczy to kardiologii dziecięcej, kardiologii dorosłych, Kliniki Chorób Naczyń, a więc trzeba będzie negocjować warunki współpracy ze wszystkimi dyrektorami. Utworzenie jednego szpitala akademickiego upraszczałoby tę procedurę. To

jeden przykład, a można by przytoczyć ich wiele. Stworzono by - państwowe szpitale kliniczne podległe Ministerstwu Zdrowia, które utrudniają normalne funkcjonowanie uczelni. Nowa ekipa nie będzie ustawała w wysiłkach, aby zmienić tę sytuację prawną.

ści finansowe uczelni nie są wielkie i pieniądze na dydaktykę nie jest za wiele.

Dyrektor szpitala klinicznego powinien pamiętać o tym, że jest dzierżawcą obiektów i sprzętu Akademii Medycznej i Akademia zachowuje ogromną powściągliwość w ściąganiu opłat za dzierżawę gruntów, budynków i nie ma zamiaru ograbić szpitali klinicznych ani rozkładać ich finansowo, ale też nie może być tak, by szpitale rozłożyły budżet uczelni. Myślę jednak, że dojdziemy do rozsądnych rozwiązań.

- Jaka będzie przyszłość stomatologii na wrocławskiej Akademii Medycznej?

- Ekipa, która zaczęła kierowanie uczelnią 1 września 1999 roku zamierza rozszerzać, a nie zawężać liczbę kierunków studiów. Nie przewidujemy likwidacji stomatologii. Powołałem nieformalny zespół pod kierunkiem prof. M. Ziętka, który opracowuje założenia nowego wydziału lekarsko-stomatologicznego i sądzę, że prace te zostaną zakończone w najbliższym roku akademickim.

Poważnym problemem jest baza dydaktyczna w zakładach stomatologicznych. Nie chciałbym jeszcze składać deklaracji o terminach poprawienia tej sytuacji, ale na pewno nasza ekipa uczyni wszystko, aby ją zmienić. Nie zapominamy o zobowiązaniach składanych w programie wyborczym - o poprawieniu sytuacji zakładów teoretycznych. A przecież sytuacja w naszych klinikach jest daleka od średnich standardów europejskich. Na poprawienie sytuacji potrzebne są ogromne nakłady inwestycyjne i musimy poszukiwać ich źródeł. Chcemy, aby w tych poszukiwaniach pomagała nam cała społeczność akademicka. Z dóbr inwestycyjnych pozyskiwanych z różnych źródeł nie mogą korzystać tylko ludzie z najbliższego otoczenia władz uczelni. Dlatego decyzje będziemy podejmować informując o nich społeczność akademicką. Będzie to nasz własny system kontroli społecznej.

- Czy jest realna możliwość szybkiego zakończenia budowy nowego kompleksu klinicznego Akademii Medycznej?

- Przy finansowaniu obecnie proponowanym kompleks kliniczny przy ulicy Ślężnej zostanie zakończony w 2006 roku. W planach założono, że powinien być



Spotykamy się z dużym oporem starych struktur, dla mnie jest to niezrozumiałe. Uważam, że umowy między szpitalami klinicznymi a akademią medyczną są potrzebne obu stronom. A obecna sytuacja pokazuje, że bardziej są one potrzebne dyrektorom klinik niż Akademii Medycznej.

- Z jakich funduszy zostanie kupiona nowa aparatura, aby unowocześnić szpitale kliniczne.

- Wyniki finansowe za pierwszy kwartał są złe, a jeżeli nawet któryś szpital osiąga jakieś dochody, to są one niewystarczające i nie pozwolą na inwestycje. Zdobywanie aparatury ze źródeł budżetowych z Komitetu Badań Naukowych i z Ministerstwa Zdrowia, odbywa się przez katedry i kliniki. Od razu rodzi się pytanie, dla czego kierownik tej jednostki ma przekazywać zdobytą z wielkim trudem aparaturę? Tym bardziej, że z uzyskaniem tej aparatury wiąże się zobowiązanie do prowadzenia badań naukowych. Nieodpłatne przekazywanie aparatury dużej wartości jest nieporozumieniem.

- Jak uczelnia rozwiąże problem opłat, których żądają dyrektorzy szpitali klinicznych za uczenie studentów?

- Uczelnia jest gotowa ponieść koszty praktycznej nauki studentów w klinikach, ale w granicach rozsądku. Uczelnia nie może ratować z tarapatów finansowych szpitali klinicznych, bo możliwo-

Z prac Prezydium i Rady DIL

sprawy z ostatniego tygodnia. Wiceprzewodniczący DRL kol. Andrzej Wojnar poinformował o zebraniu organizacyjnym Stowarzyszenia Obrony Godności Lekarskiej (piszemy o tym na stronie 3).

Sekretarz kol. Wojciech Firkowski zdał relację z polsko-niemieckiej konferencji prawniczej, na której omawiano m.in. kwestię badań prenatalnych (piszemy o tym na stronie 11), a kol. Alicja Niepołomska poinformowała o przebiegu ogólnopolskiej konferencji stomatologicznej w Rytrze, poświęconej przede wszystkim kontraktowaniu usług stomatologicznych.

Delegowano przedstawicieli DIL do składu komisji konkursowych.

Sprawy finansowe zostały odesłane do zaopiniowania przez Komisję Finansową i przedstawienia na posiedzeniu Rady.

Skarbnik omówił aktualną sytuację finansową DIL związaną z nieregularnym wpływem składek członkowskich.

Omówiono sprawy organizacyjne związane z Nadzwyczajnym Jubileuszowym Zjazdem Delegatów, który odbędzie się w listopadzie. Skarbnik apelował o rozważne gospodarowanie finansami Izby. Trwają poszukiwania sponsorów Zjazdu.

Sekretarz przedstawił listę proponowanych przedstawicieli DIL do rad społecznych SP ZOZ-ów. Listę zaopiniuje Rada.

1 lipca

W kolejnym posiedzeniu Prezydium DRL uczestniczył wicedyrektor Wydziału Polityki Zdrowotnej Departamentu Spraw Społecznych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego Ryszard Jadach. Przedmiotem rozmów dyrektora R. Jadacha z członkami Prezydium była sprawa stworzenia wykazu placówek służby zdrowia, które będą prowadzić staże podyplomowe i wynagrodzenia dla prowadzącego, co określa rozporządzenie ministra zdrowia. Podobnie rzecz się ma ze specjalizacjami. Szczegółowe warunki, jakim powinny odpowiadać takie jednostki zostały określone w rozporządzeniu na temat specjalizacji zamieszczonym w Dzienniku Ustaw nr 54.

Uzgodniono tryb postępowania i termin przygotowania przez Izbę zarówno wykazów placówek prowadzących staże podyplomowe, jak i wykazu placówek prowadzących specjalizacje, na połowę lipca.

Omówiono sprawę dyżurów lekarskich - nadal brakuje jednoznacznych rozstrzygnięć. Ostatnio szala przechyla się w stronę systemu pracy zmianowej. Dyrektorzy szpitali przysięgają się do podpisywania kontraktów. W większości szpitali wrocławskich dyżuruje się po staremu.

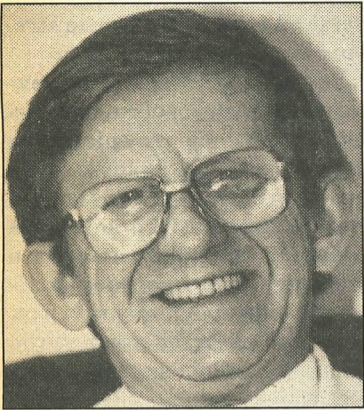
Odczytano bieżącą korespondencję.

Omówiono najważniejsze bieżące sprawy finansowe.

Rektor elekt prof. dr. hab. Leszek Paradowski wiceprzewodniczącym Krajowej Konferencji Rektorów Akademii Medycznych

30 czerwca odbyła się w Krakowie Krajowa Konferencja Rektorów Akademii Medycznych. Na przewodniczącego w nowej kadencji został wybrany prof. Zbigniew Puchalski, rektor białostockiej AM, na wiceprzewodniczącego rektor wrocławskiej AM prof. Leszek Paradowski. Gratulujemy!

Dążymy do rozsądnych rozwiązań



żeje czas wielu ludzi. Pozostaje również odpowiedź na pytania: kto będzie kierował nowym obiektem? Czy pozostanie on w strukturach uczelni? Czy zostanie powołany również samodzielny publiczny szpital kliniczny? Jak odczują nową sytuację ci, którzy przyczynili się do realizacji tej budowy, wkładając w nią ogromny wysiłek organizacyjny i społeczny. Uważam, że kapitalizm i prawa rynku nie mogą dehumanizować społeczności akademickiej. Dziś, gdy rozmawiamy, otrzymałem list przewodniczącej Stowarzyszenia Dyrektorów Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, tak butnego pisma dawno nie czytałem. Po tej lekturze nadchodzi mnie refleksja, że samodzielny publiczny szpital to nie dziewiętnastowieczny folwark.

- Wobec konieczności permanentnego kształcenia się lekarza na uczelni spada zadanie kształcenia podyplomowego lekarzy, jak ono będzie organizowane?

- Ponieważ szkolenia są organizowane przez kilka podmiotów, więc marnuje się środki i wysiłek ludzki. Uczelnia dysponuje doskonałą kadrą, która jest gotowa przejąć większość szkoleń, które będą przygotowywały lekarzy do egzaminów specjalizacyjnych, oraz szkoleń doskonalących. W uczelni działa uniwersytecki Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego, który w rankingu Komitetu Badań Naukowych został zaklasyfikowany do grupy 4 najlepszych wydziałów lekarskich w Polsce, ta opinia określa jego możliwości. Dobrze rozwija się szkolenie podyplomowe na Wydziale Farmaceutycznym. Sądzę, że działalność szkoleniowa rozwinię się w najbliższych latach.

- Jakie prawa i obowiązki będą mieli na uczelni słuchacze studiów doktoranckich?

- Cieszę mnie zapisy w projekcie nowej ustawy, w której wreszcie uporządkowano tę sprawę. Słuchacze studiów doktoranckich stają się pełnoprawnymi członkami społeczności akademickiej, określono także wysokość stypendium doktoranckiego, które nie może być niższe od najniższej pensji asystenta. Liczba odbywających studia doktoranckie będzie jednak zależała od możliwości finansowych uczelni w danym roku.

- Czy lekarze, którzy nie pracują na uczelni, a robią doktoraty będą musieli płacić za możliwość doktoryzowania się?

- Trudno przewidzieć ostateczny kształt ustawy nazywanej Prawem o Szkolnictwie Wyższym. Jej dotychczasowe zapisy przewidują odpłatność za niektóre procedury. Obecnie według projektu ustawy pobieranie opłat za

doktoraty i przewody habilitacyjne od osób nie zatrudnionych w uczelni jest i będzie możliwe. Uczelnia pobiera opłaty za czynności administracyjne związane z przewodem, to są między innymi koszty recenzji, koszty udziału recenzentów w przewodach (koszty delegacji), koszt druku pracy habilitacyjnej i tym podobne.

- Przed sesją studentów protestowali, czy ich żądania zostaną uwzględnione przez nowe władze uczelni?

- Uczestniczyłem w posiedzeniu Senatu Akademii, podczas którego młodzież studencka reprezentowana przez samorząd przedstawiła swoje postulaty, są one zgodne z wcześniejszymi uchwałami Senatu Uczelni. Nic więc dziwnego, że Senat poparł je i w swojej oddzielnej uchwale zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z prośbą o podjęcie w trybie pilnym rozmów z protestującą młodzieżą akademicką. Cieszy mnie, że młodzież akademicka w tych postulatach wyraziła swoją troskę o losy uczelni. W reformie służby zdrowia zapomniano na przykład o stomatologii, jako kierunku studiów, pomimo że w Ministerstwie jest Departament Kształcenia i Nauki. Teraz półśrodkami łąta się kryzys, w który wpędzono wszystkie oddziały stomatologiczne w kraju.

- Czy Akademia Medyczna będzie współpracowała z kasami chorych?

- Uważam, że kasy chorych szerzej powinny korzystać z pomocy uczelni w opracowywaniu standardów postępowania i ich wycen. To jest nasza deklaracja, którą nierozsądnie byłoby odrzucać.

- Czy samorząd lekarski jest w kręgu zainteresowań Akademii?

- We wrześniu powołałam komisję rektorską do spraw współpracy z organizacjami samorządowymi: Izbą Lekarską, Aptekarską, Pielęgniarek i Położnych. Mamy do rozwiązania wspólne problemy. Powołana komisja powinna przygotowywać opinie dla gremiów ustawowo lub statutowo odpowiedzialnych za podejmowanie decyzji.

Pierwsze kontakty z Panem Włodzimierzem Bednorzem i drem Andrzejem Wojnarem prezesami DIL były pozytywne, podjęliśmy ustalenia w niektórych sprawach. Jesteśmy otwarci na dyskusję i skazani na współpracę. Mam świadomość i Dolnośląska Izba Lekarska musi uznać ten fakt, że Akademia Medyczna jest największym zakładem medycznym na Dolnym Śląsku. Z tego faktu wynika, że nasz wpływ na funkcjonowanie samorządu musi być wyraźniejszy, a jednocześnie bardzo byśmy chcieli, żeby władze samorządów zawodowych lepiej znały naszą uczelnię.

Lista konsultantów regionalnych w specjalizacjach głównych dla obszaru województwa dolnośląskiego

anestezjologia i intensywna terapia - dr n. med. Grażyna Durek
chirurgia dziecięca - dr Jan Klempous
chirurgia ogólna - prof. dr hab. Bogdan Łazarkiewicz
choroby wewnętrzne - prof. dr hab. Bogumił Halawa
choroby zakaźne - prof. dr hab. Andrzej Gładysz
dermatologia i wenerologia - prof. dr hab. Feliks Wąsik
diagnostyka laboratoryjna - dr n. med. Jacek Majda
higiena i epidemiologia - dr n. med. Jerzy Odonicz-Czarnecki
medycyna pracy - dr n. med. Edmund Lipiński
medycyna rodzinna - dr n. med. Mariusz Domański
medycyna sądowa - prof. dr hab. Barbara Świątek
mikrobiologia lekarska - prof. dr hab. Hanna Przondo-Mordarska

neurochirurgia - dr Lesław Zub
neurologia - prof. dr hab. Ryszard Podemski
okulistyka - prof. dr hab. Hanna Niżankowska
ortopedia - prof. dr hab. Andrzej Wall
otolaryngologia - doc. dr hab. Wojciech Mikulewicz
patomorfologia - dr n. med. Michał Jeleń
pediatria - prof. dr hab. Franciszek Iwańczak
położnictwo i ginekologia - prof. dr hab. Janusz Woyton
psychiatria - dr n. med. Tomasz Piss
radiologia i diagnostyka obrazowa - doc. dr hab. Tadeusz Mielecki
radioterapia onkologiczna - dr n. med. Maria Raczek-Jagas
rehabilitacja lekarska - dr n. med. Krzysztof Kołtowski
stomatologia ogólna - prof. dr hab. Urszula Kaczmarek
urologia - prof. dr hab. Jerzy Lorenz

Lista konsultantów regionalnych w specjalizacjach szczegółowych dla obszaru województwa dolnośląskiego

chirurgia klatki piersiowej - prof. dr hab. Jerzy Kołodziej
farmakologia kliniczna - prof. dr hab. Krystyna Orzechowska-Juzwenko
immunologia kliniczna - prof. dr hab. Andrzej Lange
medycyna sportowa - dr n. med. Andrzej Bugajski
pulmonologia - prof. dr hab. Renata Janowska
diabetologia - prof. dr hab. Renata Wąsik
alergologia - prof. dr hab. Józef Małolepszy
angiologia - prof. dr hab. Rajmund Adamiec
audiologia i foniatryka - dr hab. Maria Zalesska-Kręcicka
balneoklimatologia i fizjoterapia - prof. dr hab. Jan Łazowski
chirurgia onkologiczna - dr n. med. Marek Pudełko
chirurgia naczyniowa - prof. dr hab. Wojciech Witkiewicz
chirurgia plastyczna - dr n. med. Tadeusz Myczkowski
chirurgia szczękowa - dr n. med. Jan Wnukiewicz
endokrynologia - prof. dr hab. Andrzej Milewicz
gastroenterologia - dr hab. Leszek Paradowski

genetyka kliniczna - dr hab. Maria Sasiadek
geriatria - dr hab. Jolanta Twardowska-Rajewska
hematologia i transfuzjologia - prof. dr hab. Kazimierz Kuliczkowski
kardiologia - dr n. med. Marian Krupacz
kardiologia - dr n. med. Leszek Sokalski
medycyna nuklearna - prof. dr hab. Jerzy Sowiński
medycyna paliatywna - dr Anna Orońska
medycyna transportu - prof. dr hab. Juliusz Jakubaszko
nefrologia - prof. dr hab. Andrzej Steciwko
neonatologia - prof. dr hab. Elżbieta Gajewska
onkologia ogólna - dr n. med. Emilia Filipczyk-Cisarż
ortodoncja - dr n. med. Barbara Warych
protetyka stomatologiczna - prof. dr hab. Bogumił Płonka
reumatologia - dr Joanna Korpanty-Dańda
seksuologia - dr n. med. Dariusz Kielkiewicz
toksykologia kliniczna - lek. med. Krystyna Kochman
transplantologia kliniczna - dr hab. Dariusz Patrzalek
zdrowie publiczne - dr Władysław Sidorowicz

Specjaliści wojewódzcy województwa dolnośląskiego

anestezjologia i intensywna terapia - dr n. med. Grażyna Durek
chirurgia dziecięca - prof. dr hab. Krystyna Sawicz-Birkowska
chirurgia ogólna - dr hab. Janusz Dawidski
choroby wewnętrzne - dr hab. Jerzy Liebhart
choroby zakaźne - dr hab. Krzysztof Simon
dermatologia i wenerologia - dr n. med. Maria Barancewicz-Łosek
diagnostyka laboratoryjna - mgr E. Nowak
farmakologia kliniczna - prof. dr hab. Krystyna Orzechowska-Juzwenko
hematologia i transfuzjologia - prof. dr hab. Kazimierz Kuliczkowski
higiena i epidemiologia - dr n. med. Jerzy Odonicz-Czarnecki
kardiologia - prof. dr hab. Walentyna Mazurek
medycyna pracy - dr n. med. Edmund Lipiński
medycyna rodzinna - prof. dr hab. Andrzej Steciwko

nefrologia - prof. dr hab. Marian Klinger
neonatologia - dr hab. Waldemar Maszkiewicz
neurochirurgia - doc. dr hab. A. Jarmundowicz
neurologia - dr n. med. Bogusław Paradowski
okulistyka - lek. med. Teresa Lange
onkologia kliniczna - dr n. med. Marek Pudełko
ortopedia i traumatologia narządu ruchu - prof. dr hab. Andrzej Wall
otolaryngologia - prof. dr hab. Lucyna Pośpiech
patomorfologia - dr n. med. Andrzej Wojnar
pediatria - dr n. med. Michał Gruszecki
położnictwo i ginekologia - lek. med. Zbigniew Adamiak
psychiatria - prof. dr hab. Andrzej Kiejna
radiologia i diagnostyka obrazowa - prof. dr hab. Krzysztof Moroi
rehabilitacja medyczna - dr n. med. Tadeusz Urban
stomatologia - lek. stom. Andrzej Maciejewski

dokończenie ze str. 5

oddany do użytku w 2003 roku. Aby w tym terminie dokończyć budowę, należałoby trzykrotnie zwiększyć środki przeznaczone na nią obecnie.

Jeśli nie uda nam się w tym roku uzyskać zwiększonych trzykrotnie środków, to w przyszłym roku rozpoczniemy remonty wzniesionych dotychczas obiektów. Jesteśmy zbyt biednym państwem, aby pozwolić sobie na takie marnotrawstwo!

Kilka dni po naszej rozmowie uczelnię będzie wizytowała sejmowa Komisja Budżetu i Finansów, jej decyzje zadecydują o tempie prac budowlanych.

Realizujemy kompleks budynków obliczony na 650 łóżek i jest to tylko połowa z wcześniej zaplanowanych. Mówimy tylko o kosztach budynków. Dotychczas nikt nie oszacował, jaką część aparatury ze starych klinik Akademii będzie można wykorzystać w nowo wybudowanym obiekcie. Według mego rozeznania stopień dekapitalizacji używanego sprzętu jest taki, że do wykorzystania będzie się nadawało tylko 10%.

Społeczność akademicka będzie musiała rozpocząć dyskusję, która odpowie na pytanie, jak zagospodarować dotychczas używane obiekty. Mówię hasłowo o najważniejszych problemach uczelni, ale każdy ma świadomość, że przygotowanie odpowiedniej dyskusji i podjęcie decyzji, wymaga pracy wielu zespołów, w których muszą zgodnie współpracować przedstawiciele społeczności akademickiej i administracji uczelni. Ważny jest również klimat, jaki otacza uczelnię i poszukiwanie sojuszników do tych ogromnych wyzwań. Ufam, że potrafimy stworzyć korzystną aurę zarówno do dyskusji, jak i do pracy. Budowa nowego kompleksu klinicznego nie może przypominać budowy autostrad w Polsce, gdzie było dużo słów, wiele planów, a efekty każdy widzi.

- Niełatwo porozumieć się, gdy w nowej sytuacji niektórzy mogą stracić swoje kierownicze stanowiska.

- Swary wewnątrz uczelni psują jej wizerunek na zewnątrz i tworzą niepotrzebne napięcia, których rozładowywanie anga-

Czy potrzebni są specjaliści wojewódzcy i konsultanci regionalni

Z dyrektorem Wydziału Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu **MACIEJEM ŻMUDZKIM**, rozmawia **Elżbieta Pomorska**



Fot. Elżbieta Pomorska

- Dawne regiony, np. Dolny Śląsk dziś pokrywają się terytorialnie z województwami, po co więc specjaliści wojewódzcy i konsultanci regionalni?

- W tekście Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej art. 66a pkt. 1, mówi o tym, że minister zdrowia i opieki społecznej może powołać konsultantów krajowych i regionalnych, będących specjalistami poszczególnych dziedzin jako medyczne organy doradcze i opiniodawcze dla podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej. Obecnie konsultanci regionalni są organami doradczymi dla samorządów wszystkich szczebli i dla samych zakładów opieki zdrowotnej. Tak wynika z ustawy. Można z tego wywieść wniosek, że nie będą oni w gestii wojewody.

Ten sam artykuł w pkt. 3 mówi, że wojewoda może powołać specjalistów wojewódzkich spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny i farmacji. Z tego zapisu wynikają możliwości powołania specjalistów wojewódzkich. Zostają powołani w celu dokonywania oceny zakładów opieki zdrowotnej. Zadania specjalistów wojewódzkich i konsultantów regionalnych są rozbieżne. Wojewoda powołuje specjalistów do dokonywania oceny zakładów prowadzących działalność na obszarze województwa - zadania te wynikają z

funkcji wojewody. Zadania te, mogą być zlecone specjalście wojewódzkiemu jako jednorazowe lub ciągle, i jest to polecenie skontrolowania danej jednostki lub ocena danego problemu.

Pkt. 5 tego rozporządzenia mówi, że zadania specjalistów wojewódzkich określa wojewoda i właśnie na tym akcie prawnym opiera się wojewoda powołując wojewódzkich specjalistów.

Pkt. 6 ww. rozporządzenia mówi, że minister zdrowia i opieki społecznej określa w drodze rozporządzenia szczegółowe zadania konsultantów krajowych i regionalnych. Minister zdrowia od wielu lat nie wypełnił treści tego zapisu i do tej pory nie określił ich zadań. Wynikają stąd pewne nieporozumienia.

- Jaka była idea powoływania konsultantów regionalnych?

- Idea powoływania konsultantów regionalnych wynikała z tego, że niektóre województwa np. chełmskie, zamojskie nie miały przedstawicieli w rzadkich dziedzinach medycznych i to w randze specjalistów, bo warunkiem powołania na konsultanta jest posiadanie II stopnia specjalizacji. Konsultanci więc byli powoływani na region, aby doradzać, nadzorować, zbierać informacje na temat jakiejś specjalności. Po reformie administracyjnej ustawodawca, albo celowo pozostawił taką sytuację, uznając, że zapisy ustawy są jasne, albo był inny powód, którego nie znam.

- Lekarze wciąż jeszcze zdobywają specjalizacje według starych przepisów, a w ich przeprowadzaniu uczestniczą specjaliści wojewódzcy.

- Odrębnymi aktami są rozporządzenia ministra zdrowia w sprawach specjalizacji. W specjalizacjach, które są realizowane w starym trybie, czyli tych, które zostały rozpoczęte przed 25 września 1998 roku, ich tryb określa tzw. stare rozporządzenie i one muszą być wykonywane w tym

trybie. Będzie to trwało jeszcze około 5 lat, lub z ewentualnymi przesunięciami zależnymi od sytuacji rodzinnych losowych itp. jeszcze dłużej.

W tych rozporządzeniach wszędzie występuje sformułowanie specjalista wojewódzki, dlatego konsultant regionalny nie może podpisywać związanych ze specjalizacjami dokumentów, skoro według zapisu ustawowego ma to robić specjalista wojewódzki.

- Co się stanie, jeśli nie zostanie powołany specjalista wojewódzki i czy mógłby go zastąpić konsultant regionalny?

- Nie może go zastąpić konsultant regionalny - taka interpretacja byłaby błędna, ustawa ma odpowiedni zapis w par.16 pkt 3 tego rozporządzenia. Do egzaminu specjalizacyjnego na II stopień specjalizacji dopuszcza pod względem merytorycznym specjalista wojewódzki, lub w razie braku specjalisty wojewódzkiego krajowy nadzór specjalistyczny (więc konsultant krajowy).

Obecnie nie można już rozpocząć specjalizacji według dawnego trybu, ale już wdrożone są podporządkowane specjalście wojewódzkiemu.

Wniosek o zgodę na przystąpienie do specjalizacji opiniuje specjalista wojewódzki, wniosek do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego też opiniuje specjalista wojewódzki. Par. 14 - egzaminy - staż specjalizacyjny zalicza kierownik specjalizacji w porozumieniu ze specjalistą wojewódzkim. Par. 14 pkt. 4 - osoba, której odmówiono zaliczenia stażu specjalizacyjnego może się w trybie odwoławczym zwrócić do byłego lekarza wojewódzkiego lub jego plenipotentą, który podejmie odpowiednie ustalenia po zasięgnięciu opinii zespołu specjalistów wojewódzkich. W skład komisji egzaminacyjnej wchodzi - pkt. 1 przewodniczący - odpowiedni specjalista wojewódzki, a w razie braku specjalisty

wojewódzkiego z danej specjalności samodzielny pracownik nauki wskazany przez właściwy krajowy nadzór specjalistyczny.

- Znowu nie ma mowy o konsultancie regionalnym.

- W piśmie ministra zdrowia skierowanym do wojewody wrocławskiego sugeruje on możliwość powołania konsultantów regionalnych na stanowisko konsultantów wojewódzkich, lecz nie kwestionuje istnienia konsultantów wojewódzkich. Mówi, że należy powołać specjalistów wojewódzkich. Powołanie specjalistów wojewódzkich i konsultantów regionalnych nie jest niczym fanaberią, lecz dostosowaniem się administracji rządowej do odpowiednich zapisów.

- Nasuwa się pytanie, czy taka sytuacja nie będzie rodziła pomiędzy konsultantami regionalnymi a specjalistami wojewódzkimi konfliktów interesów i poglądów.

- Konflikty interesów nie mogą przesłaniać nam zadań, które jesteśmy zmuszeni realizować. Nie ma takiej dziedziny życia, w której konflikty by nie występowały. Ale w tym przypadku nie zachodzi możliwość ich powstania, ponieważ mają oni różne zadania do wykonania.

- Ale w sytuacji kiedy ktoś doradza, a inny ma to kontrolować powstaje punkt zapalny.

- Kontrola jest obligatoryjna, a doradztwo niekoniecznie. Specjaliści wojewódzcy są zobligowani do kontroli, nieco inne zadania mieli przed 1 stycznia 1998 roku, ponieważ wojewoda był organem założycielskim, więc pełnili funkcję nadzorczą z ramienia organu założycielskiego. Obecnie nie pełnią tej roli, natomiast pozostaje to, co wojewoda musi realizować w myśl zapisów wyższych, a więc kontrola zakładów opieki zdrowotnej, kontrola realizacji praw pacjenta, kontrola i stymulowanie wykonywania narodowego programu zdrowia i inne. Są sytuacje sporne, gdzie musimy się odwoływać do

czynnika merytorycznego, na przykład przy rejestracji nowo powstałych zakładów opieki zdrowotnej. Mamy ściśle zapisy techniczne, jak powinien być wyposażony, zbudowany budynek nowego zakładu opieki zdrowotnej, wchodzi standaryzacja usług, wchodzi inne zapisy, których wykonanie wojewoda musi kontrolować...

- ...przez swoich specjalistów wojewódzkich.

- Oni mu podlegają. Może on także zwracać się do konsultanta regionalnego, ale na zasadzie grzecznościowej, natomiast nie może mu polecić wykonania zadań. Nie możemy w realizacji zadań ustrojowych polegać na prośbach.

- Obecnie województwa pokryły się z regionami, czy nie prościej byłoby, gdyby specjalista wojewódzki i konsultant regionalny był jedną osobą.

- Ponieważ było 49 województw i nie było tylu specjalistów na danym terenie, by obsłużyć wszystkie województwa, więc został powołany konsultant regionalny, region zwykle pokrywał się z zasięgiem akademii medycznej. Teraz też są takie sytuacje, kiedy konsultantowi regionalnemu podlega więcej niż 1 województwo. Nie zachodzi taka sytuacja w naszym województwie, ale jest 16 województw, a tylko 11 akademii medycznych. Więc konsultanci regionalni będą np. obejmowali swym zasięgiem 2 województwa. Nie widzę możliwości wybuchu konfliktu, ani nie uważam tej sytuacji za konfliktogenną.

- Specjaliści wojewódzcy podlegają wojewodzie, a konsultanci regionalni ministrowi zdrowia.

- Właśnie, ponieważ różne są zadania ministra, który opracowuje strategię dla całego kraju i będzie chciał mieć swoich przedstawicieli w regionie, i wojewody, który ma inne zadania.

- Dziękuję za rozmowę.

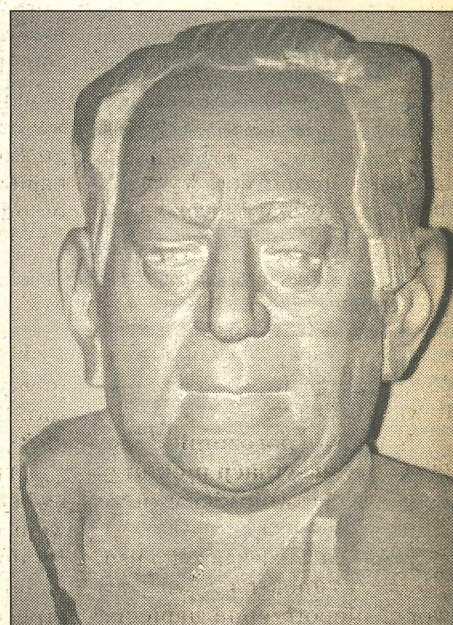
Ludwik Hirszfeld we wrocławskim Ratuszu



12 czerwca 1999 r. w Sali Wielkiej wrocławskiego Ratusza w galerii wybitnych wrocławian uroczystie odsłonięto popiersie wielkiego lekarza, współtwórcy nowoczesnej medycyny profesora Ludwika Hirszfelda, który po wojnie osiadł we Wrocławiu. Był współorganizatorem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu oraz twórcą Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN. Fundatorem rzeźby jest Rotary Klub w Wrocławiu. Popiersie zaprojektował prof. Jacek Dworski, wykonał artysta Tomasz Rodziński. Postać profesora Ludwika Hirszfelda przedstawił prof. dr hab. Krzysztof Wroniecki (drugi z lewej). Uroczystego odłonięcia dokonali dr Krystyna Bogdanowicz (druga z prawej) spadkobierczyni tradycji profesorstwa Hirszfeldów, oraz dwaj prezydenci Rotary Klub Wrocław ustępujący Jacek Ossowski (pierwszy z prawej) i nowo wybrany Roman Gramza (pierwszy z lewej).

W odsłonięciu popiersia wybitnego naukowca i nauczyciela akademickiego uczestniczyło wielu jego uczniów, lekarzy, doktorów i profesorów medycyny.

Zdjęcia. Krzysztof Drobiński



O nowych zasadach wypisywania recept mówi sekretarz Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej mgr JOANNA PIĄTKOWSKA

Recepta jest czekiem do banku



50, czy 100 procent na receptę z niebieskim paskiem, czy też inaczej. Jeśli lekarz chce wypisać receptę na 100% płatności to musi wypisać, albo receptę bez pieczętli nagłówkowej i bez numeru kasy, a jeżeli nie ma innych blankietów niż już osteploowane numerem kasy, to musi skreślić płatnika i skreślić numer umowy, wtedy jest dla apteki jednoznaczne, że recepta jest np. grzecznościowa - lekarz wystawił ją pacjentowi, któremu nie miał prawa wystawić recepty refundowanej, choć miał prawo go leczyć ponieważ ma prawo wykonywania zawodu. Gdy apteka otrzyma nieprawidłowo wypełnioną receptę z numerem umowy z płatnikiem i zakreślona 100% płatnością, jest domniemanie pomyłki lekarza, skoro recepta wyraźnie zawiera elementy, że jest to recepta na lek refundowany. Lekarz wystawiając receptę celowaną - ulgową, musi skreślić numer kasy, wtedy recepta staje się jednoznaczna.

Nowe rozporządzenia, które obowiązują od 3 lipca dotyczą zmiany rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, jak również zmiany rozliczania leków recepturowych.

Według nowego rozporządzenia recepty wystawiane przez lekarza dla najbliższej rodziny muszą zawierać wyłączenie dwa oznaczenia **identyfikujące tę receptę**: określenie „pro autore” i „pro familia” inne oznaczenia typu: „pro me”, „rodzina” nie są zgodne z rozporządzeniem i nie wiadomo, jak będą traktowane przez kontrolera Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych.

Rozporządzenie to porządkuje wypisywanie recept. Jeżeli lekarz pracuje w spółdzielni lekarskiej lub prowadzi praktykę prywatną, która nie ma umowy zawartej z kasą chorych, rozporządzenie wyraźnie określa, że recepta na lek refundowany musi zawierać pieczętkę zakładu opieki zdrowotnej bez numeru, ponieważ przychodnia, która nie ma zawartej umowy nie ma numeru. W miejscu pieczętli imiennej lekarza musi być jego pieczętka imienna z

numerem umowy z kasą chorych. W tym wariancie numer umowy z kasą chorych jest w pieczętce imiennej lekarza.

Dla lekarza emeryta - numer umowy z kasą chorych musi być elementem jego imiennej pieczętli i lekarz powinien przybić ją w miejscu pieczętli nagłówkowej, i w miejscu swojej imiennej pieczętli, więc powtórzyć ją dwa razy. **Tylko recepta z pieczętka nagłówkową i numerem kasy jest receptą refundowaną.**

Nie obowiązują już przepisy, że recepta „pro autore” nie musi mieć pieczętli nagłówkowej, w tej chwili, jeżeli recepta ma być refundowana, musi mieć pieczętkę nagłówkową i w przypadku lekarza emeryta musi to być imienna pieczętka dwa razy przybita.

Według tego rozporządzenia lekarz na receptę białą MZPom 31 może wypisać do **dwóch opakowań leku**, bądź może podać ilość jednostek dawkowania (tabletek, drażetek) i aptekarz wydaje dwa opakowania według ilości dawkowania.

Wyjątkiem od tego jest wypisanie recepty na lek stosowany doustnie w chemioterapii nowotworowej. Recepta na ten lek musi zawierać: ilość leku, wielkość dawki, jednostki dawkowania oraz liczbę jednostek dawkowania. Na receptach MZPom 35 ustawodawca wraca do możliwości wypisania do 5 leków na 1 receptę - maksymalnie do dwóch opakowań na jedną jednostkę chorobową lub do 2 opakowań leku antykoncepcyjnego.

W dalszym ciągu **obowiązuje przepis, że na 2-miesięczną kurację**, można wypisać dowolną ilość leku pod warunkiem, że sposób dawkowania wskazuje, że lek będzie użyty w ciągu 2 miesięcy stosowania.

Rozszerzono również możliwość wypisania **leków antykoncepcyjnych** (nie klimakterycznych), można je wystawić na jednej receptce w ramach długotrwałego działania leku **do 6 miesięcy stosowania**. Również leki refundowane antykoncepcyjne.

Lek wystawiony dla pacjenta, który ma uprawnienia inwalidy wojennego, a który z innych przepisów powinien być wystawiony na receptę z paskiem POM 34 mogą być wypisane na białą receptę.

Według poprzedniego rozporządzenia lekarz mógł wystawić pacjentowi na jednej receptce leki na dwumiesięczną kurację. Wyż. wym. rozporządzenie jeszcze to ogranicza. Jeżeli lekarz wypisze danemu pacjentowi więcej niż jedną receptę danego dnia, to wszystkie recepty wypisane pacjentowi danego dnia nie mogą zawierać danego leku więcej niż na dwumiesięczną kurację.

Uprawnienia farmaceutów zostały rozszerzone i obecnie farmaceuta może na receptce dopisać wiek pacjenta. Przy lekach silnie działających i truciznach pomocne dla farmaceuty jest podanie wieku pacjenta, może on wówczas zweryfikować, czy nie nastąpiła pomyłka przy wypisywaniu recepty. Obecnie recepty „zwykle” są **ważne do 30 dni**, natomiast recepty na antybiotyki, leki z pierwszej pomocy i pogotowia ratunkowego recepta jest ważna, jak dawniej, 7 dni. Recepty na leki z importu docelowego są ważne 60 dni.

Jeżeli leki recepturowe zawierają w swoim składzie lek gotowy, to są dla pacjenta płatne 100%, wyjątek stanowią takie recepty, które zawierają **dosis pediatrica**, tzn. jeżeli lekarz pisze receptę dla malutkiego dziecka stanowiąca rozsypek tabletek np. propranololu 2 mg choć najmniejsza tabletką jest 10 mg. to ta recepta jest również receptą ulgową.

Ustawodawca sformułował w ten sposób, że jeżeli w dawce leku recepturowego jest lek gotowy, w dawce mniejszej niż najmniejsza zarejestrowana, w postaci doustnej, to ten lek recepturowy jest lekiem ulgowym.

Notowała EP
Zdjęcie Elżbieta Pomorska

Recepty zgodnie z zarejestrowanymi dawkami leku

Rozporządzenie MZIOS z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie recept lekarskich (Dz.U. nr 164, poz. 1195 z 1998 r.) obowiązuje lekarzy do wystawiania recept z uwzględnieniem obowiązującego urzędowego wykazu leków, w zakresie zarejestrowanych dawek leku (§ 1 pkt 3). Natomiast zaordynowanie niezbędnej dla kuracji ilości leku rozporządzenie pozostawia w gestii lekarza (§ 4 ust. 1), przy jednoczesnym dopuszczaniu ewentualności nieokreślenia w receptce ilości leku niezbędnego dla kuracji (§ 14 ust. 2).

Ustalone powyższym rozporządzeniem formalne wymogi recepty, w praktyce lekarskiej skutkują ordynowanie leków w ilościach innych, niż zarejestrowane opakowania fabryczne. Aptekarze realizujący takie recepty zmuszeni są zatem do wydawania pacjentom leków bez opakowań fabrycznych albo w opakowaniach niekompletnych (np. w postaci odciętej części blistry). Zastępcze opakowanie apteczne nie może zapewnić pacjentom bezpiecznego przechowywania i stosowania wydanych im leków, w tym zachowania nazwy, serii i daty ważności na części odciętej opakowania.

W przekonaniu Prezydium DIA, sygnalizowane przez aptekarzy przypadki ordynowania leków w ilości nieznacznie tylko odbiegającej od wielkości zarejestrowanych opakowań fabrycznych, nie mogą być spowodowane wyłącznie rozmiarem „niezbędnej kuracji”, o jakiej mowa w § 4 ust. 1 rozporządzenia z dn. 30.12.1998 r.

W tym stanie rzeczy, mając na uwadze przede wszystkim dobro pacjentów, Prezydium DIA występuje wobec DIL z prośbą o rozpowszechnienie wśród członków samorządu lekarskiego informacji o możliwości i celowości ordynowania leków w ilościach przewidzianych w wykazach leków refundowanych. Tylko taka praktyka zapewni bezpieczeństwo obrotu lekami.

Z poważaniem
Prezes Rady Aptekarskiej DIA
dr hab. farm. Janusz Piłta

Stefania Rydarowska

Nasz rodowód

Dwa tygodnie przed ślubem mojej najmłodszej córki Mai dostałam do przeczytania od ojca jej przyszłego męża książkę Stefani Rydarowskiej „Nasz rodowód”. Jej autorka to siostra jego matki. I tak dzięki rodzinnym koneksjom mogłam przeczytać wydane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie ciekawe wydawnictwo z bogatymi przypisami i fotografiami. Jest to bardzo osobiste przedstawienie historii rozwoju pielęgniarstwa w Tarnowie na tle kształtowania się tego zawodu - powołania na ziemiach polskich - od przytułków XVI-wiecznych do szpitali nam współczesnych. Od przytułków dla biedaków, wojskowych lazaratów polowych podczas wielu zmagani wojennych w naszej historii poprzez I i II wojnę światową aż do pielęgniarstwa powojennego z zaznaczeniem szczególnej roli szkolnictwa zawodowego. Opisano tu i działalność zgromadzeń zakonnych opiekujących się chorymi, i działalność PCK, przysposobienia wojskowego, harcerek, ZWZ i AK, a później Polskiego Towarzy-

stwa Pielęgniarskiego ziemi tarnowskiej. Oby jak najwięcej takich książek trafiło na półki księgarskie, ale nie tylko tam, również w ręce naszej lekarskiej młodzieży, aby ocalić od zapomnienia piękne karty z dziejów naszych koleżanek w służbie choremu i cierpiącemu. Jednocześnie przeczytałam zbiór wierszy więziennych i obozowych (Pawiak, Majdanek, Ravensbrück, Bergen-Belsen) Elżbiety Popowskiej, których rękopisy ocalała z obozów zagłady współwięźniarka - siostra Stefani - Maria Rydarowska, a obecnie wydała je trzecia z siostr Wanda Rydarowska-Mróż. Sądzę, że w każdej polskiej rodzinie są takie piękne, złote korzenie. Musimy je tylko odszukać i pamiętać.

A. W.

Stefania Rydarowska, „Nasz rodowód”, Tarnów 1995, wyd. Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych.
Elżbieta Popowska, „Wiersze więziennicze i obozowe”, Gorlice 1997, wyd. W. Rydarowska-Mróż.

Andrzej Wojnar

Tyle ile trzeba
czyli
quantum
satis



Biblioteka Komisji Historycznej DIL

Tyle ile trzeba czyli quantum satis

Wyszedł pierwszy tom Biblioteki Komisji Historycznej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Jest to zbiór felietonów drukowanych w gazecie DIL „Medium”. Ukazywały się one w czasie, gdy dr Andrzej Wojnar był jej naczelnym. Zbiór nosi tytuł „Tyle ile trzeba czyli quantum satis”. Wszyscy, którzy otrzymywali gazetę z pewnością znają comiesięczne wypowiedzi jej naczelnego. Kiedy jednak powstała myśl wydawania drukiem dokumentacji historycznej DIL, wybór padł właśnie na te felietony, ponieważ żywy, prowadzony na gorąco opis zdarzeń wprowadza w atmosferę przemian. Jednocześnie wypowiedzi autora są bardzo osobiste, ciepłe, przez jego tekst przewijają się jego bliscy - żona, córki. Taka intymna rozmowa z czytelnikami jest zabiegiem autorskim, który wciąga do dialogu.

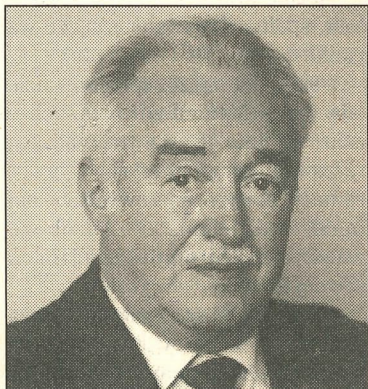
Samorząd lekarski, który ma stuletnią już historię, musiał być po długiej przerwie odbudowywany na nowo, istnieje już 10 lat i właśnie zbiór Andrzeja Wojnara mówi tyle ile trzeba o tej historii.

Komisja Historyczna DIL przygotowuje już następne tomy ze swej biblioteki.

Książka dr Andrzeja Wojnara jest do kupienia w DIL.

Krajobraz podstawowej opieki zdrowotnej jawi się dość klarownie. Została zrealizowana do końca idea ograniczenia dostępu pacjenta do specjalistów i badań diagnostycznych. W efekcie tego, przecież urzędniczego zabiegu, wielu chorych leczonych dotychczas przez specjalistów została przejęta przez podstawową opiekę zdrowotną, co spowodowało obniżenie jakości świadczeń, gdyż w wielu przypadkach lekarz POZ ogranicza się do powtórzenia leków zapisanych przez specjalistę, bez uwzględnienia dynamiki procesu chorobowego. Stało się też przyczyną popełniania omyłek diagnostycznych i terapeutycznych.

Czy w zreformowanej służbie zdrowia dobro pacjenta jest najwyższym prawem?



Janusz Bielawski

Zdarzają się takie sytuacje, że lekarz ogólny, aby nie skierować pacjenta do okulisty bierze się za leczenie jaskry. Można by się spodziewać podobnych efektów, gdybym będąc chirurgiem urazowym zabrał się na przykład do przeszczepiania serca i jeszcze przy okazji robił to taniej. Nie sądzę, aby to było zgodne z najogólniej pojętym interesem pacjenta.

Po nowym roku łacnie z ograniczeniem środków na leczenie pojawiła się konieczność zaangażowania się w niewyobrażalną, często niczemu nie służącą biurokrację. Na pacjentach wymusiło to wędrowki tam i z powrotem - do lekarza POZ po skierowanie do specjalisty, od specjalisty po odbyciu konsultacji znowu do lekarza POZ po skierowanie na przykład na rehabilitację, itd. Tylko nie wiadomo, czy dzieje się to wszystko na skutek mechanizmów, jakie uruchomiła reforma, czy też jest wynikiem ich nieznamość. Tym niemniej z relacji, jakie mam od pacjentów lekarz POZ niezbyt często jawi się jako przyjazny pacjentowi opiekun i doradca. I jest to wyraźny rozdźwięk pomiędzy zadowoleniem pani minister Knysok i oficjalną propagandą a realiami życia codziennego.

I wreszcie, jak się tak pacjent nachodzi, dostaje skierowanie do szpitala. W reformie pieniądze idą za pacjentem - a obowiązujący system per capitam sprawia, że niezależnie od tego, na co pacjent jest chory i jak kosztownego wymaga leczenia szpital otrzymuje określoną, ustaloną z kasą chorych kwotę, z tym że w poszczególnych kasach chorych jest ona różna. Dla przykładu stawka za przyjęcie pacjenta na oddział urazowo-ortopedyczny w Śląskiej Kasie Chorych jest wyższa o 500 zł niż na Dolnym Śląsku, przy tym samym stopniu referencji oddziału. Zapytany dlaczego tak się dzieje, wysoki urzędnik Dolnośląskiej Kasy Chorych odpowiedział, że jest to wynik obowiązku uczest-

niczenia zgodnie z art. 135 ustawy o PUZ w wyrównaniu finansowym dokonywanym między kasami chorych (kasy o większych dochodach przekazują pieniądze kasom uboższym). Ten wywód, jak dla mnie, brzmi nieprzekonywająco. Albo algorytm wyrównania finansowego pomiędzy kasami zastosowany na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27.10.1998 r. nie zadziałał jak trzeba, albo są jakieś bliżej nieznane mi przyczyny tego zjawiska.

Ale wracając do pacjenta, który ma w rękę skierowanie - należy zadać pytanie, czy każdy z nich jest jednakowym „chlebodawcą” - odpowiedź brzmi - nie.

W rozumieniu ekonomicznego interesu szpitala najlepszym kandydatem do leczenia jest pacjent, który będzie leczony krótko, tanio i skutecznie, a najlepiej, żeby był tylko trochę chory. Jak sądzę, często to skutecznie kłóci się z tym, krótko i tanio, a jeśli już skutecznie i krótko, to zazwyczaj nie tanio.

Ponieważ za każde przyjęcie pacjenta do kasy szpitala wpływają pieniądze, niekiedy chęć szybkiego zysku przybiera groteskowe formy, o czym można poczytać w majowym Biuletynie Kas Chorych, jak to „w jednym z warszawskich szpitali tego samego pacjenta przyjmowano trzy razy. Po raz pierwszy przyjęto go 2 lutego i tego samego dnia wypisano. Później przyjęto go do szpitala 3 lutego, wypisano 5 i jeszcze raz przyjęto tego samego dnia”. Jest to przykład prymitywnego sposobu działania, gdyż uważa się przy tym, że sprawa nie ujrzy światła dziennego, a Kasa pozwoli się naciągnąć. Ale też należy stwierdzić, że sposób finansowania leczenia szpitalnego per capitam jeszcze do tego bez uwzględnienia kosztów koniecznych do zastosowania procedur w procesie leczenia, wymaga różnego rodzaju obejść. Jedno nie nastęrcza żadnych wątpliwości, aby leczyć w szpitalu jednego ciężko chorego trzeba przyjąć kilku, kilkunastu tych, co są tylko trochę chorzy. Później przyjęcia pacjenta do szpitala przed upływem 30 dni są możliwe, gdy jest przyjmowany z powodu innej choroby. Można sobie wyobrazić hipotetyczną sytuację, że pacjent leczony z powodu zapalenia płuc, wychodząc ze szpitala potknął się i złamał bez przemieszczenia przedramię. (Nie daj Boże, aby to było złamanie szyjki kości udowej, bo wtedy to żaden zysk, a tylko przyczyna powstawania deficytu) i wtedy jest się formalnie w porządku.

Ale bywają inne, tym razem realne zdarzenia. Dziecko doznaje złamania nadkłykciowego kości ramiennej, zostaje przyjęte do oddziału chirurgii ogólnej w mieście Z. Jest dwukrotnie ponawiana próba repozycji, jak wynika ze zdjęć bezskuteczna, po założeniu podłużnika gipsowego pacjent zostaje wypisany do domu, oczywiście bez poinformowania, że złamanie nie zostało nastawione. Rodzice zaniepokojeni rosnącym obrzękiem, pojawieniem się pęcherzy na skórze i skargami dziecka na dotkliwie bóle zjawili się w naszym szpitalu. Na zdjęciach wykonanych w szpitalu w Z. już po „leczeniu” można było stwierdzić duże przemieszczenie rotacyjne przy praktycznym braku kontaktu odłamów ze sobą. Czyli były pełne wskazania do leczenia operacyjnego, a zatem lekarze w pierwszym szpitalu bardzo się starali, a w efekcie, powiększyli jedynie obszar uszkodzeń tkanek miękkich, a szpital od Kasy pieniądze wziął jak za leczenie. Jest to może najbardziej drastyczny przykład łapania pacjenta, niezależnie od tego czy umie się go leczyć, czy też nie. W schorzeniach, gdzie nie zachodzi konieczność wykonania w trybie pilnym operacji, gdzie na skutek odroczenia właściwej terapii nie zagraża pogorszenie stanu zdrowia, pacjenci są hospitalizowani, gdzie popadło.

Tak jakoś nagle kolegom innych specjalności przybyło wiedzy i chęci zajmowania się pacjentami, których jeszcze w ubiegłym roku za Boga by nie przyjęli do swojego oddziału. Bo obecnie to wszystko przekłada się na zysk oddziału i szpitala, a co za tym idzie na wysokość premii. Już w tej chwili wiadomo, że są oddziały szpitalne, które przynoszą zysk i te które przynoszą

jętych działań zmierzających do zbilansowania się oddziału”. Więc trzeba było podjąć pewne zabiegi organizacyjne. Pacjenci do planowanych zabiegów operacyjnych są przyjmowani w takich terminach, że na operację nie oczekują - zabieg wykonuje się następnego dnia po przyjęciu. Został skrócony pobyt w szpitalu. Dobrze jeśli została wykonana artroskopia, która zazwyczaj wymaga 2-3-dniowej hospitalizacji. Ale np. gdy przy gładkim przebiegu po stabilizacji złamania podudzia wypisujemy na 5-6 dzień - jest to związane z pewną dozą ryzyka, gdyż pacjent może przeoczyć pierwsze objawy mogących się rozwijać powikłań. To, że lekarz zostaje pozbawiony komfortu psychicznego, gdyż wypisuje niedoleczonego pacjenta jest najmniej ważne. Takie rozwiązanie jest akceptowane przez pacjentów, mimo że obarcza ich koniecznością zgłaszania się do kontroli. Jednak w tej sytuacji wypisywany wcześniej po operacji ma to poczucie, że jest prawidłowo leczony. Ale są sytuacje, że trzeba wypisywać pacjenta na siłę. Dotyczy to pacjentów kilku kategorii, np. przyjętych z ostrymi bólami kręgosłupa, osób w podeszłym wieku ze złamaniami szyjki kości udowej i tych operowanych i tych zdyskwalifikowanych do leczenia operacyjnego. Opierając się na konkretnym przykładzie - rozległe owrzodzenie goleni około 40 x 8 cm u 65-letniego mężczyzny z objawami niedokrwienia tętniczego kończyny. Ten pacjent przed kilku laty operowany z powodu zespołu Leriche'a miał wszczepioną protezę Y. Nie zgodził się na amputację mówiąc, a właśnie poprawiło mi się, mam codziennie zmieniane opatrunki, dostaję leki, mniej mnie boli. I jest poło-

resem pacjenta. Chociaż przed reformą nie było najlepiej, to jednak zależało od bezpośredniej relacji pacjent - lekarz. Obecnie funkcjonuje system, gdzie interes pacjenta stał się, mimo tu i ówdzie wypowiedzianych propagandowych sloganów jak to jest dobrze, najmniej ważny, tak jak gdyby był postrzegany przez odwróconą lornetkę. Bliższe są względy rzutuujące na wysokość zarobków i ekonomiczną pomysłowość szpitala.

Wracając do problemu deficytu wynikającego z działalności medycznej oddziału. Wiadomo, że z tego co „zarobi” oddział, przyjmując jak najwięcej pacjentów na krótki pobyt bez oglądania się na efekty leczenia, należy spłacić wszystko - poczynając od pensji menedżera, skończywszy na utrzymaniu działu gospodarczego, utylizacji i wywozie odpadków. Sposób naliczania kosztów pośrednich jest daleki od doskonałości. I nie ma w tym nic dziwnego, bo dotychczas nikt tego nie robił. Łatwo więc w tym zamęcie coś dwa razy policzyć, dopisać datę urodzenia ordynatora, którego się nie lubi.

Ale bez żartów. Nie wiem, jak jest gdzie indziej. Koszty wykonania operacji w naszym szpitalu zostały ustalone z uwzględnieniem zużycia materiałów i funkcjonowania całego bloku operacyjnego, pracującego w systemie permanentnego ostrego dyżuru. I wtedy okazuje się, że wykonanie niektórych operacji od razu wpędza oddział w deficyt. Na przykład - operacja naprawcza zakażonego stawu rzekomego podudzia to: wykonanie sympatektomii - 653 zł, pobranie przeszczepu kości z biodra 227 zł, stabilizacja podudzia 690 zł, znieczulenie ogólne 340 zł - razem 1910 zł. A przecież leczenie pacjenta nie kończy się na wykonaniu operacji. Kasa Chorych zapłaci szpitalowi 1578 zł, jeśli zostanie uznane, że pacjent jest urazowy, a 1027, jeśli ortopedyczny. Nic więc dziwnego, że dyrektorzy szpitali nie są wielbicielami oddziałów urazowo-ortopedycznych, tym bardziej że operacja stawu rzekomego nie należy do najdroższych procedur leczniczych w ortopedii. Z tego płynie gorzki wniosek, że im się bardziej napracujesz, tym mniej będziesz miał i wtedy przychodzi do głowy taka myśl - korzystniejsze dla lekarza jest udawanie, że leczy pacjenta, podobnie jak kasy chorych udają, że za to płacą, podobnie jak premier i minister zdrowia udają, że protesty pielęgniarek to nie ich problem. No to co? Udana reforma!

W rozumieniu ekonomicznego interesu szpitala najlepszym kandydatem do leczenia jest pacjent, który będzie leczony krótko, tanio i skutecznie, a najlepiej, żeby był tylko trochę chory.

straty. Winien jest wówczas ordynator, że personel nie otrzymuje premii, bo jest mało kreatywny.

Na początku marca otrzymałem od dyrektora pismo: „W związku ze stwierdzonym deficytem finansowym oddziału w styczniu bieżącego roku wynoszącym - 126791 zł, w realiach funkcjonowania Kas Chorych - proszę o pilną analizę zaistniałej sytuacji - przedstawienie planów jak i pod-

żenie patowe. Mógłby ktoś powiedzieć, że nie trzeba było przyjmować do leczenia bez wcześniejszej zgody na amputację lub wypisać np. po tygodniu. Tyle tylko, że w takich przypadkach decyzja lekarza co do postępowania z pacjentem jest pozamedyczna i ma charakter urzędniczy. Należałoby w tym miejscu odpowiedzieć na zadane w tytule pytanie - jak to jest z tym dobrem, inte-



**Radca prawny DII
mec. Beata Kozyra-Lukasiak**

I. Z dniem 28 maja 1999 r. weszła w życie ustawa z dnia 10 kwietnia 1999 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, opublikowana w Dzienniku Ustaw nr 45 poz. 439.

W oparciu o zmienione przepisy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym felczer lub starszy felczer udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie ustalonym ustawą o zawodzie felczera, w zakładzie opieki zdrowotnej, który zawarł z kasą chorych umowę o udzielanie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych jest felczerem ubezpieczenia zdrowotnego i ma prawo do skierowania pacjenta na leczenie szpitalne, badania diagnostyczne i zabiegi ambulatoryjne oraz wystawiania recept na zaopatrzenie w leki i materiały medyczne.

Felczer nie będący felczerem ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo do wystawiania recept ubezpieczonemu pacjentowi po zawarciu umowy z kasą chorych, upoważniającej go do wystawiania takich recept.

Ponadto na podstawie zlecenia felczera przysługują ubezpieczonemu bezpłatne przejazdy środkiem transportu sanitarnego w przypadkach przewozu osób wymagających natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej i przewozów wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia w przypadkach schorzeń zagrażających zdrowiu lub życiu.

Na podstawie zlecenia felczera ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonemu przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadku przewozu osób z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia do najbliższego zakładu udzielającego świadczeń w tym zakresie i z powrotem.

II. Dnia 11 czerwca 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie trybu powoływania i organizacji komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych oraz trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 47 poz. 479.

Zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. nr 28 z 1997 r. poz. 152 z późniejszymi zmianami) oraz przepisami wymienionego rozporządzenia,

jeżeli okręgowa rada lekarska stwierdzi, że istnieje uzasadnione podejrzenie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający wykonywanie zawodu lekarza, w szczególności chorobę psychiczną, narkomanię, alkoholizm, niedoświadczenie lub kalectwo powołuje w drodze uchwały komisję złożoną z lekarzy specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny, będących członkami właściwej okręgowej izby lekarskiej i wykonujących zawód lekarza co najmniej od 7 lat.

Przewodniczącym komisji powinien być członek właściwej okręgowej rady lekarskiej, w miarę możliwości posiadający specjalizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny.

Okręgowa rada lekarska niezwłocznie powiadamia lekarza, którego postępowanie dotyczy o powołaniu komisji, a przewodniczący komisji zawiadamia lekarza o jej składzie osobowym.

Lekarz, którego dotyczy postępowanie może złożyć wniosek o wyłączenie członka komisji, może również wskazać lekarza nie będącego członkiem komisji jako swojego męża zaufania, który ma prawo uczestniczyć we wszystkich czynnościach komisji, z wyjątkiem wydania orzeczenia.

W celu wydania orzeczenia komisja przeprowadza badanie lekarskie, oraz może skierować lekarza na badania w zakładzie opieki zdrowotnej. Komisja wydaje orzeczenie na podstawie przeprowadzonego badania i dokumentacji medycznej nie później niż w ciągu trzech miesięcy od dnia jej powołania. Orzeczenie podpisują wszyscy członkowie komisji, w razie braku jednomyślności każdy z nich ma prawo złożyć na piśmie zdanie odrębne z uzasadnieniem. W razie nieusprawiedliwionego niestawienia lekarza przed komisją lub odmowy poddania się dodatkowym badaniom w zakładzie opieki zdrowotnej, komisja powiadamia o tym niezwłocznie okręgową radę lekarską. Orzeczenie z uzasadnieniem, dokumentację medyczną oraz protokół prowadzonego postępowania komisja niezwłocznie przekazuje okręgowej radzie lekarskiej. Z dniem podjęcia przez okręgową radę lekarską uchwały o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności medycznych, albo o umorzeniu postępowania, komisja ulega rozwiązaniu.

III. Dnia 11 czerwca 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 47 poz. 480.

Zgodnie z art. 29 ustawy o zawodzie lekarza, eksperyment medyczny może być przeprowadzony wyłącznie po wyrażeniu pozytywnej opinii o projekcie przez niezależną komisję bioetyczną. Do składu komisji powołuje się osoby posiadające wysokie autorytet moralny i wysokie kwalifikacje specjalistyczne.

Komisja bioetyczna wyraża opinię o projekcie eksperymentu medycznego w drodze uchwały, przy

uwzględnieniu kryteriów etycznych oraz celowości i wykonalności projektu.

Komisje bioetyczne powołują:

1. okręgowa rada lekarska na obszarze swojego działania, z wyłączeniem podmiotów, o których mowa w pkt 2 i 3,

2. rektor wyższej uczelni medycznej lub wyższej uczelni z wydziałem medycznym,

3. dyrektor medycznej jednostki badawczo-rozwojowej.

Komisja bioetyczna przy okręgowej izbie lekarskiej jest powoływana na okres trzech lat w drodze uchwały okręgowej rady lekarskiej, a komisje bioetyczne przy uczelni lub medycznej jednostce badawczo-rozwojowej w drodze zarządzenia wewnętrznego rektora uczelni lub dyrektora jednostki.

Członkami komisji bioetycznej są lekarze specjaliści, duchowni, filozofowie, prawnicy, farmaceuci i pielęgniarki posiadający co najmniej 10-letni staż pracy w zawodzie.

W skład komisji wchodzi od 11 do 15 członków.

Komisja bioetyczna wybiera ze swego składu przewodniczącego będącego lekarzem i zastępcę, który jest przedstawicielem innego zawodu.

Osoba lub inny podmiot zamierzający przeprowadzić eksperyment medyczny składa do komisji bioetycznej wniosek o wyrażenie opinii o projekcie eksperymentu.

Wniosek powinien zawierać oznaczenie osoby lub innego podmiotu zamierzającego przeprowadzić eksperyment, tytuł projektu, opis i uzasadnienie co do celowości i wykonalności projektu, imię i nazwisko, adres oraz kwalifikacje zawodowe i naukowe osoby kierującej eksperymentem, informację o warunkach ubezpieczenia osób mających uczestniczyć w eksperymencie, dane o spodziewanych korzyściach leczniczych i poznawczych oraz ewentualnie przewidywanych innych korzyściach dla osób poddanych eksperymentowi.

Do wniosku należy dołączyć projekt eksperymentu, informację dla osób poddanych eksperymentowi o jego celach i zasadach, spodziewanych korzyściach oraz ryzyku związanym z poddaniem się eksperymentowi, wzór formularza zgody pacjenta na udział w eksperymencie oraz przetwarzanie związanych z tym danych oraz wzór oświadczenia o przyjęcie warunków ubezpieczenia.

Dokumentację eksperymentu składa się do:

- komisji bioetycznej przy okręgowej izbie lekarskiej, na której obszarze zakład opieki zdrowotnej, grupa praktyka lekarska albo lekarz wykonujący indywidualną/specjalistyczną praktykę lekarską zamierzają wykonać eksperyment medyczny,

- komisji bioetycznej przy uczelni, jeżeli projekt eksperymentu przedkłada pracownicy albo jednostka organizacyjna tej uczelni,

- komisji bioetycznej przy medycznej jednostce badawczo-rozwojowej, jeżeli projekt eksperymentu przedkłada pracownicy albo jednostka organizacyjna tej jednostki badawczo-rozwojowej.

Komisja bioetyczna wyraża opinię w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania kompletnej dokumentacji eksperymentu.

Uchwała wyrażająca opinię podejmowana jest w drodze tajnego głosowania, przy udziale ponad połowy składu komisji, w tym przewodniczącego lub jego zastępcy i co najmniej dwóch członków komisji nie będących lekarzami.

Postępowanie w sprawie wyrażenia opinii jest poufne. Odwołanie od uchwały komisji bioetycznej powinno być rozpatrzone przez Odwoławczą Komisję Bioetyczną powołaną przez MZiOS po zasięgnięciu opinii NRL nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia jego wniesienia.

Środki finansowe przeznaczone na finansowanie działalności komisji bioetycznej pochodzą z opłat wnoszonych przez podmiot zamierzający przeprowadzić eksperyment medyczny, natomiast postępowanie przed Odwoławczą Komisją Bioetyczną finansowane jest przez MZiOS.

IV. Z dniem 29 czerwca 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 maja 1999 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 54, poz. 571.

Staż podyplomowy trwa 18 miesięcy i obejmuje pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz praktyczną naukę udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinach: chorób wewnętrznych, w tym szkolenie w zakresie transfuzjologii klinicznej oraz w zakresie profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia choroby AIDS, pediatrii w tym neonatologii, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, intensywnej terapii, medycyny ratunkowej oraz w dziedzinie medycyny rodzinnej w warunkach stacjonarnej, ambulatoryjnej i domowej opieki zdrowotnej.

Staż podyplomowy lekarza stomatologa trwa 12 miesięcy i obejmuje pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz praktyczną naukę udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie stomatologii ogólnej z uwzględnieniem stomatologii zachowawczej, stomatologii dziecięcej, periodontologii, ortodoncji, chirurgii stomatologicznej, protetyki stomatologicznej oraz w dziedzinach intensywnej terapii i medycyny ratunkowej, a także szkolenie w zakresie profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia choroby AIDS.

Staż lekarza, lekarza stomatologa obejmuje również szkolenie w zakresie orzecznictwa lekarskiego dotyczącego orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu, bioetyki i prawa medycznego.

Czas trwania stażu ulega przedłużeniu w razie:

- nieprzerwanej niezdolności do pracy lekarza, lekarza stomatologa przez okres dłuższy niż 14 dni,

- urlopu macierzyńskiego,

- powołania lekarza, lekarza stomatologa po zakończeniu studiów do odbycia przeszkolenia wojskowego,

- przebywania lekarza, lekarza stomatologa na urlopie wychowawczym, nie dłużej jednak niż 1 rok,

- przebywania lekarza, lekarza stomatologa na urlopie bezpłatnym, nie dłużej jednak niż 3 miesiące.

Podmiotami uprawnionymi do prowadzenia stażu, w tym staży cząstkowych są zakłady opieki zdrowotnej, lekarz stomatolog wykonujący indywidualną praktykę lekarską, lekarz,

lekarz stomatolog wykonujący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską - po wpisaniu na listę ustaloną przez marszałka województwa oraz zakład opieki zdrowotnej podległy Ministrowi Obrony Narodowej (dot. absolwentów studiów lekarskich pełniących czynną służbę wojskową).

Lekarz, lekarz stomatolog odbywa staż na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony, równy okresowi trwania stażu.

Umowa o pracę może być zawarta wyłącznie z uprawnionym podmiotem, spełniającym następujące warunki:

1. staż lekarza - ze szpitalem udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie umożliwiającym realizację ramowego programu stażu lekarza w ramach staży cząstkowych co najmniej w dziedzinach: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i intensywnej terapii,

2. staż lekarza stomatologa - z zakładem opieki zdrowotnej albo lekarzem stomatologiem wykonującym indywidualną lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, udzielającym świadczeń w zakresie umożliwiającym realizację ramowego programu stażu cząstkowego lekarza stomatologa w dziedzinie stomatologii ogólnej co najmniej w zakresie: stomatologii zachowawczej, chirurgii stomatologicznej, stomatologii dziecięcej i protetyki stomatologicznej,

3. mającym zawarte umowy z innymi uprawnionymi podmiotami w celu umożliwienia zrealizowania przez lekarza lub lekarza stomatologa, w ramach oddelegowania, tej części ramowego programu stażu, której realizacji nie może zapewnić w zakresie udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.

Okręgowa rada lekarska wskazuje lekarzowi, lekarzowi stomatologowi, któremu przyznała ograniczone prawo wykonywania zawodu, na obszarze swojego działania, uprawniony podmiot, uwzględniając w kolejności lekarzy i lekarzy stomatologów, którzy posiadają stałe miejsce zamieszkania na tym obszarze i ukończyli studia z kolejno najwyższą średnią ocen.

Właściwa okręgowa rada lekarska wydaje lekarzowi, lekarzowi stomatologowi kartę stażu podyplomowego.

Uprawniony podmiot po zawarciu umowy z lekarzem, lekarzem stomatologiem w porozumieniu z okręgową radą lekarską wyznacza koordynatora szkolenia.

W przypadku, gdy umowa ze stażystą jest zawarta z lekarzem stomatologiem prowadzącym indywidualną lub specjalistyczną praktykę lekarską funkcję koordynatora pełni ten lekarz. Stażysta odbywa staż cząstkowy pod kierunkiem opiekuna, który jest lekarzem albo lekarzem stomatologiem, posiadającym specjalizację w dziedzinie medycyny właściwej dla realizacji określonej części ramowego programu.

Opiekunem w indywidualnej praktyce lekarskiej, wykonywanej przez lekarza stomatologa lub w indywidualnej specjalistycznej praktyce lekarskiej wykonywanej przez lekarza, lekarza stomatologa jest lekarz, lekarz stomatolog prowadzący tę praktykę.



NOWE PRZEPISY PRAWNE

Stażysta jest obowiązany prowadzić kartę stażu, zapoznać się z przepisami regulującymi odbywanie stażu, jego programem, ze swoimi obowiązkami i uprawnieniami, aktywnie uczestniczyć w pracach podmiotów, w których odbywa staż, przestrzegając zasad wykonywania zawodu lekarza określonych w ustawie i Kodeksie Etyki Lekarskiej, stosować się do wskazówek i poleceń ordynatora, kierownika przychodni i opiekuna w postępowaniu wobec powierzonych mu pacjentów, wykonywać niezwłocznie polecenia opiekuna i innych lekarzy w trakcie nauki wykonywania zabiegów operacyjnych lub stosowania metody diagnostycznej bądź leczniczej stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, brać udział w obchodach lekarskich, naradach i konsultacjach, zebraniach naukowo-szkoleniowych, uczestniczyć w programowych zajęciach teoretycznych i przygotowywać prace pisemne zlecane przez opiekuna, prowadzić na bieżąco i z należytą starannością dokumentację medyczną dot. powierzonych mu pacjentów, a w szczególności konsultować z opiekunem treść informacji, którą zamierza przekazać samemu pacjentowi lub jego rodzinie, pełnić dyżury, uczestniczyć w obowiązkowych wykładach lub innych formach szkolenia wskazanych przez opiekuna bądź koordynatora, poddawać się sprawdzianom i kolokwium.

Stażysta ma obowiązek udzielania pomocy lekarskiej, w granicach posiadanej wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie odbywania stażu, w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Stażysta udziela pomocy lekarskiej do czasu przybycia pogotowia ratunkowego lub objęcia pacjenta pomocą lekarską przez innego lekarza, lekarza stomatologa uprawnionego do samodzielnego wykonywania zawodu.

Stażysta jest uprawniony do wykonywania zawodu wyłącznie w miejscu odbywania stażu z wyjątkiem prowadzenia prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

W szczególności stażysta jest uprawniony do badania pacjenta oraz udzielania porad lekarskich, po konsultacji z opiekunem i uwzględnieniu jego wskazówek lub poleceń, wydawanie, po konsultacji z opiekunem, zleceń lekarskich, skierowań na badanie laboratoryjne oraz na inne badania diagnostyczne, z wyjątkiem badań wymagających metody diagnostycznej stwarzającej

podwyższone ryzyko dla pacjenta, samodzielnego stosowania, na zlecenie opiekuna, metod diagnostycznych i leczniczych, których praktyczna umiejętność wykonywania została potwierdzona w karcie stażu, wykonywania wspólnie z opiekunem zabiegów operacyjnych i stosowania metod leczniczych i diagnostycznych objętych programem stażu, prowadzenia, pod nadzorem opiekuna, historii choroby i innej dokumentacji medycznej, udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta po konsultacji z opiekunem, zlecenia czynności pielęgnacyjnych, do doraźnego podania lub zlecenia podania pacjentowi leków w stanach nagłych, a w przypadku leków silnie lub bardzo silnie działających po zasięgnięciu w miarę możliwości opinii innego lekarza, lekarza stomatologa.

Stażysta nie jest uprawniony do wystawiania recept oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich.

Staż cząstkowy powinien być zakończony złożeniem kolokwium z zakresu wiedzy teoretycznej i umiejętności określonych ramowym programem stażu, w terminie przewidzianym w indywidualnym harmonogramie realizacji stażu.

Staż obejmujący szkolenie w zakresie transfuzjologii klinicznej oraz profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia choroby AIDS, orzecznictwa lekarskiego, bioetyki i prawa medycznego powinien być zakończony złożeniem sprawozdania w terminie określonym indywidualnym harmonogramem stażu.

Państwowy egzamin kończący staż jest składany w formie pisemnego testu jednolitego w całym kraju, ustalonego na każdą sesję egzaminacyjną, odrębnie dla lekarzy i lekarzy stomatologów.

Egzamin odbywa się jednocześnie w całym kraju dwa razy do roku w terminie i miejscach ustalonych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na wniosek Krajowej Rady Egzaminatorów Lekarskich.

W skład komisji egzaminacyjnej właściwej dla obszaru działania okręgowej izby lekarskiej, której lekarz, lekarz stomatolog jest członkiem, każdorazowo powoływanej przez MZiOS spośród osób wskazanych przez Krajową Radę, wchodzi: przedstawiciel Krajowej Rady jako przewodniczący oraz jako członkowie przedstawiciele: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, rektora właściwej wyższej uczelni medycznej lub wyższej uczelni z wydziałem medycznym, właściwego wojewody i okręgowej rady lekarskiej.

Lekarz, lekarz stomatolog, który nie złożył egzaminu w terminie 5 lat od daty rozpoczęcia stażu może do niego przystąpić po ponownym od-

byciu stażu, w ramach umowy o szkolenie, zawartej z uprawnionym podmiotem.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej przekazuje po uzyskaniu odpowiednich informacji właściwemu uprawnionemu podmiotowi oraz właściwej okręgowej radzie lekarskiej, środki finansowe zapewniające odbywanie stażu na podstawie umów o pracę przez lekarzy i lekarzy stomatologów.

Cudzoziemiec może odbywać staż na zasadach określonych rozporządzeniem, w szpitalu klinicznym lub w instytucie stomatologii wyższej uczelni medycznej, po uzyskaniu zgody MZiOS, na zasadach określonych w przepisach o podejmowaniu i odbywaniu studiów, uczestniczeniu w badaniach naukowych i szkoleniach, przez osoby nie będące obywatelami polskimi.

Cudzoziemiec, który uzyskał zezwolenie na osiedlenie się na obszarze RP, może odbywać staż na zasadach obowiązujących obywateli polskich w ramach innych środków finansowych niż przekazywane przez MZiOS lub w ramach umowy o szkolenie zawartej pomiędzy uprawnionym podmiotem a lekarzem cudzoziemcem.

Lekarz, lekarz stomatolog, który rozpoczął staż podyplomowy lub praktykę przygotowawczą lekarsko-dentystyczną przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, odbywa staż lub praktykę na dotychczasowych zasadach.

Załącznik nr 1 zawiera ramowy program stażu podyplomowego lekarza.

Załącznik nr 2 zawiera ramowy program stażu podyplomowego lekarza stomatologa.

Załącznik nr 3 zawiera wzór karty stażu podyplomowego lekarza.

Załącznik nr 4 zawiera wzór karty stażu podyplomowego lekarza stomatologa.

Załącznik nr 5 zawiera wzór świadectwa złożenia egzaminu państwowego lekarza.

Załącznik nr 6 zawiera wzór świadectwa złożenia egzaminu państwowego lekarza stomatologa.

V. Z dniem 15 czerwca 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 czerwca 1999 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 52 poz. 543.

Rozporządzenie obowiązuje od 1 marca 1999 r. (przepisy dotyczące nagród jubileuszowych od 1 października 1999 r.) i dotyczy wyłącznie pracowników zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego oraz zakładów utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, przedsiębiorstwo państwowe PKP, jednostkę samorządu terytorialnego w celu udzielania świadczeń zdrowotnych swoim pracownikom.

Załącznik nr 1 zawiera tabelę miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego.

Załącznik nr 2 zawiera tabelę zaszerogowania stanowisk pracy dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej, z wyłączeniem pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Załącznik nr 3 zawiera tabelę zaszerogowania stanowisk pracy dla pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Załącznik nr 4 zawiera wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego.

VI. Z dniem 19 czerwca 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 czerwca 1999 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień zawodowych felczerów, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 53 poz. 566.

Felczer ma prawo do przepisywania środków farmaceutycznych i materiałów medycznych dopuszczonych w Polsce do obrotu, oprócz leków bardzo silnie działających oraz środków odurzających i psychotropowych

VII. Z dniem 28 czerwca 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1999 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 53 poz. 568.

VIII. Z dniem 28 czerwca 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1999 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków, preparatów diagnostycznych i sprzętu jednorazowego użytku, które ze względu na te choroby mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 53 poz. 569.

IX. Z dniem 28 czerwca 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1999 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustalenia limitów cen leków, preparatów diagnostycznych i sprzętu jednorazowego użytku, wydawanych ubezpieczonym bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 53 poz. 570.

18-19 czerwca 1999 odbyła się we Wrocławiu polsko-niemiecka konferencja „Europejska polityka w zakresie praw człowieka - na przykładzie ochrony danych osobowych”. Organizatorami były Katedra Prawa Konstytucyjnego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Wrocławskiego oraz Fundacja im. Friedricha Neumanna Przedstawicielstwo w Polsce. Obrady odbywały się w sali posiedzeń Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Wrocławskiego - po otwarciu w sali muzycznej Gmachu Głównego UW. Sala po remoncie wróciła do swej dawnej świetności. Wydawać by się mogło, że na konferencji zorganizowanej przez prawników i dla prawników nic interesującego dla nas lekarzy być nie może, lecz jeden temat dotyczył naszej profesji. Był to referat „Gwarancje autonomii jednostki na przykładzie biomedycyny”, który wygłosiła po niemiecku dr Marie-Theres Tinnfeld z Monachium. Pani doktor przybliżyła prawo medyczne Unii Europejskiej. Niedługo będzie ono dotyczyło także i nas, mam nadzieję z pewnymi korektami. Życie, dzięki możliwym i już niekiedy stosowanym,

ży, jeśli wiadomo, że embriom jest chory na jakąś uwarunkowaną genetycznie chorobę?

Już dziś wiemy, że zaistnienie niebezpieczeństwa wykorzystywania embriomów, a także sklonowanych osobników dorosłych, jako magazynów części zamiennych.

A zapomnielibym o jeszcze jednej poruszonej przez prelegentkę kwestii, a mianowicie o eutanazji. Jak wiemy, w niektórych nowoczesnych państwach lekarz może w majestacie prawa dokonać tego czynu.

Konwencja Praw Człowieka przyznaje prawo do informacji o chorobie, lecz także prawo do nieinformowania o stanie zdrowia, jeśli pacjent sobie tego życzy.

Konwencja zabrania stosowania zabiegów, które mogą zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia konkretnej płci u dziecka. Zabrania także produkcji embriomów, otrzymanych in vitro, do celów badawczych oraz klonowania ludzi. W dalszej części wystąpienia pani doktor stwierdziła, że w ramach badań embriom ma „częściową ochronę” prawną.

Mogliśmy się też dowiedzieć, że w Stanach Zjednoczonych - przodującym pań-

Prawa człowieka w zjednoczonej Europie

manipulacjom genetycznym, określono jako „informację, którą można manipulować - nowa postać człowieka”.

W roku 1997 została podpisana Konwencja Praw Człowieka dotycząca biologii i medycyny. Konwencja określa standard minimum. Każdy kraj może u siebie wprowadzić dodatkowe ograniczenia, ale w przyjętych ramach. Nie można jednak pozwolić na to, co w konwencji niedozwolone. Jak powiedziała prelegentka, każde życie ludzkie jest w konwencji chronione, lecz w toku wykładu okazało się, że nie jest to zgodne z prawdą. Według konwencji nie wolno tworzyć rankingu dostępności pacjenta do lekarza. Na przykład kolejność dopuszczania do transplantacji nerek według kategorii wiekowej, lub ograniczenia dla ludzi z zespołem Downa. Prelegentka zauważyła, że lekarz, w tradycji hipokratesowskiej, która jak sądziłem nadal nas obowiązuje, ma zadanie i obowiązek chronić życie ludzkie od poczęcia do śmierci. Jednak pani Tinnfeld zauważyła, że teraźniejszość zadaje już pytania, wynikające z prowadzonych, bądź możliwych do prowadzenia doświadczeń na ludziach i ludzkich embriomach.

Padły pytania - Czy embriom jest osobą?

Czy można zalecać, bądź nawet żądać przerwania cią-

stwie świata, o czym, możemy się codziennie przekonywać na podstawie reklam, wiadomości telewizyjnych i gazetowych, firma ubezpieczeniowa może zalecić usunięcie płodu z wadą genetyczną. Oczywiście można tego nie robić, ale nie można takiego dziecka ubezpieczyć. Widocznie dla firmy jest to nieopłacalne. Po wykładzie słuchacze zostali zaproszeni do dyskusji. Zadałem więc pytanie. Czy można, w myśl omawianej konwencji, robić doświadczenia, które prowadzą do uszkodzenia ludzkiego embrioma, a jeśli, to do jakiego wieku płodu doświadczenia te są dopuszczalne, czy do 6 tygodni, trzech miesięcy czy może do dziewięciu? Dr Tinnfeld powiedziała, że to w konwencji nie jest sprecyzowane.

Czy nie wydaje się państwu co najmniej dziwne, że tak zasadnicza sprawa nie została sprecyzowana i może podlegać dowolności? Tym bardziej że, jak wcześniej dowiedzieliśmy się, - lekarz - według konwencji - ma za zadanie ochronę ludzkiego życia od poczęcia do śmierci. Jest w tym prawie pewna niespójność. Mam nadzieję, że wszyscy ją widzimy.

Gdy opuszczaliśmy salę podszedł do mnie jeden z uczestników i powiedział: good question.

Sercem pisane

z znanym wrocławskim lekarzem - Michałem Sobkowem rozmawia Jerzy B. Kos.



- O tym, że piszesz pamiętniki książki wykorzystujące wątki i biograficzne wiedzą wszyscy, którzy czytają poza „Słowem Polim” również inne pisma. Pamiętniki Twoje są nagradzane w konkursach i publikowane w suplementach w ważnych periodykach, takich jak „Karta” i „Rocznik Lwowski”, a także komentowane przez historyków i socjologów. Dlaczego je piszesz?

- Życie każdego z nas jest wystarczającym materiałem do napisania wiersza lub pamiętnika. Wystarczy jedynie mu się uważnie przyjrzeć, zebrać i uszeregować fakty oraz ujawnić jego dramaturgię. Dotyczy to zwłaszcza ludzi naszego pokolenia, których dzieciństwo przypadło na ostatnie lata przed wojną, młodość na okres okupacji, wczesne lata dojrzałe na okres po wojny.

Pamiętniki piszę przede wszystkim dla samego siebie. Jestem przecież nie tylko ich autorem, ale również pierwszym czytelnikiem. Pisząc je mam jednak nadzieję, że będą czytane przez innych ludzi. Może im pomogą w dokonywaniu życiowych wyborów. A może po prostu przybliżą im obraz przeszłości.

- Kilka miesięcy temu ukazała się, nakładem renomowanego Wydawnictwa Poznańskiego, Twoja książka no-

sząca tytuł „Koropiec nad Dniestrem”, a przed miesiącem odbyła się jej uroczysta promocja. Ku zaskoczeniu organizatorów salę wypełniło prawie sto osób, w większości dawnych mieszkańców Kresów Wschodnich, a także liczni, co potwierdziła dyskusja i rozmowy kulturalne, miłośnicy pisarstwa autobiograficznego, historycznego. Co to jest Koropiec?

- Koropiec to moje gniazdo rodzinne na Podolu. Rodzina mieszkała tam od niepamiętnych czasów. Jeden z moich przodków był nawet za czasów cesarskich wójtem, a zatem musiał wyróżniać się mądrością, bo chyba nie bogactwem. Żyliśmy w niezwykłym miejscu - na rozdrożu narodów, w żywiole ludzkim wielonarodowym, wielowyznaniowym i wielojęzycznym. Rodzina moja ze strony ojca była polska, a ze strony

matki ruska. Podobnie powiązane były ze sobą inne rodziny i przez dziesiątki lat wszyscy uważali ten stan za naturalny. Ten boży ład zmieniła dopiero sowiecka okupacja i polityka, która wszystkich powiązała ze sobą, aż do krwawych porachunków.

W Koropcu rozpocząłem naukę w szkole powszechnej, a następnie uczone mnie w szkole z językiem rosyjskim. W latach okupacji niemieckiej pracowałem w gospodarstwie rodzinnym, a za kolejnej władzy radzieckiej przez pewien czas w Wojennym Komisariacie, a także brałem udział, z bronią w ręku, w walkach z banderowcami. Zginęło wówczas wielu moich krewnych.

Książka jest zapisem moich losów oraz losów mojej rodziny, ale z przywołaniem w miarę bogatego i pełnego tła historycznego oraz obyczajów. Dziejom Koropca - sięgającym czasów króla Władysława Jagiełły - poświęciłem, opierając się na dostępnych źródłach, pierwszy rozdział książki.

- W tym pierwszym rozdziale książki opisałeś również, w sposób wnikliwy i przejmujący, powolne budzenie się ukraińskiego nacjonalizmu i poczucia narodowej emancypacji. Pierwsze odezwy, przemówienia na wiecach, emisariusze komunistyczni zza Zbrucza. Niedawni Rusini coraz częściej nazywający siebie Ukraińcami...

- I wreszcie pamiętna trzecia niedziela wojny - 17 września 1939 roku. Hrabia Stefan Badeni opuszcza pałac w Koropcu, który staje się łupem chłopów, a dzień później do Koropca wkraczają żołnierze

sowieccy z zamiarem uwolnienia „od krwopijców i panów” nie tylko małego Koropca, ale również całej Europy.

W kolejnych trzech rozdziałach książki próbowałem opisać trzy kolejne okupacje Podola w miarę szczegółowo rejestrując losy rodzin mieszkających w Koropcu. Unikalem uogólnień, bo wiem, że każdy Czytelnik ceni przede wszystkim konkret, rzetelną informację, a nie przygodowy banał. A życie pisało w tamtych latach scenariusze niezwykle dramatyczne, pełne nieprawdopodobnych wydarzeń i niezwykłych zwrotów. Próbowałem to życie uchwycić i opisać we wszystkich jego przejawach. Czy mi się to udało - osądzą Czytelnicy, a zwłaszcza ci spośród nich, którzy przeżyli te pamiętne lata w niewielkich miejscowościach Kresów Wschodnich.

- Piąty rozdział książki powinien mieć tytuł „Powroty”, bo jest relacją z Twoich kolejnych wyjazdów do Koropca. Jest to zapis spotkań z ludźmi, domami, drzewami. Zapis nostalgiczny, odwołujący się do wspomnień o ziemi utraconego dzieciństwa. Ostatnie zdanie książki „Koropiec nad Dniestrem” odczytać można jak jej główne przesłanie: „Nie czas rozpamiętywać rany zadane z jednej, jak i z drugiej strony. To już przeszłość. W ciągu dziejów krzywdy były po obu stronach. Głęboko wierzę, że oba narody nadal będą ze sobą żyły w przyjaźni i zgodzie, a dobry Bóg będzie im błogosławił”. Czy tak jest w istocie?

- Jestem o tym głęboko przekonany. A książka tylko potwierdza - przywołując historię i losy ludzi - że to było możliwe. I jest konieczne.

- Twoje pamiętniki wyróżniają się walorami literackimi oraz bogactwem faktów, spostrzeżeń, obserwacji obyczajowych, sylwetek ludzi. Aby tak pisać, trze-

ba mieć bogate źródła albo znakomitą pamięć i selektywną wyobraźnię. Jak piszesz swoje książki?

- Dokumenty, listy, pamiętki rodzinne, fotografie. Tylko nieliczne rodziny zabrały z miejsc dawnego zamieszkania to, co zazwyczaj przechowywano w kufrach i w sekretarzykach. Większość dokumentów przepadła podczas rewizji, konfiskat, a reszta zaginęła podczas przesiedleń i wywózek, albo spłonęła razem z dobytkiem. Dlatego głównym źródłem moich wspomnień jest moja własna pamięć. Sam jestem zaskoczony, że zachowałem w niej przez ponad pół wieku tak wiele informacji. Mózg to nadspodziewanie pojemny komputer. Oczywiście przy opisywaniu dziejów Koropca posłużyłem się dokumentami i opracowaniami historyków.

- W ostatniej książce powróciłeś do wspomnień z dzieciństwa i młodości, a zatem do najwcześniejszego okresu życia. Poprzednie Twoje prace - które czekają na wydanie - dotyczą lat późniejszych. Od jak dawna piszesz pamiętniki?

- W czasie wrocławskiej epidemii ospy robiłem notatki, opracowałem je dwa lata później. Praca „Czarna śmierć” uzyskała I nagrodę w konkursie ogłoszonym przez Polskie Towarzystwo Lekarskie, a jej fragmenty opublikowała „Odra”. Ostatnio przekazałem do wydawnictwa książkę „Ospa we Wrocławiu”, która jest poszerzoną wersją dawnego zapisu. Jest nadzieja, że książka ukaże się w przyszłym roku. Kolejną książką opartą na wątkach autobiograficznych, w której opisałem swoją pracę lekarską i wynikające z niej doświadczenia, jest książka, której dałem tytuł „Lekarz w PRL”. Zapewne wzbudzi duże zainteresowanie, bo odsłoniłem w niej różnego rodzaju uwikłania, którymi osaczony był lekarz „socjalistycznej służby zdrowia”. Najwcześniejsze dwa

Wielu uległo namowom

Książę Wowczuk jednak, mimo oczywistych faktów traktowania jego współpracowników jako narodu podbitego, organizował w tajemnicy ochotników do wstępowania w szeregi ukraińskiej armii. Choził od domu do domu, gdzie zaięszkiwali chłopcy w wieku porowym i każdego nakłaniał do stąpienia do wojska. Wielu uległo namowom. Każdy był przekonany, iż służyć będzie w Siczy. W ujemnicy odbywała się komisja wojskowo-lekarska i czekano na kty wcielenia. Nadszedł wreszcie taki dzień, ale okazało się, że Niemcy wcale nie powołują ich do ukraińskiej armii, tylko do dywizji SS. Konsternacja i rozczarowanie. Odwrotu jednak nie było, bo roział już sąd wojenny. Na książę posypały się gromy. Żaden z kilkudziesięciuosobowej grupy o domu już nie wrócił i wszelki ład po nich zaginął. Skompromiowany kapłan nadal działał. Nikt nie mógł pojąć, po co potrzebne mu było tyle białego płótna. Odwrotnego bowiem czasu za wszel-

kie usługi, takie jak chrzest, ślub, pogrzeb nie chciał brać pieniędzy, tylko kazał sobie przynosić płótno. Potem dopiero się okazało, że było ono niezbędne członkom band na wierzchnie okrycia, by podczas zimy mogli niezauważenie podejść w pobliże polskich chat.

Żydzi wobec Polaków w latach 1939 - 1941

Człowiek niechętnie wraca do przykrych wspomnień. Ze zrozumiałych powodów usiłuje jak najszybciej o niemiłych zdarzeniach zapomnieć. Jednak z uwagi na to, że uderzył mnie Żyd, a więc przedstawiciel społeczności, która w ciągu dziejów tak ściśle była związana z historią mego narodu, zmusił mnie teraz do refleksji. Nigdy do tej pory nie zastanawiałem się nad tym. Przeżyłem to wtedy jako przygodę, a potem o tym nie myślałem. Nad postawą Żydów wo-

bec Polaków w latach 1939-1941 i ich współpracy z NKWD zastanowiłem się po raz pierwszy. Wynikało to być może z tego, że wiele słyszałem o ich żalach wobec Polaków na terenach okupowanych przez Niemców, a jakoś dziwnie nie spotykałem się z doniesieniami o ich poczynaniach na terenach przywłaszczonych przez bolszewików.

Nie chciałem oceniać Żydów. W Koropcu na ogólną liczbę w owym czasie dziesięciu milicjantów, ośmiu z nich było Żydami, a tylko dwóch miejscowymi Ukraińcami. Do liczby tej należy też dodać sporą gromadę tajnych agentów, którzy się kręcili przy NKWD. Wspomnieć też trzeba o wyjątkowej ich brutalności. Gdy z wykręconymi do tyłu rękami i na wpół zgięty, prowadzony byłem przez mego oprawcę ze wspomnianego mostu w kierunku milicji, moją wracającą spod więziennego okna siostrę, która niczego się nie spodziewając szła naprzeciwko, Żyd chwycił tak mocno za gardło, iż w pierwszej chwili myślałem, że ją udusi. Znacznie jednak gorsze od przemocy fizycznej

było pastwienie się moralne nad nami. „Wy Polaczki - ciągle powtarzał - teraz z wami będzie koniec. Zachciało się wam dokarmiać krwopijców, to teraz pójdziecie sami do nich. Będziecie zdychać jak oni” itp. O współpracy Żydów z NKWD świadczyć może przypadek mego stryja, Stanisława, który doprowadzony do desperacji po przesłuchaniu, wyrwał z rąk Żyda karabin i zbiegł z więzienia.

Jestem szczęśliwym człowiekiem...

Postanowiłem odwiedzić wujka. W okresie międzywojennym należał do bardziej zamożnych gospodarzy. Z uwagi na to, że był Rusinem, w 1939 roku nie wywieziono go razem z Polakami na Sybir z tej prostej przyczyny, że byłoby to wbrew ogłoszonym wtedy hasłom „wyzwolicielskim” Armii Czerwonej, która zła mała „jarzmo polskich panów” ciążyła nad narodem ukraińskim. Natomiast w późniejszym okresie, kie-

dy dobrano się też i do Ukraińców, wujka też oszczędzono, ponieważ poza tak zwanym kułactwem nie przypisano mu żadnej działalności politycznej. Kandydatem do transportu miał zatem być w następnym etapie. O jego przedwojennym bogactwie najlepiej może świadczyć fakt, iż już wtedy dysponował maszynami rolniczymi. W drodze do jego domu mijam jakiegos obdarte go starca. Nie ukloniłem mu się nawet, bo wyglądał na łazęgę. W domu dopiero się dowiedziałem, że człowiekiem tym był właśnie wujek. Wiadomością tą byłem poruszony. Szybko go odnaleziono i udałem się do ogrodu na rozmowę z nim. Nie mogłem pojąć, dlaczego ten człowiek jest taki brudny i obdarty. Jest

mo pa
i „wr
tel Za
gd z
inn h
sięie
zaiere
kolnia
- L
Zienie
ruek
ków w
wyost
stał si
clawsl
denen
Tolyk
-Ve
wano r
szą kr
długie
nym i
na pu
wie, a
chobo
śny g
miesz
niety
dyna s
lišny
spat
w p l
bia r
ne a
sne c
pis e
ksa a
skiz
ch t
pla
ste
kie y
dzi
jeż
G
niek
szlo
now
twor
niaw
najm
Po
sie, w
ski A
claw

pamiętniki - „Z życia wzięte” wrót” przekazałem do Biblioteki Zakładu im. Ossolińskich, znalazły schronienie wśród pamiętników. Może kiedyś nie po nie student albo uczonec przesowywany losami naszego po-

Z Kresów Wschodnich na Odzyskane - taki był kie- wędrowni tysięcy Pola- w latach powojennych. Jak ostek z odległego Koropca się mieszkańcem podwro- wskiej wsi, a następnie stu- Wydziału Lekarskiego?

Wyjechał w październiku 1945 roku załado- nas na platformy, a z nami narowę - żywicielkę i konia. Po niej i męczącej podróży, z liczy przygodami przyjechaliśmy punkt repatriacyjny w Brocho- a stamtąd trafiliśmy do Mu- boru Wielkiego, gdzie dostali- gospodarke, w której jeszcze szkali Niemcy. Ojciec wtedy już był, wkrótce zmarła również je- siostra. Na gospodarce zosta- sami: Mama i ja. Wszystko na nasze ręce. Pracowałem tu, oporządzałem bydło, odr- m pracą u innych za pożycz- szyni, bo nie mieliśmy wła- o sprzętu. A jednocześnie za- em się do Liceum Ogólno- licającego przy ul. Poniatow- o we Wrocławiu. Do szkoły zięłem pieszo z Muchoboru do PKWN (dziś Legionów), a na- nie wsiadałem do „zerówki”. A- już ruszyła „czwórka” docho- m do ul. Grabiszyńskiej i do- lałem nią do szkoły.

dzienne rano było oporządza- bydła, a następnie nauka w- ale, a później, często do późnej- y, praca na gospodarce. To była- rda szkoła życia. Godna polece- współczesnej młodzieży, przy- mnij na jeden sezon!

o uzyskaniu matury dostałem- w 1950 roku, na Wydział Lekar- Akademii Medycznej we Wro- wiu i pięć lat później uzyskałem

dypłom lekarza, przez kilka lat pra- cowałem w przychodni przyzakła- dowej w Hucie Siechnica, potem w Miejskiej Stacji Pogotowia Ratun- kowego we Wrocławiu w charak- terze lekarza inspekcyjnego i wreszcie długie lata na stanowisku inspektora orzecznictwa lekarskie- go w ZUS-ie we Wrocławiu oraz w komisji do spraw inwalidztwa. Ży- cie - czyli nakaz pracy i wymuszo- ne przenosiny - dało mi możliwość wglądu w te najbardziej trudne i uwikłane koleje pracy lekarza pierwszej linii.

- Twój zapis dokumentalny i pamiętnikarski liczy już ponad tysiąc stron maszynopisu. Jesteś kronikarzem, jakiego trudno znaleźć w naszym środowisku - wytrwałym i przeświadczonym o potrzebie rejestrowania wydarzeń dziejących się wokół Ciebie. Za kilkadziesiąt lat Twoje prace będą niezwykle ważnym źródłem informacji dla uczonych i pisarzy, którzy będą chcieli nie tyle opisać, co zrozumieć nasze czasy. Nad czym obecnie pracujesz?

- Wróciłem do napisanego przed kilku laty tekstu - zapisu dzień po dniu pracy lekarza. Odkryłem w tym materiale codzienne życie i pracę lekarza w latach siedemdziesiątych. Fakty już dawno zapomniane, inne obyczaj, stare powiązania, niezwykle uwikłania. A wszystko osadzone w tamtych realiach politycznych i organizacyjnych. Później sięgnąłem po ten tekst, aby go sobie i innym przypomnieć. Może będzie z tego kolejna książka.

- A czy nie sądzisz, że nadeszła pora, aby napisać powieść?

- Właśnie się do niej przemyślę. Chociaż i ta książka bliska będzie dokumentowi. Miejscem akcji będzie okupacyjny Koropiec, a głównym wątkiem powieści miłość Niemca, oficera Wehrmachtu i pięknej Żydówki. I będzie to przeniesienie zdarzenia, które naprawdę miało miejsce. Wszyscy w Koropcu wiedzieli o tej wielkiej miłości, bo ani on, ani ona jej nie kryli, a wręcz przeciwnie - wszystkim ją demonstrowali. Zakończenie powieści będzie dramatyczne, bo takie właśnie było. Nadszedł dzień likwidacji Żydów - wyprowadzono ich do pobliskiego wąwozu i rozstrzelano. Niemiecki oficer wiedział, że nadszedł kres ich miłości, wyprowadził kochankę na podwórze i sam ją zastrzelił. Byłem tego świadkiem. Do dzisiaj pamiętam jej twarz - spokojną, opanowaną, pogodzoną z losem. Stała spokojna, oparta o poręcz balustrady, nie płakała. I również dzisiaj zadaję sobie pytanie: czy nie było dla nich innego wyjścia?

- Dziękuję Ci za rozmowę.

Na zdjęciach Michał Sobków obecnie i w czasach wojny. Zdjęcie współczesne Elżbieta Pomorska



MICHAŁ SOBKÓW
KOROPIEC
NAD
DNIESTREM

okres żniw i słońce w zenicie. Wokół ćwierka- ją wróble. Obaj siedzi- my na miedzy. Rozmo- wa się nie klei, bo nie wiedziałem od czego za- cząć. Znacznie bardziej chciało mi się nad nim płakać, aniżeli o czym- kolwiek mówić.

„Wiesz - zaczął pierw- szy - nareszcie jestem szczęśliwym człowie- kiem”. Z wrażenia prze- tarłem oczy. „A dlacze- go jesteś szczęśliwy” - nieśmiało zapytałem. „Dzięki komunie” - od- parł bez namysłu. Za- cząłem dociekać dalej. „Dobrze, a czy mógłbyś mi powiedzieć, dlacze- go jesteś szczęśliwy?” W pierwszej chwili za- miast odpowiedzi poja- wił się na jego twarzy rozbrajający uśmiech. „Ty mi nie wierzysz - za- czął - ale komunizm jest naprawdę dobrodziej- stwem ludzkości. „Wie- rzę - odparłem - ale wy- tłumacz mi dlaczego?” Ku mojemu zdziwieniu

przystąpił do wyjaśniania: „Pamię- tasz doskonale - zaczął - jak było przed wojną. W okresie żniw spa-łem zaledwie kilka godzin w cią- gu doby, bo trzeba było w porę ze- brać nie tylko plony, lecz także dopilnować, by żaden kłós się nie zmarnował. Praca była ciągła, łącz- nie ze wszystkimi niedzielami. Po- tem - ciągnął dalej - jak przyszli bolszewicy i zabrali mi maszyny do kolchozu, to w pierwszej chwili myślałem, że popełnię samobój- stwo. Serce mi pękało, gdy patrzy- łem, jak wszystko to nie jest za- bezpieczone przed korozją i niszc- zą. Dużo trzeba było czasu za- nim z tym wszystkim się jakoś oswoiłem i wielkiego wysiłku ze strony rodziny, by odwieść mnie od samobójczych zamiarów. A teraz zobacz - mówił dalej - jest okres żniw, a ja codziennie prze- pędzę sobie pół litra samogonu, słońce świeci, a ja jak gdyby nigdy nic idę do ogródka i śpię pod miedzą. Odpowiedz mi, czy gdy- by nie było komunizmu, to czy moż- na byłoby sobie pozwolić kiedyś na taki luksus?”

Fragmety książki: Koropiec nad Dniestrem

(Śródtytuły pochodzą od redakcji)

Lato sprzyja turystyce. Miliony ludzi opuszcza dobrowolnie swo- je stałe siedziby i za oszczędzo- ne wielkie, średnie lub małe pie- niądze rusza w świat na łąki, w góry i lasy, morza, do wielkich miast lub egzotycznych krajów. Drogi zapełniają się samochodami z bagażnikami załadowanymi do granic możliwości. Autobusy wiozą uśmiechniętych turystów mających nadzieję przeżyć kolej-

Spotkałam ludzi, którzy twier- dzą, że nigdzie nie czują się u sie- bie w domu. Są duchowo bezdom- ni, samotni i nie wierzą, że ich ży- cie mogłoby być inne. Ci ludzie często noszą w sobie niewyjaśnio- ne i poplątane związki w stosun- ku do swoich rodzin.

Spotkałam również takich, któ- rzy głoszą, że czują się u siebie w domu, będąc gdziekolwiek na świecie. Noszą oni w sobie to

Jak u siebie w domu

ne wspaniałe wakacje. Podobnie w jakimś miejscu, nie znaczą- cząc się tam jak u siebie w domu. Możemy wyprowadzić się z domu, możemy się do niego z po- wrotem wprowadzić, ale nie mo- żemy wprowadzić się do domu w rozumieniu dom = ognisko do- mowe, gdy przeprowadzamy się do nowego miejsca. „Dom to miejsce, skąd pochodzisz” - powiedział pediatra i psychoanali- tyk Winnicott. Anglicy dobrze to rozgraniczają: dom = house, w znaczeniu budynek i dom = home, w znaczeniu ognisko do- mowe, dom rodzinny.

Czuć się u siebie w domu ma podstawowe znaczenie dla wszystkich ludzi. Zdolność do czucia się u siebie w domu i zdol- ność do stworze- nia sobie wła- snego domu (tam, gdzie stop- niowo będziesz się czuć, jak u siebie w domu) jest efektem twoich doświadczeń z domu rodzinnego, domu dzieciństwa.

Myślisz sobie: „Pojadę do domu”. Nie oznacza to, że chcesz jechać tyl- ko do jakiegoś geograficznego miejsca, ale przede wszystkim do miejsca, gdzie żyje się i czuje w pewien szczególny sposób. Jeśli czuliśmy się bezpiecznie w domu dzieciństwa i jeśli mamy związa- ne z nim miłe wspomnienia, uczucie „w domu” będzie się nam zawsze kojarzyć z bezpieczeń- stwem, wspomnieniem rodzi- nnych spotkań, znajomymi zapa- chami, potrawami itd.

U siebie w domu. W języku niemieckim „heim- lich” znaczy swojsko, domowo, a „unheimlich” oznacza obco, nie- mile. Niemiecki język wyraża także bliski związek między od- czuciem czegoś niemiłego z tym, że nie czujemy się tak jak u sie- bie w domu.

W naszym stuleciu aż roi się od przesiedleńców, wygnańców, emi- grantów z powodów politycznych, społecznych, ekonomicznych. Wojny potęgują to zjawisko. Chociaż prze- siedlamy się ze wsi do miasta do- browolnie, psychicznie zosta- wiamy część nas samych na prowincji. Turyści. Turyści opu- szcują swój dom

czasowo, z bezpieczną pewnością, że po krótkiej nieobecności powró- cą doń. Zwiedzają świat z zacieka- wieniem, błyskając lornetkami, i gromadzą wrażenia, które nie zmieniają zbyt radykalnie ich wy- obrażenia i poglądów o życiu i świecie.

Kręcąc się w recepcji hotelu i my- śląc sobie ironicznie: zatrzymuje się tutaj tysiące turystów i rozmaitych gości, którzy być może czują się tu jak u siebie w domu. Recepcjonista spojrzawszy na mnie znad mojego polskiego pasz- portu, uśmiechnął się i powiedział: „Miło cię u nas widzieć doktor Gąsior. Witamy cię w The Sommer Suites Residence Hotel. Czuj się jak u siebie w domu”.

Barbara Gąsior-Chrzan

W naszym stuleciu aż roi się od przesiedleńców, wygnańców, emi- grantów z powodów politycznych, społecznych, ekonomicznych. Wojny potęgują to zjawisko. Chociaż prze- siedlamy się ze wsi do miasta do- browolnie, psychicznie zosta- wiamy część nas samych na prowincji. Turyści. Turyści opu- szcują swój dom

czasowo, z bezpieczną pewnością, że po krótkiej nieobecności powró- cą doń. Zwiedzają świat z zacieka- wieniem, błyskając lornetkami, i gromadzą wrażenia, które nie zmieniają zbyt radykalnie ich wy- obrażenia i poglądów o życiu i świecie.

Kręcąc się w recepcji hotelu i my- śląc sobie ironicznie: zatrzymuje się tutaj tysiące turystów i rozmaitych gości, którzy być może czują się tu jak u siebie w domu.

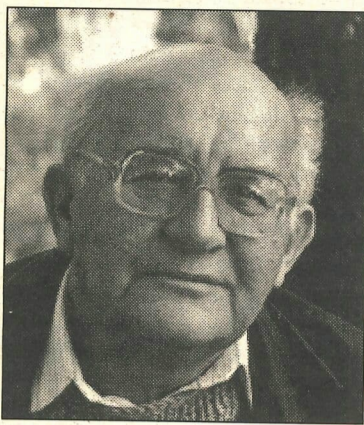
Recepcjonista spojrzawszy na mnie znad mojego polskiego pasz- portu, uśmiechnął się i powiedział: „Miło cię u nas widzieć doktor Gąsior. Witamy cię w The Sommer Suites Residence Hotel. Czuj się jak u siebie w domu”.

Barbara Gąsior-Chrzan



Barbara Gąsior-Chrzan

Z DZIEJÓW DOLNOŚLĄSKIEJ SŁUŻBY ZDROWIA (40)



Jerzy B. Kos

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. Etapy wychowania młodego pokolenia na świadomych budowniczych socjalistycznej ojczyzny były wyraźnie określone: najpierw należało być zuchem, następnie pionierem, czyli harcerzem, a wreszcie członkiem, ogarniającą całą młodzież, Związku Młodzieży Polskiej.

Przynależność do ZMP była w wielu środowiskach warunkiem ukończenia szkoły średniej. I zwiększała szansę na dostanie się na wyższą uczelnię. W egzaminacyjnych komisjach maturalnych zasiadały już w tych latach - obok nauczycieli - również osoby, których głos często ważył o wyniku egzaminu, tak zwany „czynnik społeczny” i przedstawiciel zarządu szkolnego ZMP. Podobnie wiele znaczył ich głos na egzaminach wstępnych na wyższe uczelnie. W takich, trudnych do wyobrażenia,

czyły udział w odgruzowywaniu i porządkowaniu Wrocławia.

Związek Młodzieży Polskiej dbał o czystość ideologiczną swoich szeregów. Często do programu zebrań dopisywano punkt: „walka z obcym elementem” lub „ocena postaw moralnych”. Oznaczało to dla wyznaczonych lub piętnowanych osób ten rodzaj psychicznych tortur, które z powodzeniem stosowali później Chińczycy w latach rewolucji kulturalnej. Powodem relegowania ze studiów mogła być ukryta w życiorysie ciotka, właścicielka młyna na Kieleczyźnie albo wujek z Ameryki, który mówił o bitwie pod Monte Cassino w Wolnej Europie. Orzekano również mniejsze kary: odbierano na kilka miesięcy stypendium, cofano przydział do domu akademickiego lub udzielano upomnienia. Przyczyny kar były różne - od białych skarpetek i wyliniałego

ją strukturę organizacyjną. Jeszcze przed rozpoczęciem zajęć podzieleni zostaliśmy na dziesięć grup studenckich, z których każda miała odrębny program ćwiczeń i innych zajęć obowiązkowych. Wspólne dla wszystkich były natomiast wykłady. Każdą grupę tworzyło około trzydziestu osób, a jej interesy reprezentował, wybierany co roku, starosta grupy.

Grupy studenckie odegrały bardzo istotną rolę w integracji studenckiej wspólnoty. Dzięki nim - w naturalny sposób - nawiązywały się znajomości i przyjaźnie, a także utrzymywało się poczucie współzależności i współodpowiedzialności. Studenci z tej samej grupy nie tylko pomagali sobie wzajemnie, ale również organizowali wspólne wypadki za miasto i potańcówki oraz spotykali się na prywatkach z okazji imienin. Z upływem lat siłą

nych przy ul. Chałubińskiego lub w głównym gmachu Politechniki, a następnie, w godzinach popołudniowych, ćwiczenia w sali prosektoryjnej albo w laboratoriach i w pracowniach. Na wykłady przychodziliśmy wszyscy, ćwiczenia odrabialiśmy w grupach studenckich.

Obecność na zajęciach była obowiązkowa - asystenci sprawdzali listy obecności i punktowali każdą nieobecność. Kilka nieusprawiedliwionych nieobecności oznaczało poważne kłopoty, a nawet utratę praw studenckich. Te surowe rygory przyjęliśmy z wyrozumiałością, tym bardziej, że materiał przekazywany podczas wykładów i uzupełniany na ćwiczeniach, stanowił podstawową bazę informacji wymaganych na egzaminach. Na wykładach poznawaliśmy również różnorodne „kruczki” i „koniki” naszych Pro-

Niebezpieczna czystość ideologiczna

lisa na kołnierzu płaszcza, po nieostrożnie powiedziany dowcip lub niewłaściwą piosenkę zaśpiewaną na korytarzu akademika.

Zebrań odbywały się początkowo w baraku stojącym w pobliżu budynku Rektoratu. Do dzisiaj pamiętam ich duszną, przygnębiającą atmosferę. Obrady trwały najczęściej do późnych godzin wieczornych - działacze młodzieży przemawiali w tamtych latach dłu-

ich jednoczącą stały się więzy autentycznej przyjaźni.

Na pierwszym organizacyjnym zebraniu, w początkach 1950 roku, wybraliśmy również starostę roku i jego zastępcę. Starostą został Jan Jakubiec, a jego zastępcą Henryk Suchy. Obydwaj sprawowali te funkcje aż do końca studiów - do czerwca 1955 roku - mimo parokrotnie ponawianym naciskom, aby ich zastąpić bardziej uległymi i uzależnionymi od woli władz działaczami młodzieżowymi. Zawdzięczali to swojej prawości oraz swoim twardym góralskim charakterom. Do końca studiów zachowali swoją niezależność i skutecznie dbali o nasze interesy oraz reprezentowali nasze wspólne dobro załatwiając dogodnie terminy egzaminów, pertraktując w sprawie stypendiów, łagodząc spory i konflikty oraz drobne nieporozumienia.

Studia lekarskie zawsze należały do najtrudniejszych i najbardziej wymagających. W opinii studentów Uniwersytetu uchodziliśmy za skończonych kujonów bez polotu i fantazji. Niewiele lepszą mieliśmy opinię wśród braci studenckiej na innych uczelniach.

I rzeczywiście byliśmy zapracowani i przeciążeni obowiązkowymi zajęciami-wykładami i ćwiczeniami. Wszyscy również, prawie bez wyjątku, bardzo poważnie traktowaliśmy swoje obowiązki. Zajęcia rozpoczynały się wcześniej rano, zazwyczaj o godz. 8.30 i trwały z niewielkimi przerwami, do późnych godzin popołudniowych. Późną jesienią i zimą wychodziliśmy z domów i do nich wracaliśmy przy świetle ulicznych lamp. Na dwa pierwszych latach, na których przeważały przedmioty teoretyczne, najpierw były wykłady w salach wykładowych Collegium Anatomicum i zakładów położo-

nesorów, których nie podawały skrypty i zalecane podręczniki.

Pierwszym przewodnikiem, który powiódł nas poza pierwszy krąg medycznego wtajemniczenia, był profesor Tadeusz Marciniak. Ten Diogenes rodem z kresowego Lwowa uczynił z przedmiotu swojego nauczania - anatomii prawidłowej, naukę z pogranicza filozofii i deontologii lekarskiej połączoną z wnikliwą wiedzą o budowie anatomicznej człowieka. Napis umieszczony nad wejściem do jego Świątyni: „Hic mortui docent vivos”, przypominał że jedynie poprzez tajemnicę Śmierci możemy poznać wartość Życia, a poznać ją możemy dzięki znajomości prawd elementarnych ukrytych w kosmosie ludzkiego ciała.

Po nim rolę naszych przewodników przejęli biochemik - profesor Tadeusz Baranowski i fizjolog - profesor Andrzej Klisiecki, którzy, jak wiadomo, „... w jednym stali domu, Tadeusz na górze, a Andrzej na dole...”. Również oni wywodzili się z lwowskiej szkoły medycznej, ale wielce się od siebie różnili - zarówno wyglądem zewnętrznym, jak i temperamentem. Profesor Andrzej Klisiecki miał twarz ascetyczną, jakby przeniesioną z bizantyjskich ikon, mówił głosem sciszonym ważąc każde słowo, propagował dionizyjski kult ciała i sprawności fizycznej. Jego ulubioną (i może jedyną?) przyjaciółką była Idka, najsympatyczniejsza foksterierka w mieście nad Odrą. Natomiast profesor Tadeusz Baranowski był typem naukowca z amerykańskich kampusów. Cechowała go dyscyplina i sprawność intelektualna, był przekonany o wartości tego, co robi. Wobec współpracowników i studentów był wymagający i oschły.

Anegdota o Profesorze Tadeuszu Marciniaku

Niżankowski!

Koledzy przyszli!

W latach czterdziestych i na początku lat pięćdziesiątych - profesor Czesław Niżankowski (wówczas jeszcze adiunkt) prowadził wykłady z anatomii dla studentów Państwowej Wyższej Szkoły Sztuki Plastycznych.

Pewnego dnia grupa studentów PWSSP przyszła do Zakładu Anatomii po zaliczenia. Na korytarzu spotkała idącego profesora Marciniaka. Nie wiedząc, kto to jest - jeden z nieopierzonych artystów zapytał:

- „Panie, nie wiesz pan, gdzie jest Niżankowski?”

Profesor Marciniak zmierzył ich wzrokiem i huknął na cały Zakład:

- „Niżankowski! Koledzy przyszli!”

Ojciec organista

Studentce nie wiedzie się na egzaminie. Już zaczyna płakać. Profesor siedząc, jak zwykle bokiem, bardziej zainteresowany jest latającą muchą, która stara się zatłuc aniżeli jej odpowiedzieć. Wreszcie, kiedy mucha została unieszkodliwiona - profesor spojrzął na zapłakaną studentkę i zapytał:

- „Czemu ryczy?” A studentka nic, tylko płacze.

- „A ojciec co porabia?”

- „Jest organistą” - mówi dziewczyna.

- „A gdzie?”

- „W kościele” - odpowiada studentka.

- „No, proszę” - mówi profesor. - „Taki porządny człowiek, a taką głupią ma córeczkę. Niech da indeks - ocena dostateczna!”

Trudne pytanie

Egzaminowana studentka otrzymuje do ręki, jako pomoc, kość miedniczą. Profesor zadaje pytanie: - „Narządy jakiej płci mieściły się w tej miednicy?”

- „Męskiej” - odpowiada studentka.

Profesor uśmiecha się i mówi: - „Owszem, od czasu do czasu”. Studenci siedzący na sali zareagowali szeptami. Egzamin odbywał się publicznie: - „Jeśli była w stanie błogosławionym i oczekiwała męskiego potomka” - dodał profesor.

Jak student został macicą

Bardzo często w zestawach egzaminacyjnych jedno z pytań dotyczyło narządów płciowych. Studenci o tym wiedzieli i z tego tematu starali się przygotować dobrze. Zdarzały się jednak wyjątki.

Student z wybranym przez siebie zestawie ma pytania dotyczące jajowodu:

- „Jajowód - tuba uterina...”, jajowód - tuba uterina...”, jajowód...” - stale powtarza, pocierając spoczone czoło.

Profesor siedzi bokiem, nie patrząc na delikwenta. Po dłuższej chwili profesor nie wytrzymał i donośnym głosem mówi:

- „Niech wstanie!”

Student natychmiast wstał.

- „Niech się skłoni do przodu!”

Student wykonuje polecenie.

- „Widzisz durniu” - mówi profesor -

„Jakby ci ten łeb ucieli, to ta reszta to jest macica, a twoje kończyny górne to jajowody, a paluchy ruszające się, to strzępki jajowodowe. Rozumiesz?”

- „Tak jest, panie profesorze, rozumiem” - odpowiedział student i otrzymał dostateczną z egzaminu.



Andrzejkę w 1951 r. Na zdjęciu trzecia grupa

żyliśmy czasach. I nie mieliśmy na nie żadnego wpływu.

Organizacja ZMP narzuciła swoje wpływy wszystkim, bez wyjątku, studentom. Ich obecność na organizowanych zebraniach była obowiązkowa, a podejmowane na nich uchwały i decyzje obowiązywały wszystkich. Program każdego z zebrań był podobny: referat ideologiczny, omówienie spraw bieżących i aktualnych zadań społeczno-politycznych, a były nimi obchody rocznic, akcje związane z pomocą spółdzielniom produkcyjnym na wsi oraz czyny społeczne młodzieży, które zazwyczaj ozna-

go i zawile. A siedzący na ławkach powoli uczyli się słuchać. I milczeć.

Na pierwszym roku jeszcze nie mieliśmy rozeznania, kto jest kim. I dlatego byliśmy ostrożni w rozmowach i publicznie wypowiedzianych opiniach. Nie do końca również znaliśmy obowiązujące reguły gry. Dopiero w następnych latach znaleźliśmy sposób na gardłujących z trybuny żarliwych neofitów w solidarnej i zwartej postawie większości.

Szósty Rocznik, podobnie jak inne roczniki Wydziału Lekarskiego, miał swój samorząd oraz swo-

Służba zdrowia Republiki Południowo-Afrykańskiej zapewnia najlepszą w Afryce opiekę swoim obywatelom. W pozostałych krajach tego kontynentu, zwłaszcza Afryki Południowej służba zdrowia jest najczęściej zdeorganizowana, bo przywódcy tych państw bardziej są zainteresowani walką o władzę, aniżeli troską o zdrowie swoich obywateli.

Służba zdrowia w RPA i w Polsce

Służba zdrowia w RPA ma długą tradycję. Pod koniec XIX wieku w czasie wojny burskiej w samym Kapsztadzie istniało 7 szpitali wojskowych, w tym jeden dla jeńców wojennych. Działały pociągi sanitarne, konne karetki itp. Po wojnie budowano liczne szpitale, które wraz z placówkami służby zdrowia w terenie obejmowały większość rejonów tego wielkiego kraju. W innych krajach afrykańskich skutecznie działająca służba zdrowia, którą pozostawiła administracja kolonialna upadła, ale w RPA przez okres apartheidu funkcjonowała skutecznie pod zarządem białego kierownictwa. Znalazło w niej również pracę tysiące polskich lekarzy.

Pracując w Zairze i często odwiedzając RPA z zazdrością patrzyłem na wspaniałe, dobrze utrzymane i wyposażone szpitale i dobrze zorganizowaną opiekę zdrowotną, której brakowało w innych krajach afrykańskich.

Państwowa służba zdrowia odziedziczyła po rządach apartheidu obiekty szpitalne, ośrodki zdrowia oraz tradycję, że obywatel także biedny bez względu na kolor skóry nie pozostaje bez opieki. Obecnie poziom usług medycznych podlega wahaniom, co jest następstwem wymiany poprzednich organizatorów służby zdrowia w RPA od szczebla ministerialnego poprzez dyrekcje szpitali do ośrodków zdrowia, a co ważne, także działów finansowych. Zjawisko to obserwowałem w innych krajach afrykańskich i było dyktowane chęcią eliminowania urzędników kolonialnych na korzyść rodzimych. Efekty tej wymiany organizatorów służby zdrowia dały po kilku latach fatalne skutki. Obecnie w RPA nie są one jednak tak wyraźnie odczuwalne. Ale państwowa służba

Często źródłem zakażenia wirusem HIV są krążące wokół hoteli robotniczych prostytutki. Robotnicy najczęściej mieszkają w hotelu bez rodzin, więc wielomiesięczny pobyt bez żon stwarza okazję do kontaktów seksualnych z wieloma partnerkami.

zdrowia pod nowym kierownictwem ustępuje lecznictwu prywatnemu, które gwałtownie się rozwija. Powstają bardzo nowoczesne i dobrze wyposażone gabinety, zakłady, spółki prywatne, np. prywatne kliniki radiologiczne z najnowszą aparaturą są współwłasnością kilku radiologów i są często finansowane przez banki. Lekarze we własnych gabinetach obniżają koszty administracyjne, unikają marnotrawstwa, proponują konkurencyjne ceny usług i zapewniają bardzo wysoki poziom leczenia.

Prof. Wacław Kornaszewski

Służba zdrowia w przemyśle, w kopalniach diamentów, złota jest niezależna od państwa i rządzi się swoimi prawami dyktowanymi możliwościami finansowymi.

Kopalnie złota od dziesiątków lat były źródłem bogactwa RPA. Zasoby złota w tym kraju są obliczane na 70000 ton, podczas gdy USA tylko na 10000 ton. Gorączka złota w RPA zaczęła się w 1884 roku. W 1839 roku Polak Paweł Strzelecki odkrył złoto w Australii. Jednak na prośbę ówczesnych władz zataił ten fakt. Władze obawiały się, że grupy kryminalistów przysyłanych z Anglii będą wywoływały niepokoje. Poziom życia ludności był w RPA najwyższy ze wszystkich krajów Afryki, ale kopalnie złota przyczyniły się pośrednio do napięć rasowych i zmieniły stosunek mieszkańców RPA na niekorzyść białej rasy. Do najdawniejszych białych mieszkańców Afryki Południowej należą przybyli z Europy holenderscy i francuscy hugenoci uciekający przed prześladowaniem. Holendrzy zachowali w Afryce swoją kulturę, język i stanowili do niedawna zwartą wielomilionową grupę Afrykanerów. Odkrycie bogatych głęboko położonych złóż złota wymagało wielu robotników do ciężkiej pracy na głębokościach do 3000 m, gdzie temperatura sięga + 60 stopni C. Afrykanerzy prowadzili dobrze zorganizowane bogate farmy, nie chcieli podejmować się pracy pod ziemią, podobnie jak przybyli później Anglicy, któ-

RPA zaczął się masowy werbunek z sąsiednich biednych krajów: Mozambiku, Lesoto i innych. Kopalnie złota należące do koncernu Anglo-American zatrudniały ok. 450 tys. ludzi rocznie. Podobnie inne kopalnie. Miały lata i większość robotników spoza RPA pozostawała na miejscu, pomimo ograniczeń i niedogodności dyskryminacyjnych wynikających z zasad apartheidu. Warunki życia były tu lepsze aniżeli w innych krajach afrykańskich, które uzyskały niepodle-

wanego złota i jeżeli jego cena na rynkach światowych spada, eksploatacja się nie opłaca, zwłaszcza gdy z tony kalawerytu jest mniej niż 6 g złota. Taka sytuacja zaistniała w RPA przed kilkoma laty. Zamknięto wiele mniej opłacalnych kopalni. O ich gigantycznej pracy przez dziesiątki lat świadczą niezliczone potężne hałdy w Johannesburgu i jego okolicach.

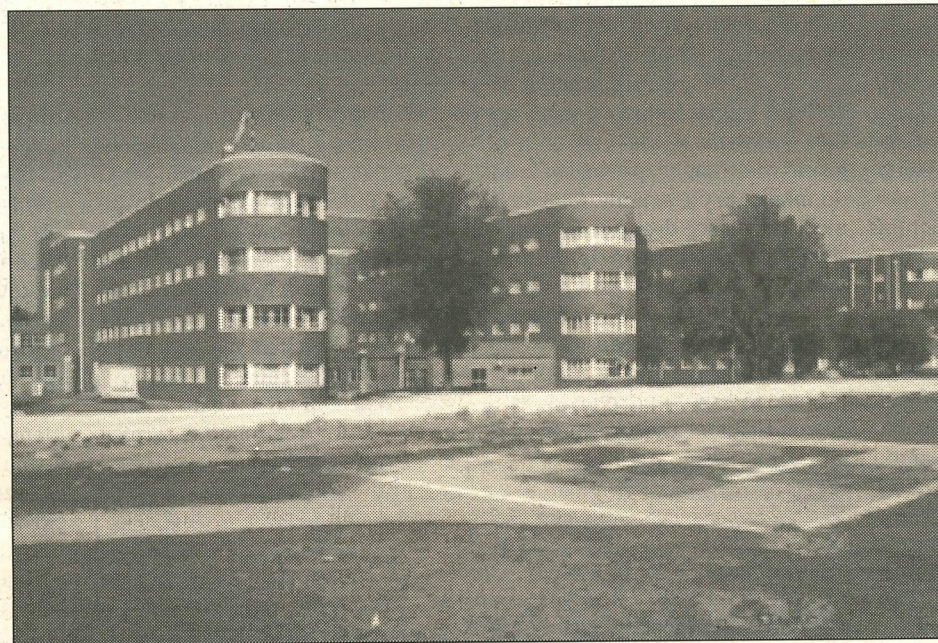
Obecnie w RPA kopalnie, które przetrwały kryzys i jeszcze funkcjonują wprowadziły drakoń-

palniana służba zdrowia nie korzysta z żadnych pieniędzy państwowych, jest na własnym budżecie przyznawanym oszczędnie przez zarząd kopalni.

Aktualnie górnicza służba zdrowia, podobnie jak państwowa, odczuwa skutki stałego wzrostu zakażonych wirusem HIV, jak i chorych na AIDS. W większości funkcjonujących kopalni złota nie chcą pracować obywatele RPA. Zmusza to nadal do zatrudniania robotników z sąsiednich biednych krajów: Mozambiku, Lesoto. W tych krajach procent zarażonych wirusem HIV jest bardzo wysoki. Zdarza się, że podejmujący pracę pod ziemią są zarażeni wirusem HIV, a objawy AIDS manifestują się po pewnym czasie. Często źródłem zakażenia wirusem HIV są krążące wokół hoteli robotniczych prostytutki. Robotnicy najczęściej mieszkają w hotelu bez rodzin, więc wielomiesięczny pobyt bez żon stwarza okazję do kontaktów seksualnych z wieloma partnerkami.

Zdarza się, że pracujący pod ziemią górnicy, mimo narastających dolegliwości związanych z uaktywnianiem się zakażenia wirusem HIV nadal ciężko pracują na dużych głębokościach i nie zgłaszają swoich dolegliwości w obawie przed zwolnieniem. Górnicza służba zdrowia wyłapuje ich często już z bardzo zaawansowanymi objawami AIDS. Poddawani są leczeniu i jeśli to możliwe przeniesieni do robót naziemnych. Starają się jak najdłużej pracować, nawet dysymulując swoje dolegliwości.

W państwowej służbie zdrowia również wprowadzono duże oszczędności. Nieubezpieczeni, biedni, bezrobotni, za których rachunki pozostają nie opłacone, korzystają jak dawniej z darmowych usług w szpitalach i ambulatoriach. Z zasady wszystkim wystawia się rachunki według ustalonych przez władze nadrzędne cenników. Akceptują je kasy chorych, gdy rachunek przekroczy kwotę ubezpieczenia, bogatsi chorzy płacą różnicę. Związki lekarzy opracowały cenniki usług medycznych. Ceny w nich są wyższe niż w cennikach państwowych i obowiązują w prywatnych gabinetach i muszą one być w nich wywieszane, by każdy chory je poznał. Tak jak w sklepie na towary, cena musi być widoczna dla kupującego. Jeżeli lekarz chce za swoje usługi pobierać cenę wyższą niż proponował związek lekarski, to musi obowiązkowo poinformować i uprzedzić pacjenta o wyższych opłatach.



Zmniejszone zapotrzebowanie na usługi górniczej służby zdrowia spowodowały jej częściową redukcję. Zdarza się, że na terenie kopalni stoją całkowicie puste, piękne i jeszcze wyposażone szpitale.

głość. Murzyni chętnie osiedlali się w kraju dobrze zorganizowanym, gdzie nie było głodu, nie było wyniszczających walk o władzę.

Dobrze zorganizowana służba zdrowia troszczyła się o ich zdrowie podczas pracy w kopalniach. Po zakończeniu pracy korzystali z równie dobrej pomocy państwowej. Biali organizatorzy dbali o warunki socjalne dla swoich pracowników, o czym świadczą potężne osiedla robotnicze ze szpitalami, hotelami, stołówkami i olbrzymimi stadionami sportowymi, często z basenami kąpielowymi.

Do dziś obowiązuje zasada, że pracujący pod ziemią otrzymują rocznie trzymiesięczny urlop, ten przywilej jest rzadki w innych kopalniach afrykańskich.

W kopalniach złota w RPA wydobywa się z dużych głębokości kalaweryt - szary tellurek złota, który zawiera od 9 g do 0,5 g złota na tonę. Wydobyty urobek poddaje się ługowaniu związkami cyjanków w rafineriach powierzchniowych. Każda kopalnia strzeże sposobów uzyskiwania złota, choć ogólnie znane są metody ługowania złotoznośnych siarczków, które rozkładają specjalne bakterie. Skomplikowane metody podrażają koszty uzyski-

skie oszczędności, które również dotknęły służbę zdrowia. W poprzednich latach w kopalniach należących do Anglo-American pracowało 450 tys. ludzi - dziś zaledwie 140 tys. Podobne redukcje miały miejsce w kopalniach innych koncernów, które obecnie dla uniknięcia konfliktów ze związkami zawodowymi kontraktują robotników tylko na jeden rok.

Zmniejszone zapotrzebowanie na usługi górniczej służby zdrowia spowodowały jej częściową redukcję. Zdarza się, że na terenie kopalni stoją całkowicie puste, piękne i jeszcze wyposażone szpitale, a niegdyś pełne hotele robotnicze wysadza się w powietrze, by nie zajęli ich dzicy lokatorzy. Ilość lekarzy w służbie zdrowia została mocno ograniczona i zajmuje tylko część dawnych pomieszczeń. W szpitalach dla oszczędności wyżywienie chorych zlecono prywatnym agentom, a górnicze apteki wydzierżawiono zastrzegając sobie dostarczanie leków po najniższych cenach. W niektórych kopalniach zamknięto nawet oddziały bardzo dobrze wyposażonej chirurgii, a konieczne zabiegi związane z wypadkowością w kopalniach wykonuje się odpłatnie w okolicznych szpitalach. Ko-

W kraju południowych sąsiadów

Anna Dadun-Sęk

Pielgrzymka do Czech pod hasłem „U księżnej Dobrawy” miała przypomnieć nam - Polakom, że wiara chrześcijańska przyszła do Polski właśnie od braci Czechów. A stało się to, jak wiadomo, za sprawą czeskiej księżniczki Dobrawy, znanej u nas jako Dąbrówka, która poślubiła polskiego księcia Mieszka I, co doprowadziło w 966 roku do wielkiego wydarzenia w dziejach naszego narodu - Chrztu Polski. Program wyprawy był bardzo bogaty i urozmaicony. Pozwoliło to nam nie tylko zachwycić się wspaniałymi zabytkami architektury, ale również poznać wiele ciekawostek przyrodniczych.

Święta Góra Czechów - Rip to szczególnie miejsce, tu bowiem historia umieszcza założenie państwa czeskiego przez legendarnego Czecha. Jest to niewysokie wzniesienie (456 m) pochodzenia wulkanicznego, położone na północny zachód od Pragi w Średniogórzu Czeskim. Szeroka, wygodna leśna droga z widokami na rozległą równinę doprowadza na szczyt, gdzie znajduje się kaplica - surowa romańska rotunda św. Jerzego. Nowsza historia podpowiada, że tu w 1886 roku odbyła się wielka manifestacja narodu na rzecz poszerzenia swobód obywatelskich, a obecnie co roku przybywa na szczyt pokojowa pielgrzymka. W 1962 roku miejsce to zostało ogłoszone narodowym pomnikiem kultury.

Losy chrześcijaństwa w Czechach były bardzo burzliwe i często tragiczne. Wieki XIV i XV znaczone zostały wojnami husyckimi, które spustoszyły kraj, rozbiły społeczeństwo i wyniszczyły ogromną część narodu. Drugim okresem, który wyrzył piętno na losach czeskiego chrześcijaństwa było panowanie komunizmu, co znacząco się w szczególności brutalny sposób. Znamiennym przykładem, charakterystycznym dla zaprogramowanej na tych terenach ateizacji, jest miejscowość Bila Voda, położona tuż przy polskiej granicy, kilka kilometrów od Paczkowa. Kościołem pochodzącym z XVIII wieku oraz dużym klasztorem od kilku lat opiekują się oo. salwatorianie. Miejsce to przechodzi do historii jako „największy żeński klasztor” okresu komunizmu. Internowano w nim bowiem 450 sióstr z 16 klasztorów na terenie Czech, które przebywały tu aż do roku 1980! Mimo wielu trudnych okresów chrześcijaństwo w Czechach zachowało się i ma obecnie wyraźną tendencję rozwojową. Trudno jest jednak nadrobić wieloletnie zaniedbania w szerzeniu wiary i uprawianiu praktyk religijnych, zwłaszcza wśród ludzi młodych, których kusi otaczający świat. Małą liczbę księży i członków zakonów powracających z długoletniego wygnania, wspierają w pracy duszpasterskiej księża z krajów ościennych - Austrii, Słowacji i Polski.

Pielgrzym-turystę zaskakuje wielka ilość świątyni rozrzuconych po całym kraju. Są odrestaurowane, bardzo zadbane, zaopatrzone w foldery, pocztówki, przewodniki. Stanowią niejednokrotnie dzieła architektury wpisane na listę światowego dziedzictwa kultury. Należy tu wymienić przede wszystkim położoną ok. 60 km na południe od Pragi Svata Horę, która góruje nad miasteczkiem - Pribram. Jest to najczęściej odwiedzane miejsce pielgrzymkowe w Czechach. Przeróżna jasna świątynia, której początki sięgają XIII wieku, otoczona licznymi krużgankami, jest przykładem bogatego baroku. Wspaniały srebrny ołtarz stanowi piękną oprawę dla cudownej figurki Matki Bożej Łaskawej, wykonanej z drewna gruszkowego. Należy bowiem pamiętać, że wokół Pribramu wydobywano ongiś srebro. Z krużganków świątyni, w których umieszczono wiele kaplic, prowadzą w dół do miasta kryte schody (323 stopnie) stanowiące drogę pątniczą dla przybywających tu pielgrzymów. Perłą czeskiego baroku określa się również świątynię w Krtinach, położoną już na terenie Moraw. Obecny kościół zbudowany na planie greckiego krzyża pochodzi z XVII wieku. Jest rzeczywiście imponują-

kościół, który nosi tytuł Bazyliki Mniejszej, zawiera elementy polskie, m. in. obrazy J. Matejki i W. Hofmanna przedstawiające świętych patronów. W maju 1990 roku podczas pielgrzymki do Czech papież Jan Paweł II odwiedził tę świątynię, a wcześniej, bo w 1985 roku udekorował ją Złotą Różą, które to odznaczenie ma zaledwie kilka kościołów na świecie, m. in. Jasna Góra.

Przemierzając Morawy nie sposób pominąć Svatého Hostyna. Położona na wzgórzu (736 m) świątynia pochodzi z XVIII wieku i służy również tytułem Bazyliki Mniejszej. Na szczyt prowadzą pątnicze schody (250 stopni). W ołtarzu głównym umieszczony jest wymowny obraz Matki Bożej z Dzieciątkiem, które trzyma w rączkach pęk piorunów.

W pielgrzymkowy program wyprawy wspaniałe wkomponowane zostały akcenty turystyczno-krajoznawcze. Uroczą stolicą Moraw - Brno oraz Olomouc - stare miasto uniwersyteckie z wieloma zabytkami i wiele innych miejscowości wymagają oddzielnego omówienia. Warto tylko wspomnieć, że właśnie w Olomuńcu znajduje się najwyższa w Europie (32 m), bogato zdobiona barokowa kolumna Św. Trójcy,

Zwiedzanie tego podziemnego świata odbywa się częściowo pieszo, a częściowo łodzią o napędzie elektrycznym sunącą cichutko po wodzie pięknymi tajemniczymi, dyskretnie podświetlonymi tunelami. Jest to prawdziwa kraina baśni.

Charakterystyczną cechą czeskiego krajobrazu stanowią liczne zamki oraz ciekawe zespoły miejskich starówek, np. w Telcu. Jest

stom, jak również chroni tereny rezerwu przed nadmiernym zanieczyszczeniem. Nieprzepuszczalne ilaste podłoże powoduje, że dwutlenek węgla nagromadzony pod powierzchnią pod dużym ciśnieniem wydobywa się z głębi ziemi tworząc lejkowate zagłębienia - kraterzy bulgoczącą wodą. Są to tzw. mofety, nazywane również bagiennymi wulkanami. „Gotująca się” woda two-

Pielgrzym-turystę zaskakuje wielka ilość świątyni rozrzuconych po całym kraju. Są odrestaurowane, bardzo zadbane, zaopatrzone w foldery, pocztówki, przewodniki. Stanowią niejednokrotnie dzieła architektury wpisane na listę światowego dziedzictwa kultury

to perełka architektury: długi rynek otoczony jest gotyckimi i renesansowymi kamieniczkami z podcieniami. Trzeba to koniecznie zobaczyć! Zamki są świetnie utrzymane, doskonale przygotowane dla turystów i stanowią bogaty przegląd różnych stylów architektury minionych epok, np. potężny, obronny Karlstejn, gdzie dominuje gotyk, Cesky Krumlov z bogatym barokiem, wesoła o renesansowym wystroju Hluboka nad Wełtawą czy wreszcie uroczy zameczek myśliwski w Konopiste. To tylko drobne przykłady.

Najdalej na zachód wysunięte tereny państwa czeskiego to pozostałości powulkaniczne i tereny leczniczych źródeł. To przede wszystkim słynne uzdrowiska: Karlovy Vary, Mariánské Lázně i Františkovy Lázně. Gorące źródła, których temperatura w Karlovych Varach dochodzi do 70 stopni C, przyciągają chorych z zaburzeniami układu pokarmowego i przemiany materii, narządu ruchu, układu krążenia. Piękne XIX-wieczne sanatoria i pensjonaty usytuowane tarasowato wzdłuż promenady wśród egzotycznych drzew palmowych stwarzają niepowtarzalny klimat dawnych kurortów. W Karlovych Varach znajduje się wytwórnia słynnego czeskiego likieru ziołowego - becherovki.

Wielką ciekawostką turystyczno-krajoznawczą jest SOOS. Położony na zachód od Karlovych Varów w pobliżu miejscowości Hajek jest najcenniejszym rezerwatem przyrody w Czechach. Powierzchnia jego obejmuje 221 ha. Jest to obszar powulkaniczny z licznymi źródłami o dużych właściwościach leczniczych, których wody dostarczane są do wspomnianych wyżej Františkovych Lázní. Charakteryzują się dużą zawartością soli mineralnych m. in. związków krzemu, siarczków żelaza oraz dwutlenku węgla. Jest to obszar bagienno-torfowo-solny z bogatymi złożami borowinowymi. Podłoże międko ugina się pod stopami, dlatego też turystyczne szlaki-scieżki to są wąskie drewniane pomosty usytuowane kilkanaście centymetrów nad ziemią. Zapewnia to bezpieczeństwo tury-

rzy fantastyczną scenię. Wysokie stężenie różnorodnych soli mineralnych, w rozsianych na obszarze rezerwu źródeł, powoduje ich krystalizację w postaci barwnych wykwitów - od białych poprzez żółte aż do intensywnie pomarańczowych, co daje na powierzchni ciekawą mozaikę. Dzieje się to zwłaszcza podczas bardzo suchej pogody. Degustacja wody leczniczej bezpośrednio ze źródła o smaku i zapachu siarkowodoru została przez nas potraktowana jako pielgrzymkowe umartwienie. Uboża gleba torfowa jest siedliskiem specyficznej bagiennej i słonolubnej roślinności. Można tu spotkać np. wełniankę pochwowatą z pęczkami białego puchu, gęsty płóczyk się po ziemi muchotrzew solny o różowo-liliowych kwiatach, żurawinę, owadożerną rosiczkę oraz wiele innych. Z tego barwnego koiberca wyłaniają się smukłe białe brzozy. Są tu również tereny łęgowe ptaków wodno-błotnych.

Kompleks sanatoryjny w Jeseníku leży na zboczach gór o tej samej nazwie, blisko polskiej granicy, o którym wie chyba niewielu naszych rodaków. Jeseník zasłynął dzięki V. Priessnitzowi, prostemu pasterzowi, które lecznicze właściwości źródlanej wody zaobserwował... na swoich owcach. Obserwacje zostały poparte badaniami naukowymi, co dało początek wodolecznictwu: kąpiele, bicze wodne, prysznic (od nazwiska odkrywcy). Główny budynek „Priessnitz Sanatorium” (1910 r.), wysoko położony otoczony jest pięknym parkiem z licznymi pomnikami-tablami, upamiętniającymi założycieli uzdrowiska. Leczyło się tu wiele znanych osobistości m. in. M. Gogol.

9-dniowa wyprawa do kraju południowych sąsiadów przybliżyła nam nieco historię, umożliwiła poznanie pięknych zabytków oraz pozwoliła dostrzec urok czeskiego krajobrazu. A był to przecież tylko wycinek tego, co można jeszcze zobaczyć i czym się zachwycić. Czechy to piękny kraj, który może ofiarować wiele, nawet najwybredniejszym turystom, za stosunkowo niewielkie pieniądze.



Pribram - Svata Hora

cy, ma centralną potężną kopułę, której sklepienie od wewnątrz pokryte jest bogatymi freskami, wysoko umieszczone 33 okna znacznie powiększają przestrzeń i jednocześnie nadają świątyni lekkości. W ołtarzu głównym wsparty na sześciu kolumnach ze złożonymi kapitelami znajduje się cudowna rzeźba Matki Bożej, która wg legendy została znaleziona w kwitnącym drzewie kasztanowym w pobliskiej wiosce.

Velehrad, dawna posiadłość cystersów, słynie już od IX wieku z działalności bizantyjskich zakonników - świętych Cyryla i Metodego. Wystrój potężnej świątyni jest przełogiem wielu stylów, począwszy od romańskiego poprzez wczesny gotyk do baroku. Jedną z bocznych kaplic wzorowana na ikonie z rzymskiej bazyliki, poświęcona jest Matce Bożej Jedności Chrześcijańskiej.

Wielką ciekawostką jest element architektury sakralnej w wielu miastach w tym kraju. Tuż obok Brna odwiedzamy słynny Slavkov, znany z historii jako Austerlitz, gdzie 2 grudnia 1805 roku rozegrała się wielka bitwa trzech cesarzy: rosyjskiego Aleksandra I, austriackiego Franciszka II i Napoleona, zakończona jego zwycięstwem. Na polu bitwy, jako pamiątka sprzed prawie dwóch wieków wznosi się potężny pomnik-kaplica.

Na północ od Brna urzeka turystów swoją bajkową scenię Morawski Kras. Jest to wielokilometryowy ciąg jaskiń z podziemną rzeczką Punkwą, z których tylko mała część udostępniona jest zwiedzającym. Jaskinie są zgromadzeniem przedziwnych tworów, stalaktytów, stalagmitów i stalagnatów, powstałych z wapiennych nacieków narastających przez wiele tysięcy lat.

W 1947 roku Wrocław przyciągał. Szła wieść, że można w nim spotkać kadrę profesorską, której trzon stanowili wykładowcy z Uniwersytetu Jana Kazimierza, Politechniki i Weterynarii lwowskiej. Zachowały się budynki zakładów i klinik i były możliwości zamieszkania również w domach akademickich. Oprócz młodzieży mieszkającej na stałe we Wrocławiu, przyjeżdżała młodzież z całej Polski, nawet z miast uniwersyteckich.

Studia lekarskie we Wrocławiu w latach 1947-1952

Tadeusz Heimrath

W 1947 roku Wydział Lekarski Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu istniał trzeci rok. Na czele Uczelni stali rektor - prof. Stanisław Kulczyński (1895-1975) oraz prorektorzy profesorowie Seweryn Wysłouch (1900-1968) i Edward Sucharła (1891-1947). Pierwszym dziekanem w 1945 r. Wydziału Lekarskiego był Ludwik Hirszfild, a w 1947 r. Hugon Kowarzyk. Dziekanat mieścił się w dzisiejszej Klinice Chirurgii Szczękowej. Tam koncentrowało się życie Wydziału na przełomie sierpnia i września. Ogłoszono terminy i miejsca zdawania egzaminu wstępnego, w którym był pisemny sprawdzian z chemii i biologii oraz ustny ze znajomości zagadnień współczesnych. Egzamin pisemny do 1982 r. były w salach zakładów i klinik. Tematy nie były trudne. Wystarczyło przygotowanie wyniesione z liceum, wsparte solidnym samokształceniem w miesiącach wakacyjnych. Instytucja prywatnych lekcji przygotowawczych nie była jeszcze wtedy znana. Egzamin odbywały się we wrześniu, a ustny w październiku. Po wywieszeniu listy przyjęć, jeszcze październik był wolny od zajęć. Pierwszy rok zaczął zajęcia na początku listopada.

Szałem mody były czapki, białe bratniackie i bordowe medyczne ze złotym sznureczkiem, niekiedy nawet z czaszką na otoku. Zajęcia wciągały szybko, miasto trudniej. Było zniszczone, można się było w nim nabawić „choroby ruin”. Dawała się ona zwalczać przez czynne życie. Prędzej wtopili się w miasto ci, którzy w nim mieszkali stale i z konieczności go polubili. Ci, którzy mieszkali na Dolnym Śląsku uciekali pod koniec tygodnia, aby pooddychać innym powietrzem i odpocząć od widoku ruin. I rok studiów sprzyjał temu. Było mało zajęć, kończyły się już w piątek, a zaczynały dla niektórych dopiero we wtorek.

Okolica zakładów i klinik lekarskich wraz z dzielnicami położonymi za Starą Odrą: Biskupinem, Sępolnem i Zaciszem ocalała niezrujnowana, sprawiała więc wrażenie oazy. Chodziło się do Domu Medyka nieopodal Mostu Zwierzynieckiego, do Bratniaka na Parkową i do stołówek: „trójki” na Olszewskiego, róg Wittigą (budynek nie istnieje) i „dwójki” na Wojciecha z Brudzewa („pod świnia”). Spacer do niej przez Most Szczytnicki, wzdłuż Odry, odsłaniał pięknie utrzymane brzegi rzeki i Most Zwierzyniecki w oddali, a po przeciwnej stronie kliniki. Nastrój tego miejsca przypominał „drózkę filozofów” z opisywanego przez Ludwika Hirszfelda Heidebergu, o którym wspomnienie zamieścił w bardzo wówczas poczytanej „Historii jednego życia”. Do lek-

tur tamtych czasów wprowadzających do zawodu lekarza, należała także wznowiona wtedy „Księga z San Michele” Axela Munthe, „El Hakim” Johna Knittela i „Cytadela” Archibalda J. Cronina.

Nasza nauka medycyny choć ograniczona niezupełnie normalnymi warunkami, była odbiciem i relacją tego, co się wtedy w medycynie działo. Okres ten charakteryzował się ujednoczeniem medycyny praktycznej, dyktowanym przez okupacyjne warunki w Europie. O wyższym poziomie można było mówić jedynie na obszarach, które uniknęły skutków wojny. Nie czuliśmy się odcięci od postępów w medycynie, ani w innych dziedzinach.

Na uczelnię składały się mury, grono nauczające i młodzież. Mury zakładów i klinik dobrze się zachowały, ale ich architektura i tradycja była dla nas studentów obca. Ówczesne nasze zabieganie i zajęcie się podstawowymi sprawami nauki i bytu nie pozwalały na zastanowienie się, że kryły spuściznę wielkiej nauki XIX i XX w. i uczyło się tu wielu polskich studentów.

Blizszą nam była tradycja, którą przynieśli do Wrocławia nasi Nauczyciele. Reprezentowali oni do 1939 r. różne środowiska akademickie, ale przede wszystkim Lwów. Stamtąd pochodzili T. Marciniak, Z. Sembrat, E. Płażek, G. Poluszynski, W. Ziembicki, A. Klisiecki, T. Baranowski, Z. Albert, K. Czyżewski, W. Grabowski, Z. Czeżowska, Z. Steusing, A. Falkiewicz, L. Węgrzynowski, W. Bross, H. Mierzecki, T. Zalewski, Z. Jezioro, J. Kaniak, A. Demianowski i B. Popielski. Z Krakowa przybyli: H. Kowarzyk, J. Hano, E. Szczekliki i R. Arend, z Warszawy H. i L. Hirszfildowie, M. Wierzbowska i S. Krzysztoporski, a z Poznania W. Kapuściński. Dziekanami byli profesorowie Kowarzyk, Baranowski, Falkiewicz i Krzysztoporski, a rektorem prof. Albert.

Wszyscy oni pozostali w pamięci studentów jako wychowawcy, nauczyciele, a dla wielu jako opiekunowie w ich przyszłym życiu zawodowym. Przypomnę żywe polemiki Kowarzyka z Hirszfildem zebrań Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. W pełni mogliśmy ich ocenić dopiero po latach, gdy powstały portrety literackie niektórych, np. Marii Wierzbowskiej w Słomczyńskie „Domu księdza Boduena” lub Henryka Makowera w autobiograficznym „Pamiętniku z getta warszawskiego”.

Profesorowie, a także adiunkci i asystenci byli nam życzliwi, rozumieli niezwykle warunki w jakich przyszło nam żyć i studiować, bo sami przeżywali je podobnie. Nasz

rocznik był liczny - 220 absolwentów i choć pozbawiony legendy pierwszego rocznika z 1945 r. to jednak odgruzowywał Wrocław. Liczba stu-



dentów zmniejszyła się na IV r. o około 100 osób; większość z nich przeszła do Szczecina na nowy Wydział Lekarski otwarty w 1951 r. Wiek studentów był zróżnicowany, a matury raczej powojenne. Wielu kolegów przychodziło na zajęcia w mundurach wojskowych, byli zdemobilizowani m. in. z kompanii akademickiej.

Cierpieliśmy powojenny niedostatek, a brak atrakcji, które by nas odciągały od nauki sprzyjał szybkiemu kończeniu studiów. Władze i organizacje społeczno-polityczne dopinowały do składania egzaminów. Nawoływano do „brania terminów”, aby poderwać ociągających się. Życie studenckie charakteryzowała hierarchizacja. Istniał wyraźny przedział pomiędzy II a III r. studiów ze względu na konieczność zdawania 5 poważnych egzaminów jako warunku przejścia na wyższe lata. Na pochodzie w Dniu Studenta utworzył się przypadkowo duży odstęp między tymi rocznikami, wszyscy się śmiali, że dzieli je te 5 egzaminów. Studenci na III r. byli już często asystentami na anatomii opisowej.

Na I r. wkroczyliśmy w okres zróżnicowania społeczno-politycznego. Działy 4 oficjalne organizacje młodzieżowe i niektóre organizacje katolickie. Dramaty 1944-1947 r. ominęły rocznik jako społeczność akademicka, nie oszczędzając niekiedy kolegów indywidualnie. Było to ważne dla zrozumienia mentalności rocznika. Byliśmy dojrzałymi dzięki wojnie i okupacji, nabraliśmy już doświadczenia w poruszaniu się w świecie powojennym, poznaliśmy rządzące konwencje i rygory. Szczęściem była możliwość szerokiego dostępu do nauki, co odciągało skutecznie od innych emocji, a czasami ratowało zdrowie i życie.

Szczególne znaczenie w mieście tak zniszczonym jak Wrocław miał udział w odbudowie. Prace te przynosiły efekty w postaci ułatwień życia codziennego np. w usprawnieniu komunikacji. Wstrząs spowodowany wojną, radość przeżycia, uświadomienie sobie podstawowych reguł gry panujących w nowym świecie, nieznaną budowę świetlanej przyszłości, były podstawą do akceptacji nowego porządku. Podstawy filozoficzne propagowane przez komunistów były uproszczone. To, co w innych ideologiach było zawile i relatywne, w „Krótkim kursie historii WKP” było jasne i łatwe. Tak wkraczaliśmy w lata 1948-1949. Monopolistyczna organizacja młodzieżowa powodowała aktywność wąskiego zespołu i bierność pozostałych, za-

jętych nauką i sprawami bytowymi. Wielu ludzi podczas studiów pracowało zawodowo. Z sympatią i szcunkiem wspominam małżeństwa, które skojarzyły się na roku.

Wstrząsy polityczne tamtych lat obracały się wokół walk wewnątrzpartyjnych z „odchyleniem prawicowo-nacjonalistycznym” i społeczeństwo było poza ich zasięgiem. Studia skończyliśmy przed odwilżą i październikowym przełomem. Studiowaliśmy pomiędzy wielkimi wydarzeniami politycznymi, w okresie stabilizacji nastrojów i bierności, to być może wywarło wpływ na mentalność i temperament rocznika wkraczającego w życie zawodowe. Byliśmy odpowiednio ukształtowani, tęskniliśmy za życiem spokojnym, bezkonfliktowym.

Wiele wydarzyło się we Wrocławiu podczas naszych studiów. Działy kawiarnie i lokale rozrywkowe, choć uboższe niż dzisiaj, ale tuż po skończeniu przez nas studiów było jeszcze gorzej. Złota era swinga przyszła nieoficjalnie na prywatkach. Zobaczyliśmy Ritę Hayworth zanim zdjęto amerykańskie filmy. Były to także najlepsze lata Edith Piaf, której przeboje słuchaliśmy z radio, gdy śpiewała „La vie en rose”. Przepowiadała nam „życie na różowo”, ale czy rzeczywiście było ono takie?

Rocznik 1952 spotkał się znów w Młodowie

Co roku od 1989 roku grupa Koleżanek i Kolegów, którzy ukończyli studia lekarskie we Wrocławiu w roku 1952, zjeżdża nad Poprad. Spotkania odbywają się obecnie w Ośrodku Wypoczynkowym PKP w Młodowie koło Piwnicznej. Gospodarzem tych małych zjazdów Roku jest kol. dr med. Jerzy Masior, stale mieszkający i pracujący w Nowym Sączu. Prowadzi tam szeroką działalność kulturalną, jest kustoszem pamięci o Lwowie, propaguje ją w całej Polsce. Jest nie tylko jednym z absolwentów Roku, lecz także jego przyjacielem i opiekunem wspomnień. Co 5 lat odbywa się duży zjazd we Wrocławiu, ale u Jurka Masiora spotkania są coroczne i tym razem od 10 do 13 września 1998 r. zgromadziły 29 osób. Jest miłą tradycją, że w trakcie spotkania odbywają się wycieczki na Podkarpacie, na Słowaczczyznę, a w 1996 r. odwiedziliśmy Lwów. Tym razem przy pięknej pogodzie oglądaliśmy zbiornik na Dunajcu z wyżyn Zamku w Niedzicy.

Tadeusz Heimrath

Listy do redakcji

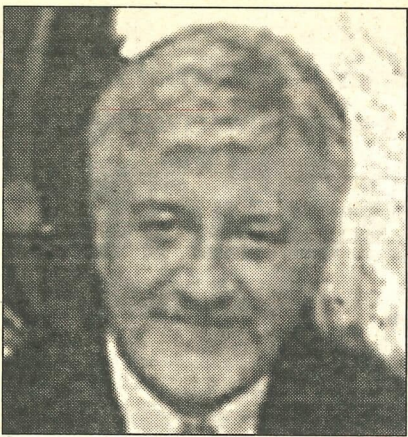
Przedstawione problemy dotyczą ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. nr 28 poz. 153, nr 75 poz. 468, z 1998 r. nr 117 poz. 756), a konkretnie art. 56.

Jestem lekarzem rodzinnym na kontrakcie z Dolnośląską Regionalną Kasą Chorych i z ustawy wynika, że nie mogę podjąć pracy dodatkowej udzielając świadczeń ambulatoryjnych w innej przychodni, która z kasą kontrakt podpisała. Jednocześnie gdybym był pracownikiem najemnym mógłbym mieć kilka miejsc pracy. Czy w warunkach monopolu płatnika, jakim jest kasa chorych, nie jest to nierówne traktowanie podmiotów?

W kontrakcie z Kasą Dolnośląską jest zawarta klauzula, że nie zatrud-

nię osoby naruszającej zapis art. 56. Co w takim razie z zastępstwami w czasie szkoleń? (mamy dyplom odnawialny i w wypadku braku tychże musimy składać powtórny egzamin). Gdzie możliwość regeneracji sił? Przecież każdy z nas poza bezrobotnymi pracuje albo w innej praktyce, na własnym kontrakcie, albo w SPZOZ, który też kontrakt zawarł. Jak to się ma do jednoosobowych praktyk w kontekście opieki całodobowej, do której Kasy chcą nas zmusić od 2000? Nasuwa się tu refleksja, że mamy do czynienia z przywiązaniem lekarzy rodzinnych do ich praktyk tak jak chłopów pańszczyźnianych.

*Jarosław Trojmar
Specjalista med. rodzinnej*



Prof. dr hab. Andrzej Steciwko, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu.

Pięciolecie rodzinnych medyków

Bardzo uroczyste przez trzy czerwcowe dni (25-27) obchodzili swoje święto dolnośląscy lekarze rodzeni. Był to VII Zjazd i 5-lecie Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu. W programie obchodów

było zwiedzanie nowoczesnie urządzonego i wyremontowanego reprezentacyjnego budynku przy ulicy Syrokomli, który jest siedzibą Katedry. Uroczysta akademii rocznicowa odbyła się w Teatrze Polskim, a bankiet w Sali Rycerskiej Ratusza. Podczas akademii wystąpił przedstawiciel prezydenta RP, wiceminister M. Piróg, oraz były wiceminister K. Kuszewski, a także przedstawiciel Urzędu Wojewódzkiego i Marszałkowskiego, dr. L. Sokalski. Prof. A. Steciwko opowiedział o pięcioletniej historii medycyny rodzinnej na Dolnym Śląsku.

Kapituła przyznała statuetki Hipokratesa i dyplomy najbardziej zasłużonym ze śp. ministrem J. Żochowskim na czele. Odznaczenie to odebrała Jego Żona pięk-

nie przemawiając w Jego Imieniu.

W części artystycznej zachwylił zespół pieśni i tańca "Jedlnik", grupa jazzowa W. Karolaka oraz Hanna Banaszak we wzruszającym recitalu. Zabawa



w historycznych wnętrzach Ratusza trwała do białego rana.

Nad całością uroczystości dyskretnie czuwał przewodniczący Komitetu Organizacyjnego, a zarazem główny bohater tych dni - animator medycyny rodzinnej na Dolnym Śląsku - prof. dr hab. Andrzej Steciwko.

Wszystko to obserwował i wino z pucharu spijał Wasz korespondent. (AW)



Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej

Lista osób, które zdały z wyróżnieniem egzamin I stopnia w sesji jesiennej 1998 r.

- | | |
|--|--|
| 1. lek. stom. Edyta Cetnarska, stomatologia ogólna, lek. stom. Andrzej Maciejewski | 2. lek. stom. Barbara Smaczyska, stomatologia ogólna, lek. stom. Andrzej Maciejewski |
|--|--|

Lista osób, które zdały z wyróżnieniem egzamin specjalizacyjny II stopnia w sesji jesiennej 1998 r.

- | | |
|--|---|
| 1. lek. Cezary Kędzia, medycyna pracy, lek. Andrzej Bednarczyk | 8. lek. Anna Okrutniak-Wolańska, pediatria, prof. dr hab. Wiesław Prusek |
| 2. lek. Olga Knap, pediatria, dr n. med. Zdzisława Piotrowska-Gede | 9. lek. Grażyna Salomon, neurologia, dr n. med. Maria Ejsma |
| 3. lek. Barbara Kostka, pediatria, prof. dr hab. Wiesław Prusek | 10. lek. Maria Sokołowska, anestezjologia i intensywne terapię, dr n. med. Grażyna Durek |
| 4. lek. Magdalena Krawczyńska, pediatria, lek. Marian Federowicz | 11. lek. Marzena Targowska, Adamczuk, pediatria, prof. dr hab. Wiesław Prusek |
| 5. lek. Katarzyna Krępała, choroby wewnętrzne, lek. Bożena Klepacka | 12. lek. Jan Trafidło, choroby płuc, dr n. med. Ryszard Narkiewicz |
| 6. dr n. med. Andrzej Kulczuga, pediatria, doc. dr hab. Danuta Zwolińska | 13. lek. Bernadeta Tułaza, anestezjologia i intensywne terapię, lek. Maria Turowska-Reginia |
| 7. lek. Romuald Mularczyk, medycyna ogólna, lek. Jolanta Błażewicz-Zawodniak | 14. dr n. med. Krzysztof Wytrychowski, alergologia, prof. dr hab. Józef Małolepszy |

Polkowice

Pierwsze spotkanie samorządowców z Kasą Chorych

7 czerwca w Polkowicach odbyła się I Dolnośląska Konferencja Samorządowa „Kasy Chorych a samorządy. Kompetencje, możliwości i perspektywy współpracy”.

Głównym tematem spotkania, w którym uczestniczyli przedstawiciele samorządów z terenu Dolnego Śląska, była sytuacja w służbie zdrowia i rola lokalnych władz samorządowych we wprowadzaniu reformy. W swoim wystąpieniu Barbara Misińska, dyrektor Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych, powiedziała, że - „samorządy nie mogą funkcjonować w oderwaniu od kas chorych i te dwie instytucje stanowią podstawę trójką reformy”.

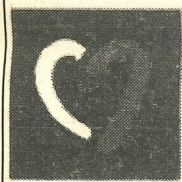
Marek Tramś, starosta powiatu polkowickiego, poinformował zebranych, że samorząd nie boi się reformy służby zdrowia, a jedynym problemem w realizacji zadań nałożonych na gminy i powiaty jest brak dotacji finansowych, i luka w zapisie prawnym. Robert Raczynski, przewodniczący komisji finan-

sów i budżetu sejmiku samorządowego, wskazał, że najmniej łózek szpitalnych przypada w dawnym województwie legnickim, a najwięcej we wrocławskim. Zwrócił uwagę na jakość usług świadczonych w placówkach i przeinwestowanie niektórych z nich. Krzysztof Tronczyński, zastępca dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu ds. Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, wskazał na rolę lokalnych samorządów w procesie restrukturyzacji służby zdrowia. Spośród uwagi poświęcił także na przybliżenie zebranym nowych rozporządzeń i uwarunkowań prawnych.

Drugą część spotkania poświęcono tematowi restrukturyzacji i prywatyzacji zakładów podstawowej opieki zdrowotnej. Podczas konferencji ponad 100-osobowej grupie samorządowców przybliżono problematykę wprowadzanych reform, a udało się także podczas dyskusji wyjaśnić wątpliwości, jakie pojawiły się od stycznia 1999 roku.



W prezydium spotkania samorządowców zasiadli: (od lewej) burmistrz Polkowic, Emil Stańczyszyn, starosta powiatu polkowickiego, Marek Tramś, dyrektor Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych, Barbara Misińska i rzecznik prasowy Legnickiego Oddziału DKCH, Jacek Zborowski



Polska Misja Medyczna

Medycyna Praktyczna Państwowa Straż Pożarna Lekarze Nadziei

Polska Misja Medyczna jest spontaniczną inicjatywą polskich lekarzy i strażaków. Powstała w celu niesienia pomocy medycznej ofiarom wojny na Bałkanach. Organizatorami misji są: Państwowa Straż Pożarna, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna oraz Stowarzyszenie Lekarze Nadziei.

Lekarze i strażacy od 26 kwietnia 1999 roku udzielają pomocy medycznej na terenie organizowanych w Albanii obozów dla uchodźców z Kosowa. Pod stałą opieką Polskiej Misji Medycznej znajduje się kilkanaście tysięcy osób, w większości kobiet i dzieci. Bazą misji jest obóz dla uchodźców w Ndrog. Na jego terenie lekarze prowadzą szpital jednego dnia oraz ambulatorium internistyczne, pediatryczne i chirurgiczne. Zespoły wyjazdowe regularnie, niemal codzien-

nie, odwiedzają kilkanaście obozów, głównie na północy Albanii. Lekarze przyjmują od 150 do 200 pacjentów dziennie. Najczęstsze problemy medyczne to infekcje dróg oddechowych i układu pokarmowego, schorzenia dermatologiczne oraz zaostrzenia chorób przewlekłych w związku z przerwaniem leczenia. W grupie

uchodźców, którzy przybyli przez góry, są liczne przypadki odmrożeń, ran i uszkodzeń kostno-stawowych. Chirurgicy wykonują proste zabiegi usuwania ciał obcych, np. odłamków granatów, opatrują urazy, w tym także rany postrzałowe. Pacjentami ambulatoriów są również noworodki oraz kobiety w

zaawansowanej ciąży. Misja prowadzi szczepienia wśród uchodźców i ludności albańskiej.

Działania Polskiej Misji Medycznej są bardzo wysoko oceniane przez uchodźców oraz międzynarodowe organizacje humanitarne. Polski zespół spotyka się z licznymi wyrazami wdzięczności mieszkańców obozów.

Obecnie w Albanii pomoc medyczna jest bardziej potrzebna niż pomoc materialna. Polska Misja Medyczna, realizując ten zakres działalności, stała się ewenementem w skali międzynarodowej. Organizacje humanitarne zwracają się z prośbą o objęcie opieką kolejnych obozów. Wkrótce misja uruchomi drugi stały ośrodek na północy Albanii.

Organizatorzy apelują o dalszą pomoc finansową, która pozwoli kontynuować działalność Polskiej Misji Medycznej. Przewiduje się, że koszt działania misji w ciągu najbliższych czterech miesięcy wyniesie około 1 milion złotych. Działalność misji jest bezterminowa - będzie trwała, dopóki pomoc medyczna będzie potrzebna, lub do wyczerpania środków.

Organizatorzy zwracają się również z prośbą do lekarzy, pielęgniarek i psychologów dziecięcych o podjęcie trzytygodniowej pracy w charakterze wolontariuszy.

Wpłaty można dokonywać na konto: Stowarzyszenie Lekarze Nadziei, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 16, PKO BP I O/Kraków, Nr: 10202892-166067-270-1-111.

Wszelkie informacje można uzyskać pod numerem telefonu 0800130085.



Lekarze z Polskiej Misji Medycznej ratują życie uchodźcom albańskim z Kosowa.

**Okręgowa Warmińsko-Mazurska
Izba Lekarska w Olsztynie zaprasza
na Mistrzostwa Polski Pracowników
Ochrony Zdrowia w Brydżu Sportowym
3-5 września 1999 r.**

Środek Wczasowy „Elzam” - Bogaczewo k. Morąga
koszty zakwaterowania - 1 osobodzień w domku 4- lub 6-
osobowym (w tym 3 posiłki) wynosi 55 zł
turniej
piątek (od pary) - 25 zł
sobota (od pary) - 50 zł
niedziela (od teamu) - 80 zł
zapewniamy komfortowe warunki pobytu.
zgłoszenia prosimy przesyłać na adres:
Środek Wczasowy „ELZAM”
Bogaczewo, 14-300 Morąg
tel./fax (08985) 2877

Komunikat nr 1

Drodzy Koledzy,
godnie z oczekiwaniem środowiska lekarzy rodzinnych i
ginekologów

Fundacja Rozwoju Endokrynologii

pragnie zorganizować warsztaty poświęcone problematyce
menopauzy i andropauzy z udziałem największych autory-
tetów krajowych.

W trakcie jednodniowych sobotnich warsztatów proponuje-
my Państwu jeden dzień ciężkiej interaktywnej pracy w gru-
pach 20-osobowych. Oczekujemy, że przygotują Państwo do
dyskusji i rozwiania swoich wątpliwości przypadki z codzien-
nej praktyki dotyczące problematyki ginekologiczno-onko-
logicznej, endokrynologiczno-kardiologicznej, andrologicz-
nej oraz osteoporotycznej. W trakcie grupowych dwugodzin-
nych spotkań każdy z wykładowców przedstawi w ciągu 20
minut, najistotniejsze problemy praktyczne z dziedziny, w
której jest ekspertem. Planujemy początek zajęć o godzinie
9.00, natomiast zakończenie po godzinnej przerwie na obiad
o godz. 19.00.

Koszt udziału uwzględniający obiad 200 zł, ilość uczestni-
ków kursu ograniczona. Osoby zainteresowane prosimy
o przesłanie swoich danych personalnych do sekretari-
atu Katedry i Kliniki Endokrynologii i Diabetologii
50-364 Wrocław, ul. Pasteura 4 (fax 071-328-23-49)
z dopiskiem **Menopauza-Andropauza**, w terminie do
30 sierpnia 1999 r. Jedynie te osoby zostaną powia-
domione o terminie warsztatów planowanym na listo-
pad/grudzień 1999 r.

*Z koleżeńskim pozdrowieniem
prof. dr hab. med. Andrzej Milewicz*

**Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu
Studium Medycyny Społecznej
i Zdrowia Publicznego**

ogłasza nabór na nowy, atrakcyjny kierunek kształcenia kadr
w ochronie zdrowia w ramach

**Podyplomowego Studium
Menedżerów Ochrony Zdrowia**

Nauka w Studium będzie się odbywać w systemie weeken-
dowym przez trzy semestry i zakończy się uzyskaniem dy-
plomu.

Zajęcia rozpoczną się w roku akademickim 1999/2000 i pro-
wadzone będą przez doświadczoną kadrę naukową wrocław-
skich wyższych uczelni.

Zapraszamy absolwentów różnych uczelni, którzy pracują,
lub zamierzają pracować, w sektorze ochrony zdrowia.

Zgłoszenia prosimy kierować listownie na adres:
**Studium Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego
Akademii Medycznej we Wrocławiu**

**Wybrzeże Ludwika Pasteura 1
50-367 Wrocław**

lub fax: 328-01-91

z dopiskiem „**Studia podyplomowe**”.

Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc (maksymalnie 50)
decyduje kolejność zgłoszeń.

Intensywny kurs z 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 Medycz-
nej odbędzie się **Międzynarodowy Intensywny Kurs
Onkologii** zorganizowany pod patronatem programu Era-
smus i Wspólnoty Europejskiej. Tematem kursu będzie pre-
zentacja najnowszych osiągnięć w zakresie badań naukowych
nad patogenezą, biologią nowotworów oraz przedstawienie
współczesnych metod i wyników leczenia chorób nowotwo-
rowych ze szczególnym uwzględnieniem chorób rozrostow-
ych układu krwiotwórczego. Organizowany kurs ma po-
stać serii wykładów wygłaszanych przez wykładowców z
krajów i 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 Inten-
sywnym 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, onko-
logów, diagnostów i innych chętnych. Finansowe warunki
uczestnictwa w kursie są do uzgodnienia z organizatorami.

Koordinator Kursu Onkologii

prof. dr hab. Alicja Chybicka

Przewodniczący Komitetu Naukowego

prof. dr hab. Jan Kornafel

Uczelniany Koordynator programu Erasmus

dr hab. Maria Szaśniadek

**VI Ogólnopolska Konferencja
Szpitali Promujących Zdrowie**

15-17 listopada 1999 r. odbędzie się we Wrocławiu VI Ogól-
nopolska Konferencja Szpitali Promujących Zdrowie pod
hasłem:

**Prawo pacjenta do edukacji zdrowotnej -
wyzwanie i konieczność dla współczesnych
i przyszłych kierunków rozwoju medycyny
organizowana przez Wojewódzki Szpital
im. J. Babińskiego we Wrocławiu.**

Honorowy patronat nad spotkaniem objęli: Minister Zdro-
wia i Opieki Społecznej, Marszałek Województwa Dolnoślą-
skiego, Fundacja Komitetu Helsińskiego Obrony Praw Czło-
wieka, WHO.

Proponowany zakres tematyczny prac

- nowotwory,
- choroby narządów ruchu,
- osteoporoza,
- choroby układu moczowego,
- choroby układu krążenia,
- stres,
- cukrzyca i choroby metaboliczne,
- choroby układu oddechowego,
- media w promocji zdrowia.

Konferencja otwarta jest również dla pracowników jedno-
stek służby zdrowia nie zrzeszonych w sieci szpitali promu-
jących zdrowie.

Komitet Organizacyjny

Przewodniczący

Zastępca Dyrektora Wydziału Polityki Zdrowotnej

Urzędu Marszałkowskiego

lek. med. Ryszard Jadach

Dyrektor Szpitala

mgr Krzysztof Staśkiewicz

**Szczegółowe informacje dotyczące uczestnictwa w Kon-
ferencji:**

**Wojewódzki Szpital im. J. Babińskiego, 50-043 Wro-
cław, pl. 1 Maja 8**

tel. 071/341-00-00, 354-44-44, wew. 407

GSM 0/601-445-705 fax 071/344-10-25

e-mail: szpbabin@dilnet.wroc.pl
**www: http://www.dilnet.wroc.pl/babin/konferen-
cja.htm**

Drodzy Przyjaciele,

**AMOPF będzie obchodził
w październiku 10 lat**

swojego istnienia. Jest to ważny i uroczysty moment
w „życiu” każdego stowarzyszenia, zwłaszcza, że
przez te 10 lat stowarzyszenie było ciągle aktywne i
wydaje nam się, że byliśmy pożyteczni.

Nasz Jubileusz będziemy obchodzili przez 3 dni, **od piątku
8 października do niedzieli 10 października 1999.**

W tym spotkaniu poświęcimy dużo czasu na rozrywki, nie-
spodzianki i spotkania towarzyskie. Niemniej korzystamy z
okazji, aby zorganizować w sobotę 9 października **KONFE-
RENCJĘ NA TEMAT OCHRONY ZDROWIA W POL-
SCE W PERSPEKTYWIE PRZYSTĄPIENIA POLSKI
DO UNII EUROPEJSKIEJ.** Konferencję tę organizuje-
my wraz z Fundacją Francja-Polska pod „patronatem” Pro-
fesorstwa Stefana Mellera, ambasadora Rzeczypospolitej we
Francji. Mamy zapewniony udział pierwszoplanowych oso-
bistości (p. Minister Kamińska, Mr Spaeth dyrektor naczel-
ny francuskiej Kasy Chorzych), co z pewnością pozwoli na
wysoki poziom obrad i być może na poprawę funkcjonowa-
nia reformy zdrowia w Polsce. Z wiadomości, które mamy
reforma ta pozostawia wiele do życzenia, powodując niez-
adowolone zarówno pacjentów, jak też lekarzy. Być może
nasza konferencja pozwoli na wprowadzenie korzystnych
zmian. Oczywiście nasz jubileusz może się udać wyłącznie
przy Waszej pomocy.

Zapraszamy Was serdecznie do przyjazdu do Paryża.

Dla pewnej liczby Kolegów, którzy nie mogą liczyć na zwrot
kosztów (z uczelni lub z kosztów praktyk lekarskich) posta-
ramy się zapewnić zakwaterowanie w mieszkaniach człon-
ków i sympatyków AMOPF-u. Wszystkim chętnym wysta-
wimy zaświadczenie o udziale w konferencji zawodowej,
wystarczająco ogólne, aby pozwoliło na redukcję podatko-
wą.

Ci z Kolegów, którzy byli na naszym poprzednim spotkaniu
federalnym w październiku w 1996 pamiętają z pewnością
„ciepłe” przyjęcie, jakie AMOPF przygotował swoim go-
ściom. Tym razem postaramy się przyjąć Was w Paryżu rów-
nie dobrze, a może jeszcze lepiej.

Program wstępny naszego jubileuszu po polsku i po francu-
sku (jeżeli macie przyjaciół francuskojęzycznych), a także
kupon do zgłoszenia udziału w naszym spotkaniu znajdzie-
cie Państwo w naszej witrynie internetowej:

<http://members.xoom.com/Federation/amopf.htm>

Pozdrawiam Was serdecznie licząc na współpracę

Piotr Konopka

**Wydawnictwo Medyczne
Urban&Partner**

ul. M. Skłodowskiej-Curie 55/61

50-950 Wrocław

tel. (071) 328-54-87, 328-30-68, 328-30-69

fax (071) 328-43-91

**Polecamy wszystkim lekarzom pediatrom nowości
1999 roku**

Diagnostyka i terapia w pediatrii

F. Lust, G. Pfandler

wyd. I polskie pod red. I. Norkskiej-Borówki

cena 98 zł

Nowoczesny, obszerny podręcznik, w którym oprócz omó-
wienia patologii poszczególnych układów i narządów, poda-
no wyczerpujące informacje z dziedziny neonatologii, gene-
tyki oraz stanów nagłych w pediatrii, a także zaburzeń psy-
chosocjalnych. Czytelnik znajdzie też wiadomości na temat
chorób zakaźnych i zalecanych szczepień, uzupełnione o
normy prawne obowiązujące w Polsce.

Odbiorcą książki mogą być wszyscy lekarze, którzy zajmują
się w praktyce leczeniem małych pacjentów: pediatrzy, le-
karze rodzinni, psychiatrzy i psychologowie dziecięcy.

**Diagnostyka ultrasonograficzna
w pediatrii**

C. Schroder, H.-C. Oppermann

wyd. I polskie pod red. K. S. Jędrzejewskiego

cena 88 zł

W *Diagnostyce ultrasonograficznej w pediatrii* autorzy przed-
stawili specyfikę wykonywania badań USG u dzieci. Wiado-
mości teoretyczne uzupełniono licznymi ultrasonogramami.
Czytelnik znajdzie w książce informacje na temat obrazowa-
nia zmian patologicznych poszczególnych narządów. Tekst
ilustrowany jest schematami i wykresami ułatwiającymi prze-
prowadzanie badania i ustalenie właściwego rozpoznania.

Zapraszamy do współpracy

Profesor dr hab. Wojciech Witkiewicz
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu przy ulicy Kamieńskiego 73a
zaprasza do współpracy

Lecznictwo szpitalne, wielospecjalistyczne,
w oddziałach:

1. stacjonarnej opieki podstawowej:

- Oddział Internistyczny z Pododdziałem Kardiologicznym 3270322
 - Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej, Urazowej i Transplantologii 3270337
 - Oddział Ginekologiczno-Położniczy 3270221
 - Oddział Dziecięcy z Pododdziałem Gastroenterologii i Pododdziałem Alergologii 3270251
 - 2. stacjonarnej opieki specjalistycznej:
 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii 3270223
 - Oddział Noworodków i Wcześnieaków z Pododdziałem Patologii Noworodka 3270354
 - Oddział Urologiczny 3270318
 - Oddział Laryngologiczny z Pododdziałem Laryngologii Dziecięcej 3270308
 - Oddział Okulistyczny 3270360
 - Oddział Dermatologiczny 3270311
 - Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej z Pododdziałem Intensywnej Terapii dla Dzieci 3270150
 - Oddział Kardiologii Dziecięcej 3270150
 - Oddział Dzienny Wieloprofilowy 3270150
 - Oddział Internistyczno-Nefrologiczny 3270418
- Działy i Pracownie Szpitala:
- 1. Dział Diagnostyki Obrazowej w Pracowniach:
 - Rezonansu Magnetycznego 3270397
 - Komputerowej Tomografii 3270397
 - Rtg Diagnostyki 3270268
 - USG 3270268
 - Badań Naczyniowych i Radiologii Zabiegowej 3270260
 - 2. Dział Rehabilitacji 3270261
 - 3. Pracownia Elektrodiagnostyki 3270263
 - 4. Pełna Diagnostyka Ginekologiczno-Położnicza: 3270248
 - USG narządu rodnego
 - USG płodu
 - 5. Okulistyczna Pracownia Ultrasonograficzna: 3270215

- USG A: biometria, komputerowy dobór soczewek wewnątrzgałkowych
- USG B: diagnostyka schorzeń wewnątrz- i pozagałkowych

6. Dział Diagnostyki Laboratoryjnej 3270391

7. Pracownia Bakteriologiczna 3270325

8. Pracownia Endoskopowa 3270275

9. Pracownia Litotrypsji 3270413

Ambulatoryjne lecznictwo specjalistyczne w przychodni przy szpitalnej z poradniami:

- Poradnia Internistyczna Konsultacyjna 3270218
- Poradnia Kardiologii Dziecięcej 3270102
- Poradnia Kardiochirurgii i Chirurgii Dziecięcej 3270102
- Poradnia Zaburzeń Rytmu Serca u Dzieci 3270102
- Poradnia Rehabilitacyjna dla Dzieci po Zabiegach Kardiochirurgicznych 3270102
- Poradnia Stymulacji Serca 3270218
- Poradnia Diabetologiczna 3270218
- Poradnia Gastroenterologiczna
- Poradnia Chirurgii Ogólnej 3270252
- Poradnia Chirurgii Naczyniowej 3270252
- Poradnia Leczenia Kamicy Układu Moczowego metodą ESWL 3270413
- Poradnia Urologiczna 3270255
- Poradnia Ginekologiczna Konsultacyjna 3270248
- Poradnia Ginekologii dla Dziewcząt 3270248
- Poradnia Chorób Sutka 3270248
- Poradnia Patologii Noworodka
- Poradnia Pediatryczna Konsultacyjna 3270238
- Poradnia Gastroenterologii Dziecięcej 3270238
- Poradnia Alergologii Dziecięcej 3270238
- Poradnia Laryngologiczna 3270205
- Poradnia Okulistyczna 3270215
- Poradnia Okulistyczna dla Dzieci 3270215
- Poradnia Okulistyczna Leczenia Jaskry 3270215
- Poradnia Nieinwazyjnego Badania Tętnic i Żył 3270172
- Poradnia Skórno-Wenerologiczna 3270309
- Poradnia Dermatologii 3270309
- Poradnia Chorób Alergologicznych Skóry 3270309

- Poradnia Neurologiczna 3270242
- Poradnia Onkologiczna 3270242
- Poradnia Stomatologiczna 3270279
- Poradnia Stomatologiczna dla Dzieci Upośledzonych Psychoruchowo 3270279

Wszystkie Oddziały, Poradnie i Pracownie przyjmują pacjentów z terenu Wrocławia i całego województwa dolnośląskiego. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego do bezpłatnej usługi medycznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu mają prawo pacjenci Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych oraz podopieczni Opolskiej Regionalnej Kasy Chorych w ramach zawartych przez Szpital umów.

Od 1.01.1999 roku utworzono również Przychodnię Podstawowej Opieki Zdrowotnej obejmującej swoją opieką już około 6 tys. podopiecznych. Świadczeń udzielają lekarze delegowani z oddziałów Internistycznego, Pediatrycznego i Ginekologiczno-Położniczego. W ramach kompleksowej usługi medycznej Szpital obejmuje również opieką Pogotowia Ratunkowego rejon zamieszkały przez 110 tys. mieszkańców.

Wszystkie Oddziały i Poradnie dostępne są dla osób na wózkach oraz osób o ograniczonej zdolności poruszania się.

Dla wygody pacjentów i odwiedzających w Szpitalu pracują:

- szatnia z odzieżą ochronną
- biblioteka szpitalna
- kiosk, sklep spożywczy, kawiarnia
- sklepik odzieżowy
- automaty z napojami
- agencja PKO oraz całodobowy bankomat Banku Zachodniego

- na każdym oddziale zainstalowano automaty telefoniczne z własnym numerem

Dojazd do szpitala autobusami linii 144 oraz K.

Dyrektor szpitala przyjmuje w sprawie skarg, uwag i wniosków dotyczących działalności szpitala codziennie w godzinach 6.00 - 6.45 w pok. 1020 I p, lub pod nr telefonu 3270202.

12 WRZEŚNIA 1999 ROKU LEKARZE
SPOTKAJĄ SIĘ NA POLACH BITEWNYCH POD
ŁĘCZYCĄ W RAMACH UROCZYSTOŚCI
60-LECIA WYBUCHU II WOJNY ŚWIATOWEJ.

Głównym organizatorem uroczystości jest Korpus Medyczny Armii Poznań 1939. Bliższych informacji udziela honorowy komendant Korpusu prof. Gerwazy Świdorski, tel. 325-31-13.

Organizator V JUBILEUSZOWYCH MISTRZOSTW POLSKI W PIŁCE NOŻNEJ LEKARZY

informuje, że mistrzostwa odbędą się w Mielcu 9 - 10 października 1999 roku.

Zgłoszenia drużyn przyjmują:

- lek. Jarosław Marzec - tel. (017) 584-10-92
- inż. Leszek Kołacz - tel. (017) 586-27-58

Termin zgłoszenia mija 20 sierpnia 1999 r.

O zakwalifikowaniu się do Turnieju decyduje kolejność zgłoszeń.

Komitet Organizacyjny

W ramach ogólnopolskiego biegu długodystansowego pod nazwą PÓLMARATON SŁOWIŃSKI na trasie Rowy-Ustka (województwo pomorskie) odbędą się
**II Mistrzostwa Polski Lekarzy
na tym dystansie.**

Bieg odbędzie się 26 września 1999 r. (niedziela) i figuruje w kalendarzu imprez wydanym na rok 1999 przez Federację Klubów Biegacza i Polskie Stowarzyszenie Biegów. Wszelkich informacji udziela: Dyrektor Biegu lek. med. Edward Pokorny (członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku) 76-270 Ustka ul. Bursztynowa 20, tel. (059) 81-44-734 lub 0 601 66-30-92.



SKOK

SPÓŁDZIELCZA KASA OSZCZĘDNOŚCIOWO-KREDYTOWA
im. FRANCISZKA STEFCZYKA, Oddział Dolny Śląsk

**LOKATY
16% ROCZNIE**

Wrocław, ul. Fabryczna 10, tel. 35-65-106, 35-65-107

MIĘDZYNARODOWE TARGI MEDYCZNE

MEDAX 99

IZRAEL

Kraj, który trzeba zobaczyć.

Atrakcyjny program turystyczny

termin - 1.11. - 9.11.99 cena 1100 \$

W cenie: samolot, wyżywienie i pozostałe świadczenia. Wystawiamy faktury VAT.

Biurowiska Turystyczne „ODYS”, ul. Powstańców Śl. 5,
53-332 Wrocław, tel. (071) 78-33-333,
tel./fax 361-90-69

UWAGA: Planowana zmiana miejsca biura, tel. awaryjny (071) 339-73-96 wieczorem.

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 17 maja 1999 roku zmarła lekarz stomatolog
KRYSTYNA HASSO-AGOPSOWICZ
koleżanki i koledzy z Terenowego Koła DIL
„Zespołu Uzdrawisk Kłodzkich” SA w Polanicy Zdroju

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci
MATKI
pani Ordynator EWIE DOBROWOLSKIEJ
składają pielęgniarki z oddziału wewnętrznego III
w Lubinie

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

Pharmacia & Upjohn

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

OGŁOSZENIA DROBNE

Zachodnie unity stomatologiczne "z drugiej ręki" z gwarancją i serwisem. Wrocław, ul. Sarbinowska 19, tel. (071) 373-78-70, GSM 0601 72-40-32, Nysa tel. (077) 33-44-54.

Stomatologia, protetyka, kompletne gabinety używane - (071) 372-73-14, 0601 76-11-25, 0601 72-73-14.

Gabinet laryngologiczny, wizyty domowe, elektronystagmografia (badanie błędników). Umowa z Kasą Chorych na refundację świadczeń. Angielski - tłumaczenia. Specjalista otolaryngolog Maria Nozdyńska. Wrocław, Rapackiego 7, tel. 339 88 49, 0 602 38 76 93.

Sprzedam unit stomatologiczny RITTER "PRACTODENT", cena 4000 zł. Tel. (071) 328-49-19, wieczorem.

Do wynajęcia gabinety lekarskie, telefon 35-777-31.

Sprzedam wyposażenie gabinetu stomatologicznego: autoklaw, kompresor, pompa ssąca, mieszalnik, lampa, unit-CART, meble, cena 9000,-. 364-48-09, 0 601 72-43-13.

Sprzedam fotel ginekologiczny oraz Lancetron GT 300, tel. (074) 52-98-60 po 21.00.

Sprzedam wyposażenie gabinetu okulistycznego, tel. 325-34-92, 0 601-53-48-28.

Zamienię mieszkanie kwaterekowe (1974), Huby, 63 m kw. na dwa mieszkania, najlepiej KRZYKI, ŚRÓDMIEŚCIE, tel. 3360157.

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.

Lekarka kończąca staż podyplomowy we wrześniu 1999 szuka pracy, najchętniej z możliwością specjalizacji w specjalnościach niezabiegowych. Adres: LEK. MED. STAŻYSTA, ul. Inowrocławska 3/4, tel. 355-99-93.

Lekarz z doświadczeniem z medycyny alternatywnej poprowadzi lub założy oddział rehabilitacji onkologicznej lub oddział alternatywnego leczenia nowotworów z odnową psychobiologiczną, albo alternatywnego leczenia chorób układu krążenia, reumatycznych i schorzeń kręgosłupa. Kontakt tel. 0 603 87 16 15 po 13.00.

DAM PRACĘ

Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Leczniczy „Provita” Wrocław, ul. Bierutowska 59, tel. 325-31-59, 345-63-76, 325-27-08 wew. 22 zatrudni LEKARZA OKULISTĘ.

Technik dentystyczny posiadający dobrze wyposażony gabinet stomatologiczny oraz pracownię protetyczną w Grodkowie, 50 km od Wrocławia, poszukuje LEKARKI 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. Ołbińska 32 pilnie zatrudni ANESTEZJOLOGA z minimum I st. specjalizacji. Warunki pracy do omówienia z ordynatorem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, tel. (071) 40-46-21, 40-42-86, 40-42-92.

Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Ambulatoryjnego w Krzelowie zatrudni na bardzo korzystnych warunkach lekarzy INTERNISTÓW w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Wińsku, Krzelowie i Głębolicach. Możliwe zatrudnienie lekarza INTERNISTY i PEDIATRY. Zapewniam mieszkanie w Ośrodku Zdrowia w Głębolicach i ładne mieszkanie 3-pokojowe na terenie gminy Wińsko. Krzelów 49, dr Mieczysław Stembalski, tel. (071) 389-91-81, 389-93-93.

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

ASTRA
CLASSIC

ZNIŻKI DLA LEKARZY

6,5% od ceny
każdego modelu Opla



OPEL 

ZAPRASZAMY

P.H. UNIMO

RZESZOTARY, ul. Legnicka 1
Salon tel. 076/ 856-04-58
Serwis tel. 076/862-37-71
Czesci tel. 076/862-37-77

LUBIN, ul. Scinawska 49
tel./fax 076/ 844-25-65



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

zatrudnię lekarza STOMATOLOGA, warunki pracy do uzgodnienia, tel. 0501 72-13-35, 347-68-44 po godz. 17.00.

zatrudnię lekarzy stomatologów, tel. 08-99-58, 322-13-20.

zatrudnię lekarza PEDIATRĘ na nową pracę w Wiejskim Ośrodku Zdrowia Strzelce Świdnickie - od wtorka, tel. (074) 58-16-75 po 17.00.

ORTODONTE - współnika do gabinetu we Wrocławiu przyjmę, 353-39.

dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Rejonowego w Bogatyni, ul. Szpitalna 16, tel. (075) 77-32-031 (do 33) zatrudni zaraz dwóch lekarzy co najmniej z I st. specjalizacji z CHIRURGII OGÓLNEJ. Warunki pracy i płacy dobre. Sprawy mieszkania do omówienia. Oferty pracy wraz z cv proszę kierować na adres: SP ZOZ Szpital Rejonowy, ul. Szpitalna 16, 59-920 Bogatynia.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ząbkowicach Śl., ul.

Armii Krajowej 46 (tel. (074) 151-219, tel./fax 151-493) zatrudni lekarzy specjalistów: ANESTEZJOLOGA, ENDOKRYNOLOGA, ORTOPEDĘ. Dysponujemy mieszkaniem. Oferty proszę składać na podany adres.

Dyrektor Specjalistycznego Szpitala Zespołowego im. Stefana Batorego w Wałbrzychu zatrudni lekarza neurologa z II st. specjalizacji do pracy w Oddziale Neurologicznym oraz LEKARZY po stażu podyplomowym chcących się specjalizować w zakresie CHOROBY WEWNĘTRZNYCH do pracy w Oddziale Wewnętrznym. Oferty prosimy kierować pod adresem: Specjalistyczny Szpital Zespołowy w Wałbrzychu im. Stefana Batorego, ul. Stefana Batorego 4, 58-300 Wałbrzych. Warunki pracy i płacy do omówienia na miejscu.

Zatrudnię 2 lekarzy INTERNISTÓW lub lekarzy MEDYCYNY RODZINNEJ - NZOZ Diagnostyki, Dzierżoniów, ul. Sikorskiego 11, tel. (074) 31-93-90, lek. Adam Iwaszko.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sycowie zatrudni:

- lekarzy RODZINNYCH
- lekarzy PEDIATRÓW
- lekarzy INTERNISTÓW.
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. Zaświadczenia o posiadanej specjalizacji.
 4. Opis przebiegu pracy zawodowej.
- Oferujemy korzystne warunki płacowe.

Urząd Gminy, 59-816 Platerówka, woj. dolnośląskie, tel. (075) 722-16-90 zatrudni w Gminnym Ośrodku Zdrowia małżeństwo lekarskie: lekarza INTERNISTĘ i lekarza STOMATOLOGA. Zapewniamy duże mieszkanie - całe piętro dwurodzinnego budynku z telefonem i garażem.

Dyrekcja Wojewódzkiego Zespołu Szpitalno-Sanatoryjnego Chorób Płuc w Obornikach Śląskich

zatrudni w Podstawowej Opiece Zdrowotnej w Obornikach Śl.: lekarza INTERNISTĘ lub lekarza OGÓLNEGO. Bliższe informacje telefon 310-23-32.

Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie zatrudni lekarza PEDIATRĘ na pełny etat. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Tel. 39-22-969, ul. Mickiewicza 20. Strzelin położony jest 30 km od Wrocławia i ma dogodnie połączenie PKS, PKP.

Dyrekcja Wojewódzkiego Zespołu Szpitalno-Sanatoryjnego Chorób Płuc w Obornikach Śląskich zatrudni od zaraz asystentów w oddziałach szpitalnych chorób płuc i na oddziale wewnętrznym.

Dyrekcja ZOZ 59-700 Bolesławiec ul. Jeleniogórska 4 zatrudni: - 3 lekarzy ANESTEZJOLOGÓW na oddziale Intensywnej Terapii i Reanimacji lub chcących specjalizować się w tej dziedzinie, - 1 LEKARZA po stażu w Dziale Pomocy Doraźnej - zespół wyjazdowy. Możliwość otrzymania mieszkania dla małżeństwa anesteziologów.

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 12.00 - 16.00, czwartek 12.30 - 16.00

Sekretarz
Wojciech Firkowski
wtorek 12.00 - 14.00, czwartek 12.30 - 10.30

Zastępca Sekretarza
Alicja Niepołomska
czwartek 9.00 - 10.30

Skarbnik
Andrzej Szmida
poniedziałek 13.00 - 14.30, czwartek 11.00 - 14.00

Przewodniczący sądu lekarskiego
Ładeusz Kowalski
czwartek 13.30 - 14.30

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej
Jerzy Szkarłat
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)

Zebrań 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

1. Ogłoszenia drobne - 1 zł za słowo (płatne z góry)
2. 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 towarzyszy 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 lamowanie, 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 15 lipca 1999 r.

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

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 Jamroziak
Patrycja Malec
mgr Małgorzata Sieroń
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 Koleżeńskiej

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

Sekretariat Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Dziuba
mgr Jolanta Sulikowska

Kierownik Klubu Lekarzy „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-Homienik
poniedziałek-piątek 8.00-15.00
pełnomocnik DIL Jan Adamus

Legnica

pl. Słowiański 1
59-220 Legnica tel. (076) 86-285-76
Krystyna Krupa

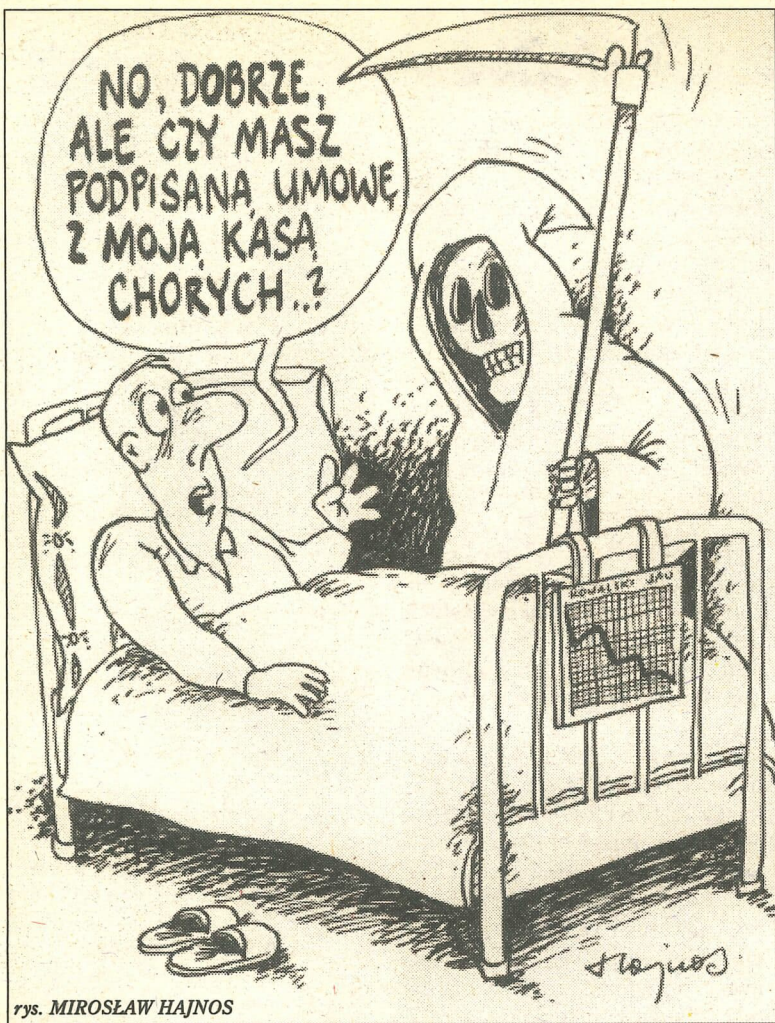
poniedziałek-piątek 8.00-15.00
pełnomocnik DIL
Artur Kwaśniewski

w czwartki pełnomocnicy i pracownicy delegatur przebywają w siedzibie DIL we Wrocławiu
radca prawny Liliana Konopska
pon. - środa 12.00 - 13.00
piątek 14.00 - 15.00

Adres internetowy

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

Roczna prenumerata „Medium” (11 numerów) 38 zł



rys. MIROSLAW HAJNOS

H O R O S K O P

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

Baran (21.03. - 20.04.)

Gwiazdy będą ci sprzyjały na początku lata, to wyjątkowo korzystny okres dla ułożenia spraw zawodowych. Może pojawi się szansa awansu i nie należy jej lekceważyć. Skończy się czas twoich kłopotów i rozczarowań. Poznanie nowych interesujących ludzi otworzy przed tobą interesujące zawodowe możliwości.

Byk (21.04. - 20.05.)

Na początku lata ogarną cię silne uczucia i tak tobą zawładną, że możesz stracić zimną krew i zdrowy rozsądek. Pod wpływem tych uczuć nie podejmuj żadnych decyzji, odczekaj kilka dni, aby ujrzeć sprawy we właściwym świetle. Korzystna passa finansowa sprawi cię w dobry nastrój i odkryje nowe możliwości.

Bliźnięta (21.05. - 21.06.)

Gwiazdy wróżą ci zbliżenie ze sprawami odległymi. Może powróć do miejsc swego dzieciństwa, może spotkasz dawno nie widzianych przyjaciół. Z tych spotkań wynikną dalekosiężne zamierzenia. W planach finansowych staraj się liczyć głównie na siebie. Raczej nie zaciągaj długów.

Rak (22.06. - 22.07.)

W połowie lipca nów Księżycy wejdzie w twój znak. Odczujesz przypływ energii i optymizmu, które pozwolą ci skupić się na swoich życiowych sprawach. Stoisz przed wielką szansą, ale musisz pozbyć się starych przyzwyczajeń i poglądów, aby osiągnąć sukces. Droga do dobrobytu nie będzie krótka.

Lew (23.07. - 23.08.)

W najbliższym czasie Wenus opuści twój znak, ale nie zmieni to twojej sytuacji uczuciowej. Pozytywny wpływ tej przyjaznej planety będzie trwał. Z kręgu twego znaku będzie także odchodził Merkury, przyniesie to pogorszenie relacji z otoczeniem, powstaną zakłócenia w porozumiewaniu się. Te zakłócenia nie odsuną zawodowej kariery.

Panna (24.08. - 23.09.)

Czeka cię interesujący i burzliwy czas. 12 lipca Wenus wejdzie w twój znak i znajdziesz się w centrum zainteresowania. Otrzymasz prezenty i życzliwość od ludzi i losu. Panny, które planują ważne inwestycje i muszą podjąć trudne decyzje, będą przeżywały rozterki, a nawet mogą popaść w stany depresyjne.

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

Interesujący, ale skomplikowany układ planet, w którym z twego znaku pomalą wycofują się przyjazne: Wenus i Jowisz, a nasuwają Mars i Neptun, stwarza bardzo pogmatwaną sytuację. Zaczną się mnożyć drobne, ale uciążliwe problemy do rozwiązania. Nie staraj się ich szybko rozwiązać, raczej poczekaj.

Skorpion (24.10. - 22.11.)

W twój znak wejdzie Mars, który wzmocni twoją energię i chęć działania. Nie staraj się jednak, na siłę forsować swoich pomysłów, raczej rozejrzyj się dookoła i poczekaj aż z twego znaku wyjdzie Neptun, który przy spotkaniu z Marsem może się stać przyczyną wielu błędów.

Strzelec (23.11. - 21.12.)

Planety ułożą się w twoim znaku korzystnie dla wszelkich czynności finansowych, dlatego pomimo wakacji, warto skupić się na pomnażaniu pieniędzy. Warunkiem powodzenia będzie oddanie się tylko jednej najważniejszej czynności. Odezwie się pewna sprawa, której nie załatwiłeś w przeszłości.

Koziorożec (22.12. - 20.01.)

Twój znak wciąż pozostaje pod wpływem Słońca. Wróży to wielkie szczęśliwe uczucie. Jeśli żyjesz w trwałym związku, odnajdziesz w swoim partnerze nowe cechy godne zainteresowania. Jeśli związki uczuciowe nie były zbyt szczęśliwe można je naprawić i odnowić. Unikaj hazardu i interesów, które mają dać natychmiastowo duży zysk.

Wodnik (21.01. - 20.02.)

Mars w twoim znaku popycha cię do działania. Masz wielką szansę zyskać sympatię wpływowej osoby i dzięki niej zrobić krok ku karierze zawodowej. Domowe i rodzinne relacje mogą być nie najlepsze, ale tym się nie martw, nie od ciebie zależą. Nie przyspieszaj biegu wypadków, to co zapisane w gwiazdach nie ominie cię.

Ryby (21.02. - 20.03.)

Wenus połączona z Jowiszem w twoim znaku przyniesie silne wzburzenie uczuciowe. Może będzie to wielka miłość, która teraz ma szansę rozkwitnąć, może przeżyjesz wielką przyjaźń, która pozostanie z tobą na całe życie. Mniejsze szczęście w interesach. Nie decyduj w lipcu o ważnych sprawach finansowych i wielkich transakcjach.

Zapiski emeryta

Wizyta na minuty

Kiedyś jajka gotowało się tradycyjnie, w garnuszku pilnie bacząc na klepsydrę. To ona była gwarantem odpowiedniej miękkości jajka. Obecnie w kuchenkach elektrycznych bywają minutniki, które głośno sygnalizują gotowość kulinarną potrawy. Ba, są nawet specjalne maszynki do gotowania jajek! Przypomniały mi się te urządzenia - od klepsydry do minutnika w czasie wizyty u zwykłego lekarza w przychodni. Skarżył się, że przyjmuje bardzo dużo pacjentów - od 40 do 60 dziennie. Z jednej strony kierownik ogłosił konieczność przyjęcia wszystkich chorych, z drugiej on sam... po prostu nie może odesłać do domu chorego pacjenta. W jednym z krajów azjatyckich wymyślono specyficzny sposób przyjęć - zamawia się chorego na wizytę czasową. Trwa ona - w zależności od opłaty - 5, 10, 15, 30 minut. Idąc do lekarza pacjent rozważa, czy jego dolegliwość jest trudna, skomplikowana, czy też jest to medyczny banał. Rezerwuje sobie na ten cel stosowną kwotę. Oczywiście lekarz może dłużej badać z powodów merytorycznych, ale wówczas chory klient dopłaca różnicę. Można więc wyobrazić sobie taką sytuację - Panie doktorze przyszedłem na wizytę 5-minutową! Na biurku przewracam więc klepsydrę z numerem pięć. Badam, myślę, piszę czasem recepty. Szybciej, szybciej, bo kończy się czas! Nijak nie udało się zmieścić w tej ilości piasku. Klient dopłaca więc w kasie za następne minuty. Może zdarzyć się też sytuacja odwrotna. Wizyta dwudziesto- lub trzydziestominutowa. Konieczne jest wtedy bardzo uważne zebranie wywiadu, badanie jak na studenckich ćwiczeniach itp. Czy istnieje zatem rozsądny czas wizyty lekarskiej? Oczywiście nie. Czujemy jednak instynktownie, że przyjęcie 60 pacjentów dziennie oznacza znaczne obniżenie jakości porady! Dyrektor, Kasa Chorych, niektórzy pacjenci - wszyscy domagają się klepsydr z małą ilością piasku. Czas nie może być jednak oszukiwany, chory także wymaga szacunku. Trudno ocenić ciężkość przypadku i intuicję lekarską. Nie można traktować naszej pracy w kategoriach taśmy produkcyjnej, pracy zmianowej, fabryki zdrowia. Czy odpowiada nam taki technokratyczny styl myślenia? Badajmy pacjentów skrupulatnie, z uśmiechem, z dużą dozą intuicji i sztuki medycznej. Lepiej przepaść za życia dużo piasku w klepsydrze niż potem...

Dr Józef
emeryt

FRASZKI

Krystyna Koszil-Kwalvik

Jeśli żyjesz tylko raz
zmień swe życie póki czas.

Przez „ty” zwracamy się w rozmowie po to,
by łatwiej komuś powiedzieć (ty) IDIOTO!

Cała ludzkość to jedna człowieka rodzina,
o czym genetyka i Bóg przypomina.

Przyrody nikt słowem nie zmienia -
Ona przecież nie ma sumienia.

Kto ma w sobie życie wieczne,
temu ziemskie niekonieczne.

Byłeś mym marzeniem, jesteś objawieniem,
boje się, że wkrótce zostaniesz wspomnieniem.



K R Z Y Ż Ó W K

Litery z oznaczonych pól, czytane rzędami, tworzą rozwiązanie.

Dariusz Śniadek

Hasło prosimy przesłać pod adresem: Dolnośląska 12, Lekska, ul. Matejki 6, 50-333 Wrocław.

Wśród nadawców prawidłowych odpowiedzi rozlosujemy nagrody książkowe.

Rozwiązanie krzyżówki majowej brzmi

NARKOZA.

Nasza redakcyjna Sierotka wylosowała dwie osoby. Tym razem książki otrzymają pani S. Bilecka z Kamienia Góry i pan Marek Zalustowicz z Wrocławia.

Gratulujemy!

Nagrody prześlemy pocztą.

Redakcja

| | | | | | | |
|-----------------------|-------------|------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------|
| szkolna książka | szczep | badacz zwierząt | smar-kacz | antonim dobra | miasto i rzeka w Estonii | walut Laos |
| broń szermierza | | osuszanie gruntu | podaje ją pies azjać. ssak | | | strączyń |
| | | rejon łowiecki | | | | |
| spichrz zbożowy | | | | | skrajna deska z pnia | |
| Olejnik | | | | rycerz znak graficzny | | |
| | | | płatne okłaski eden | | | |
| animusz | | greko-katolik | gatunek kawy | | Aleksandra | werse Koran |
| duża rzeka europejska | denuncjacja | | puszysta wena | | | |
| hobby | | | obszar wodny | | | |
| | | | | plyny tłuszcz | | |
| | | | | alga | | |
| brak wolności | | | japoński wachlarz | | drzewo z Gwinei | |
| łapie myszy | | | | | miasto w Iraku | |
| | | | | | | |
| coś z dziczyzny | | Erwin Kisch | | | | |

