GAZETA AMG
GDAŃSK
1 listopada 1991 Nr 11

Rozmowy lekarza z chorym i jego bliskimi *

Przed trzema laty, w październiku 1988 r. w tym miejscu i w tych samych okolicznościach miał wykład śp. prof. Mieczysław Gamski. Najmłodszym powiem, że był to wybitny lekarz i naukowiec, wielki humanista. Stworzył szkołę, w której przekazywał swoim uczniom nie tylko wiedzę medyczną, ale uczył też jak być człowiekiem, lekarzem. Posiew tego przekazu trwa w nas, jego uczniach. Będę się tu powoływać na myśl Profesora.

W dobie oszałamiającego wręcz postępu medycyny, który dokonuje się na naszych oczach, coraz częściej pojawia się pytanie o jej humanistyczny wymiar. Gubi się on w stuku urządzeń diagnostycznych i terapeutycznych, wśród cewników i przewodów, które tak szczelnie oplatają chorego, że trudno o miejsce do przyłożenia słuchawki. Już sama obsługa aparatury pochłania tak wiele czasu i wytężonej uwagi, że lekarz i pielęgniarka oddalają się od pacjenta.

Słowo lekarza, na które czeka chory człowiek, jakże często pada w pośpiechu, jest aż nazbyt zasadnicze, ma ciężar urzędowej powagi. A przecież jest ono tak bardzo ważne, tak wiele od niego zależy. Chory i jego rodzina czują się bowiem bezradni wobec choroby. Zmienia ona dotychczasowe życie nie tylko tego, kto został nią dotknięty, ale także jego bliskich.

Człowiek, w którego życiu pojawiła się nagle choroba, nie umie zaakceptować siebie, staje się obcy sobie. Dotąd nie zauważał tego, że był zdrowy. Miał zaufanie do życia. Choroba była losem innych. Nagle wszystko się zmieniło, człowiek odczuwa brak zdrowia, nie jest już zdolny do wykonywania swoich dotychczasowych obowiązków, jego życie rodzinne i zawodowe ulega dezorganizacji. Choroba uświadomiła człowiekowi, jak kruche i jak zawodne jest zdrowie. To wszystko, co dotychczas zdobywał, za czym gonił, czym się cieszył, czym się martwił, nagle przestaje mieć znaczenie wobec braku zdrowia, wobec zagrożenia życia.

Człowiek chory traci też swoją dotychczasową autonomię, niezależność, swoją tożsamość. Traci ją w różnym stopniu, ale ma to miejsce zawsze, odkąd zostaje wkręcony w tryby mechanizmów diagnostycznych i terapeutycznych. Wszystko to, co stanowiło dotychczas jego intymną, nienaruszalną własność, jego wewnętrzne środowisko, zostaje podpatrzone i zapisane w postaci cyfr, różnorodnych krzywych, wykresów lub przetworzone na dźwięk i tak nagłośnione, że budzi w nim lęk, a nawet przerażenie. Tę autonomię chory traci najbardziej w szpitalu, jakże często na dużych, zbiorowych salach, kiedy to staje się bardziej zawałem serca, rakiem płuc czy kamicą nerkową, niż panem Janem Kowalskim, cenionym w środowisku zawodowym majstrem lub

---

* Wykład wygłoszony 9.10.1991 r. w kościele M. Boskiej Częstochowskiej w Gdańsku-Wrzeszczu po mszy św., rozpoczynającej kolejny rok działalności Duszpasterstwa Studentów Akademii Medycznej.

dyrektorem, kochającym i kochanym mężem, ojcem, niezastąpionym w towarzystwie kolegą. Tu jego wizytówką jest nazwa choroby, na którą cierpi.
Co więcej, pacjent będący jeszcze dotąd w pełni sił żywotnych, dowiaduje się, że jest "dziadkiem" lub "babcią", bo tak niekiedy, niestety, zwraca się personel służby zdrowia do chorych. Chory pragnie więc jak najprędzej odzyskać zdrowie, swoją niezależność, swoją tożsamość, znaleźć się w rodzinie i wrócić do pracy. Taki właśnie chory chłonie i rozważa każde słowo lekarza, pielęgniarki, a także salowej czy współtowarzysza niedoli na sąsiednim łóżku.

Dlatego też umiejętność prowadzenia rozmowy z chorym jest tak ważna, jest częścią składową sztuki lekarskiej, sposobu bycia lekarzem, jest ważnym elementem, niekiedy wręcz decydującym o tzw. powodzeniu lekarza. Ale nie o to tu chodzi. Nie ma też żadnej recepty, jak taką rozmowę prowadzić. Każdy lekarz ma swoje własne doświadczenia. Trzeba je podpatrywać, a raczej wsłuchiwać się, jak prowadzi dialog z chorym Wasz starszy kolega - asystent, profesor. Aby słowo lekarza miało wartość, aby wzbudzało zaufanie, było kojące, powinno wypływać z głębokiej wiedzy, kompetencji oraz z równie głębokiej życzliwości i szacunku dla człowieka cierpiącego, nigdy z litości. Słowo lekarza musi być wiarygodne także wtedy, kiedy nie można choremu powiedzieć całej prawdy. Nic z taniej i nieprawdziwej pociechy, bo ta przysparza mu tylko bólu. Na ile to tylko możliwe, trzeba zapewnić wówczas pacjenta i jego rodzinę, że uczyni się dla ratowania jego zdrowia wszystko to, na co pozwala obecnie wiedza medyczna. Im gruntowniejsza jest wiedza lekarza, im bogatsza jest jego osobowość, tym nawiązanie dialogu z chorym jest pewniejsze.

W obliczu ważnych decyzji dotyczących losów chorego, zwłaszcza zabiegów chirurgicznych ratujących życie, czy pozwalających na wydłużenie życia, lekarz powinien przedstawić choremu nie tylko korzyści, ale także ewentualne ryzyko wybranego sposobu postępowania. Należy wzbudzić w chorym zaufanie do możliwości współczesnej medycyny, do zespołu operacyjnego, natchnąć go nadzieją. Oczywiście w oparciu o kompetentne rozeznanie stanu chorego i możliwości ośrodka, w którym taki zabieg będzie przeprowadzony. Zapewnienia w rodzaju "gdyby pani była moją matką, gdyby był pan moim ojcem, bratem, to radziłabym ..." - pacjent i jego bliscy przyjmą zawsze z zaufaniem i wdzięcznością. Jest zresztą ogromne zapotrzebowanie chorych na macierzyńską opiekuńczość i ojcowską życzliwość pracowników służby zdrowia. Pomiędzy lekarzem a chorym, zwłaszcza takim, którego życie było śmiertelnie zagrożone i zostało uratowane, wytwarza się szczególnego rodzaju więź, jakiej nie zna chyba żaden inny zawód.

Rozmowy z chorymi przewlekle są szczególnie trudne. Jeżeli choroba staje się przewlekła lub utrwala się kalectwo po wypadku, przed chorym czy kaleką staje problem nowej, trudnej egzystencji, konieczność zmiany dotychczasowego sposobu życia, pytanie o jego sens.

Jakże często chory przewlekle skarży się na samotność, brak zainteresowania ze strony najbliższych, na niewłaściwą opiekę lekarską, ponieważ stan jego zdrowia nie poprawia się, a nawet pogarsza. Zawęża on pole własnych zainteresowań, nie widzi sensu życia, niekiedy wręcz trafia do szpitala po próbie samobójstwa. Lekarz powinien wzbudzić w takim chorym nadzieję, próbować wraz z nim odnaleźć sens życia, przekonać pacjenta, że jego obecny stan nie jest kresem jego możliwości, chociaż będzie musiał żyć w inny, o wiele trudniejszy niż dotąd, sposób. Razem z nim trzeba rozważyć, jakie ma on jeszcze możliwości działania w nowej sytuacji. Granice tego co może, co potrafi, z pewnością są większe niż mu to podsuwa jego wyobraźnia i depresyjne, zrozumiałe skądinąd w tym stanie, nastawienie. Dalej trzeba nakłonić naszego rozmówcę do tego, by zechciał zaakceptować

swoją przewlekłą chorobę czy ułomne ciało. Bez tej akceptacji nie wyjdzie z impasu. Powinien, zwłaszcza jeżeli jest kaleką, poszukiwać ludzi będących w podobnej sytuacji, zastanowić się, w jaki sposób mógłby być przydatny rodzinie i społeczeństwu. Znane są przecież przykłady ludzi chorych, niepełnosprawnych, którzy uwolniwszy się od uzależnień choroby czy kalectwa, stali się wzorcami osobowymi, pozostawili po sobie ślady wielkiej, twórczej działalności, choćby wspomnieć niektórych z nich, jak Brata Alberta, Różę Czacką, Antoniego Kępińskiego czy Helenę Keller.

Rodzinie pacjenta, jeżeli nas pyta o radę, jak ma być pomocna choremu przewlekle, należy podpowiedzieć, że zmobilizuje się on do nowej, trudnej egzystencji, jeśli będzie widział sens tej walki. Chory widzi sens swojego istnienia, jeżeli mimo choroby, także wtedy, gdy nie podnosi się z łóżka, słyszy słowa: "dobrze nam z tobą, nie jesteś dla nas ciężarem, pragniemy, abyś żył jak najdłużej".

Może też zdarzyć się, że chory będzie wykorzystywał swoją chorobę czy kalectwo, żądając od rodziny szczególnych świadczeń. Rodzina nie jest w stanie sprostać wszystkim jego wymaganiom. Mogą one przekraczać siły i możliwości rodziny. Słabną wówczas więzi uczuciowe, życie w rodzinie staje się nieznośne.

W takiej sytuacji pomocy potrzebują obydwie strony - człowiek chory i ten, który nim się opiekuje. W rozmowie z chorym trzeba umiejętnie dowiedzieć się, czy nie wymaga on nazbyt wiele od członków swojej rodziny. Czy on sam, chociaż chory, dostrzega ich trudności, kłopoty, zmartwienia? Czy dzieli ich radości, osiągnięcia? Czy nie zawęził swojego pola zainteresowań tylko do spraw związanych z własną chorobą?

W rozmowach z rodziną natomiast trzeba wspólnie rozważyć, jakie błędy popełnia osoba opiekująca się chorym. Może zanadto daje się wciągnąć w jego rzeczywistość i pragnie spełnić najdrobniejsze, także zbędne, życzenia. Nie potrafi być stanowcza.

A jak rozmawiać z pacjentem, który wie o swojej śmiertelnej chorobie? Początkowo taki człowiek przeżywa wstrząs. Wydaje mu się to nieprawdopodobne, że tym samym los padł na niego. Może lekarze się pomylili, może gdzieś jest dla niego ratunek? On sam i jego rodzina podejmą różne działania, niekiedy nie przemyślane, desperackie. Daje to poczucie, że coś się wokół chorego dzieje, coś się dla niego robi.

Reakcje chorego stają się z czasem bardziej emocjonalne. Mogą się przejawiać wybuchami gniewu, narzekaniem, drażliwością. Skierowane bywają przeciwko lekarzom, rodzinie, a także przeciwko Bogu. Ten okres emocjonalny zapowiada przejście do następnego etapu - do dialogu. Chory chętnie wówczas podejmuje rozmowę. Jednakże często rodzina boi się z nim rozmawiać na temat sytuacji, w jakiej się znalazł. Chory udaje przed bliskimi, że nic nie wie o swojej śmiertelnej chorobie, a rodzina jakby bagatelizowała jego stan. Jest to męczące dla obydwu stron, ale przede wszystkim dla tego, który odchodzi. Chory szuka partnera do rozmowy, pragnie podzielić niepokój o los najbliższych - żony, męża, dzieci. Rozliczanie się z przeszłością jest trudne zawsze i dla każdego.

Tak, jak w wyznaniu poetyckim ks. Twardowskiego:

"Sam nic nie uczyniłem dobrego ani mniej, ani więcej,
to tylko Anioł rozdawał czasami przez moje ręce.
Kochać też nie umiałem wiernie ani niewiernie,
ktoś inny lepszy, kochał przeze mnie.
Dogmatów nie rozumiałem rano, w południe, w nocy.
Ufam, że wytłumaczysz kiedy mi zamkniesz oczy".

Ale zanim to się stanie, chory powinien znaleźć cierpliwego i mądrego rozmówcę, który nie wygłasza gotowych formuł, ani tanich pociech. Rozmówcę, który słucha i jest z nim solidarny. Najlepiej, jeżeli jest to ktoś z rodziny, z najbliższego otoczenia, przyjaciół, może z telefonu zaufania, hospicjum,

oczywiście zawsze ksiądz - dla ludzi wierzących.

Lekarz powinien zwrócić uwagę rodzinie na takie potrzeby chorego, by mógł on przejść do ostatniego już okresu śmiertelnej choroby - rezygnacji, spokoju i ukojenia.

Ale nie jest to jedyna rola lekarza na tym etapie choroby. Chory, którego stan stale się pogarsza i który wie o swojej śmiertelnej chorobie, nadal zwraca się z nadzieją do lekarza, szuka ratunku, złagodzenia losu, zmniejszenia cierpień fizycznych. Zawsze, ale zwłaszcza w tym czasie, chory powinien odczuwać wielką troskę lekarza o jego zdrowie, usłyszeć kojące słowo. Powinien być przekonany, że lekarz czyni dla niego wszystko to, co jest możliwe, na co pozwala wiedza medyczna. Lekarz powinien go o tym zapewniać.

Dzisiaj chorzy prawie zawsze umierają w szpitalu. Nie dziwi nas to zjawisko, ponieważ często jest jeszcze coś do zrobienia, jakaś szansa na przedłużenie życia, choćby złagodzenie cierpienia. Jednakże nie wszyscy chorzy muszą umierać w szpitalu, z dala od swoich najbliższych. Ale jakże często zdarza się, że ludzie, nawet najbliżsi, boją się być z chorym umierającym. Wywożą go do szpitala, a tam nie zawsze i nie wszyscy z rodziny mogą być przy nim. Chory chce mieć swoich najbliższych przy sobie do ostatniego tchnienia. Dlatego też rodzinie należałoby doradzić, jeśli tylko to możliwe, aby chory umierał w domu, wśród swoich najbliższych. Obecność tych, którzy go kochają i których on kocha, nikt i nic nie zastąpi w tej najważniejszej godzinie w życiu człowieka - godzinie śmierci.

Niekiedy słyszymy nabrzmiałe bólem i bezsilnością pytanie: jak być z chorym, którego dni są policzone. Ludzie nie wiedzą, jak zachować się wobec umierającego. Osoby, które czeka towarzyszenie umierającemu także potrzebują pomocy i to bardzo. Czują się bezradne, sądzą, że zadanie przekracza ich siły i możliwości. Lekarz powinien dodać im odwagi, umocnić, podpowiedzieć, że powinni być z umierającym do końca. Trzeba go trzymać za rękę. To bardzo ważne. Kiedy odchodzący człowiek zdaje się już nic nie słyszeć, ani nie widzieć, zdarza się, że odwzajemnia uścisk dłoni.

Rozmowy lekarza z chorym, rozmowy z jego bliskami nie wyczerpują dialogu, jaki prowadzi lekarz. Są jeszcze rozmowy lekarza o chorym z ... Bogiem, jest na nie zawsze czas, nawet podczas reanimacji. Lekarz wierzący odkrywa twórczą moc modlitwy już u progu swojej posługi lekarskiej. Niedawno, pewna młoda lekarka wyznała mi, że jej dyżury na intensywnym nadzorze nabrały zupełnie innego wymiaru, kiedy zaczęła się modlić za swoich chorych. Prof. Gamski, gdzieś zaraz po studiach, we Lwowie, ułożył modlitwę, w której polecał swoich pacjentów Tej, która jest Uzdrowieniem chorych, a lekarzom i pielęgnującym upraszał "łaskę, aby w pokorze ducha i serca zapale, w jasności umysłu i gotowości ofiary - godnymi byli narzędziami Bożego Miłosierdzia".

Zakończę także słowami prof. Gamskiego wypowiedzianymi do młodzieży naszej Uczelni podczas wykładu inaugurującego rok akademicki 1963/64: "Bez głębokiego umiłowania człowieka, bez szlachetnego buntu przeciw jego cierpieniu, bez zdolności do twórczego poświęcenia, bez umiejętności nawiązania głębokiego kontaktu psychicznego z cierpiącym nie wychodźcie na niwę ludzkiej niedoli. Medycyna jest bowiem nie tylko nauką budowaną rozumem, ale i sztuką kreśloną sercem i intuicją".

Prof.dr hab. Grażyna Świątecka

Fot. Jaromir Nowak

Wypowiedzi Gości podczas uroczystej inauguracji roku akademickiego 1991/92 w dniu 30.09.1991 r.

Przemówienie ks. Prałata Henryka Jankowskiego

"Bogu dziękujcie, ducha nie gaście" - słowa Jana Pawła II, przypominające przeżycia wielkiego wezwania Papieskiego w czasie ostatniej pielgrzymki do ziemi polskiej. Dzisiejsza inauguracja jest ogromnym przeżyciem dla wszystkich. Również ja mam to poczucie. Jako kapłan Diecezji Gdańskiej, jako kapłan powołany również do służby ludzkiej, samarytańskiej chciałbym serdecznie podziękować, wyrażając uczucia wdzięczności za ten akt wyróżnienia. Uważam, że pracuję jako kapłan i nagrodą będzie dla mnie Pan, ale równocześnie to dostrzeżenie moich wysiłków chciałbym przyjąć jako doping do dalszej, wytężonej pracy kapłańskiej w swojej parafii, powierzonej mi przez biskupa gdańskiego, a także na polu samarytańskiej służby człowiekowi. Zdaję sobie sprawę, że wezwanie Hipokratesa - primum non nocere - nieszkodzenie choremu i pomaganie uzdrawiającym siłom natury jest również powołaniem kapłańskim. Kapłan stoi przy łóżku chorego obok lekarza. Lekarz, który schyla się nad chorym, daje wszystko z siebie, korzystając z potęgi wiedzy, a kapłan w posłudze pragnie dać z siebie wszystko, aby otworzyć bramy zbawienia. Chciałbym wyrazić uczucie wdzięczności za miłą współpracę, że również w nieudolności swojej, jako obywatel ziemi gdańskiej, mogę dołożyć cegiełkę do wielkich potrzeb, szczególnie w tak trudnej sytuacji ekonomicznej naszego państwa. Zdaję sobie sprawę, że Pan Bóg dał mi wyjątkowy charyzmat i dlatego korzystam z niego, żeby w przyszłości zdać rachunek przez Panem, bo jesteśmy tylko narzędziem wybranym przez Boga. Panie Rektorze, jestem bardzo wdzięczny za to wyróżnienie, jest to wyróżnienie, które dotyczy całej naszej diecezji, wszystkich kapłanów pracujących na odcinku samarytańskim. Dziękując za to wyróżnienie chciałbym równocześnie w duchu wielkich przeżyć inaugurujących dzisiejszy rok akademicki złożyć najlepsze życzenia Waszej Magnificencji, Senatowi, wszystkim profesorom, wszystkim nauczycielom, wszystkim tym, którzy dzisiaj podejmują ogromną pracę nad kształtowaniem umysłów i serc młodzieży akademickiej. Życzenia łączę z moją modlitwą kapłańską w intencji Was, Drogi Magnificencjo, Panie i Panowie Profesorowie. Droga młodzieży, słuchając wypowiedzi Waszego kolegi, a także słów Waszego Rektora u progu nowego roku akademickiego mam jedną prośbę - bądźcie pokorni. Pokorą zdobywa się świat. Pascal powiedział piękne słowa, że dużo wiedzy zbliża do Boga, mało wiedzy od Boga oddala. I z tą pokorą rozpoczynając nowy rok akademicki starajcie się, droga młodzieży, klęknąć przed wielkością nauki, bo nie ma mędrców tego świata. Jesteśmy tylko narzędziem wybranym, obdarzeni zdolnościami i powołaniem. Bo służba lekarska czy kapłańska - to powołanie, dawanie z siebie wszystkiego. Dlatego przyjmijcie, droga młodzieży, również ode mnie najlepsze życzenia i gratulacje, że staliście się powołanymi do wielkiej służby samarytańskiej. Stając przed potęgą wiedzy przyjmijcie ją, zgłębiajcie nie dla siebie, ale dla tej pracy, którą powierzył Wam Pan Bóg. Dlatego dziękujcie Bogu za wielki dar powołania życiowego, za umiejętności i talenty, którymi Was obdarzył. Dziękujcie swoim rodzicom za trud i ofiarność. Bądźcie wielkimi. A wielkość, to człowieczeństwo, a człowieczeństwo rozwiązuje się jednym, jedynym kluczem, o którym mówił Jan Paweł II - miłością. Miłością starajcie się rozwiązywać wszystkie problemy, problemy własne i innych ludzi. A na nowy rok akademicki, jako ten wyróżniony znakiem życzliwości Senatu, życzę: Szczęść Boże.

Przemówienie prof. Roberta Głębockiego - Ministra Edukacji Narodowej

Magnificencjo Rektorze, Wysoki Senacie, Szanowni Państwo, po pięknych przemówieniach Jego Magnificencji Rektora, Księdza Prałata, niewiele mógłbym dodać. Chciałbym tylko zwrócić uwagę Państwa na to, że jakkolwiek wiemy wszyscy, że "koniec wieńczy dzieło" - obchodzimy na ogół bardzo uroczyście inauguracje, początek roku akademickiego. To chyba dobrze, bo inauguracja stwarza atmosferę pogodną, atmosferę nadziei, zaczynamy coś, zaczynamy nowy rok akademicki i wszyscy jesteśmy ufni i przekonani, że w tym nowym roku coś się zdarzy wartościowego. Koleżanki i koledzy - nauczyciele akademiccy wiedzą, że zdarzy się to, że będą mieli kolejnych uczniów, a Państwo - studenci wiecie, że czegoś się nauczycie w tym roku.

Podkreśla się często wyjątkowość poszczególnych inauguracji, a dzisiaj szczególnie podkreśla się trudności, jakie są. Wiem, że należałoby i powinno się podkreślać, że rok jest trudny, ale to każdy czuje. Podkreślanie niewiele pomoże, wszyscy wiemy, jaka jest rzeczywistość. Natomiast zastanówmy się, czy rzeczywiście rok trudny, to znaczy - rok zły. Czy rzeczywiście lepszy jest rok pozornie łatwy, ale rok bez nadziei, kolejne lata bez nadziei, które przeżywaliśmy - my, ludzie starszego pokolenia.

Czy rzeczywiście ten rok trudny, to nie jest rok wyzwania? Czy kolejny rok, to nie będzie wyzwanie dla każdego z nas, jakkolwiek by starano się zdewaluować hasło rzucone przez naszego Prezydenta, że od nas samych, od Was zależy los. To jest prawda i właśnie, gdy mówimy - rok trudny, niełatwy, to mamy na myśli fakt, że my zadecydujemy, na ile on będzie rokiem sukcesu, a na ile rokiem naszej porażki. Oby to były sukcesy wszystkich studentów, że się czegoś nauczyli, a także nauczycieli, że mieli pojętnych uczniów. Niech studenci wezmą pod uwagę to, co jest typowe dla kadry profesorskiej, uczelnianej. Ona jest zawsze trochę konserwatywna, to jest naturalne, my jesteśmy doświadczeni wiekiem i "zakonserwowani", i konserwatywni, ale może to i pomaga, jest czasem dobre. Niekiedy zastanawiam się, jak środowiska akademickie przetrwały trudny okres lat komunizmu i to nie tylko w Polsce, ale i w innych krajach. W środowiskach akademickich najwięcej przetrwało z podstawowych wartości, dlaczego? Bo to środowisko jest co nieco konserwatywne i umie przechować i przenieść swoje cenne doświadczenie i wartości w przyszłość.

Chciałbym także, żeby młodzież, studenci, którzy wnoszą tyle nowego, docenili również to, że starsi w swoim konserwatyzmie nie zawsze błądzą. Chciałbym doczekać tego momentu, kiedy ministrowie będą dla uczelni zupełnie nieważni, kiedy proces, który został zapoczątkowany i mam nadzieję, konsekwentnie będzie realizowany, doprowadzi do tego, że uczelnie będą stanowiły o sobie, będą związane bardziej ze środowiskiem, z regionem niż z jakimkolwiek ministrem. Medycyna była zawsze blisko związana z uniwersytetami, obyśmy doczekali czasów, kiedy inauguracje byłyby wspólne, kiedy młodzież i nauczyciele akademiccy byliby razem, byśmy nawzajem się wzbogacali. Dziękuję i życzę Państwu wszystkiego najlepszego.

Przemówienie dr Władysława Sidorowicza - Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej

Z ogromnym wzruszeniem stoję tu przed Państwem. Wybrałem Gdańsk, jako miejsce szczególne. Cieszę się, że mogę być z Państwem właśnie tutaj, gdyż stąd poszedł "wiatr od morza". Ten wiatr, który przeobraża Polskę. Nam ludziom, którzy czynnie angażowali się w to od lat, wydawało się, że jest to zadanie proste. A jest ono szalenie trudne i im więcej drogi za nami, tym trudniejsze zadania przed nami.

Często myślę o tej sytuacji, w jakiej się znaleźliśmy, jak o wyprawie hobbity z książki Tolkiena. Każdy z nas czuć się musi takim hobbitą w tej rzeczywistości, w której dziwnym trafem powołany jest do sprawowania urzędu. Oto przychodzi nam, proszę Państwa, przeobrażać Polskę i nie bardzo nawet znając drogę, która do tych zmian prowadzi. Ta Polska, która powstaje, jest jakby procesem, otwartm procesem. W gruncie rzeczy otworzyliśmy tylko drogę. Niszcząc to, co było barierą, Polska ruszyła i idzie w ogromnym trudzie. Idzie wreszcie nieideologicznym szlakiem, ale szlakiem prób, szlakiem, w którym chciałoby się, żeby każda z instytucji, która się tworzy i jakby przechodzi proces formowania się, była otwarta. I w tym sensie dzisiaj czuję się z Państwem bardzo razem, zwłaszcza z tymi, którzy rozpoczynają swoją edukację. Wiele, wiele lat temu, było to 28 lat wstecz, gdy stawałem w progach swej uczelni, wydawało mi się, że wiedza, jaką zdobywam, jest wiedzą zamkniętą. W miarę upływu lat coraz bardziej widzę, iż proces nauki wymaga permanentnego uczenia się, że jeszcze wiele do nauczenia się jest przede mną, a każdy dzień przynosi nowe wyzwania. Bardzo chciałbym, żebyście Państwo w tej pracy, która was czeka na uczelni, dostrzegli ogromną przygodę i wspaniałą wyprawę ku prawdzie, która jest służbą człowiekowi. Nie wiem, czy jest coś piękniejszego od tego, co wybraliśmy, to jest medycyna, różne jej gałęzie, pochylenie się nad człowiekiem cierpiącym, odkrycie tajemnicy cierpienia, w której sama obecność jest już ogromnym wyróżnieniem, przywilejem i otarciem się o tajemnicę. Chciałbym bardzo, żebyście Państwo w tej przygodzie na uczelni idąc przez "alfabety", jakimi są nauki podstawowe, do przedmiotów klinicznych - prowadzących do człowieka - potrafili znaleźć ogromną radość, która dla mnie w tych czasach, gdy przychodzi mi już być urzędnikiem państwowym, jest źródłem satysfakcji. Rozpoczynającym nowy rok akademicki życzę wszystkiego najlepszego.

* * * * *

Medalem "Zasłużonemu Akademii Medycznej w Gdańsku" została wyróżniona **Alina Laskowska.**

Fot. Jaromir Nowak

Wypowiedź Ryszarda Dudy, wiceministra Edukacji Narodowej

na naradzie rektorów w dniu 20 września 1991 r. (konspekt)

Zorganizowaliśmy to spotkanie dla przedstawienia trudnej sytuacji finansowej państwa i omówienia jej skutków dla szkolnictwa wyższego. Ta trudna sytuacja wynika stąd, że budżet na rok bieżący okazał się niewykonalny. W wyniku splotu przyczyn, których omawianie wykracza poza ramy dzisiejszego spotkania, na pokrycie zamierzonych w budżecie wydatków w kwocie prawie 293.5 bln zł zabraknie ok. 60 bln zł. W tej sytuacji rząd, nie chcąc dopuścić do powrotu inflacji i zmarnowania dotychczasowych osiągnięć (a tak by się stało, gdyby drukować "pusty" pieniądz) zdecydował się na oszczędności i przedłożył projekt zmiany ustawy budżetowej. W tej zmienionej ustawie wydatki budżetowe ulegają zmniejszeniu o 42 bln zł, a deficyt wzrasta do 24 bln zł. **Istotnym elementem tej decyzji rządowej jest nierewaloryzowanie dochodów dla całej sfery budżetowej w kwartałach II - IV tego roku.**

Wg tego projektu wydatki w sferze budżetowej ulegają zmniejszeniu (w skali roku) o 15.5%, ale rząd rozkłada te oszczędności nierównomiernie. Silnie ucierpią, m.in.

drogi publiczne	zmniejszenie o	24.7%
jednostki gospodarcze	"	24.3%
jednostki gospodarki komunalnej i mieszkaniowej	"	29.0%
budownictwo	"	27.0%
opieka społeczna	"	28.9%

Ochraniane są natomiast:

oświata i wychowanie	"	2.7%
ochrona zdrowia	"	3.2%
wymiar sprawiedliwości i prokuratura	"	5.5%

Jak na tym tle rysuje się szkolnictwo wyższe?
Jesteśmy finansowani w dwóch działach. W dziale "szkolnictwo wyższe" poziom oszczędności ma wynosić 11.4%, co oznacza spadek z 7728 mld do 6846 mld (a więc o 1052 mld), natomiast w dziale "nauka" poziom oszczędności ma wynieść 31%, co oznacza spadek z 9500 do 6068 mld (a więc o około 3500 mld zł).

Wydatki w dziale "szkolnictwo wyższe", zmniejszone o 1052 mld, dzielą się na 4 działy:

wynagrodzenia, które pozostają bez zmiany	4272 mld
stypendia, które pozostają bez zmiany	828 mld
bieżące wydatki rzeczowe, które ulegają zmniejszeniu o 33.1%, tj. z 2353 mld do	1576 mld
inwestycje, które ulegają zmniejszeniu o 38% tj. z 274 mld do	170 mld
	6846 mld

Takie ustawienie zamierzonego poziomu oszczędności zapewnia pokrycie wydatków płacowych na poziomie pierwotnego budżetu kosztem wydatków rzeczowych oraz inwestycji. Chroni się ludzi kosztem materii.

Na chwilę przejdę teraz od całego szkolnictwa wyższego do szkół wyższych podległych resortowi edukacji narodowej. Otóż szkoły podległe MEN partycypują w zmniejszonym budżecie w następujący sposób:

wynagrodzenia (bez zmiany)	3265 mld
stypendia (bez zmiany)	659 mld
bieżące wydatki rzeczowe (zmniejszone o 33%)	1242 mld
inwestycje (zmniejszone o 38%)	110 mld
	5276 mld

W skali całego resortu sytuację w dziale wynagrodzeń i stypendiów można więc uznać za prawie normalną (pomijam rewaloryzację), w dziale bieżących wydatków rzeczowych i inwestycji - za trudną.

Z działu "nauka" pokrywa się wydatki na przedsięwzięcia naukowe PAN i jej placówek, wszystkich uczelni wyższych, w tym także podlegających naszemu ministerstwu, jednostek badawczo-rozwojowych oraz pojedynczych grup i osób. Wydatki te dzielą się na działy:

działalność statutowa
tutaj środki ulegają zmniejszeniu o 35%
tj. w grupie uczelni MEN z 782,6 mld do 508,5 mld
badania własne
tutaj zmniejsza się wydatki o 30%, tj. z 500 do 350,0 mld
a w grupie uczelni MEN z 385,8 do 270,1 mld
projekty badawcze, czyli granty
tutaj cięcie jest drastyczne, bo o 72%
tj. z 2 bln do 560 mld
działalność ogólnotechniczna - bez zmian
informacja, w tym biblioteki - bez zmian
inwestycje (budowlane i sportowe) - o ok. 50%
programy strategiczne (?)

Jeśli chodzi o działalność statutową, to tutaj tracimy - 35%, a w liczbach bezwzględnych 273,9 mld. Ponieważ dotychczasowy podział tych środków między uczelnie był wysoce nierównomierny i nie odzwierciedlał w pełni ani ich potencjału kadrowego, ani potrzeb (wynikało to z wadliwości obliczeń w b. Urzędzie ds Nauki i Techniki), także oszczędności proponujemy rozłożyć nierównomiernie, a za wskazówkę tej nierównomierności przyjąć nakłady przyznanych środków na 1 nauczyciela akademickiego: jeśli te nakłady wynosiły poniżej 6 mln zł, to nie zmniejszymy dotacji, jeśli są one w granicach 6-20 mln zł, to zmniejszymy o 37%. Innymi słowy, chronimy uczelnie, których działalność statutowa dotowana była najsłabiej (jest ich 21) kosztem nieznacznego wzrostu obciążenia uczelni najsilniejszych (jest ich 11).

Środki na badania własne szkół wyższych maleją, mocą decyzji KBN, o 30% dla wszystkich resortów nadzorujących szkoły wyższe. Nasz resort traci 115,7, ale zachowuje niemal 260 mld. Ponieważ podział środków na badania własne został dokonany w oparciu o kryteria merytoryczne, akceptowane przez Radę Główną Szkolnictwa Wyższego - zmniejszenia tych środków dokonujemy proporcjonalnie dla poszczególnych uczelni, tj. wszystkim o 30%.

Na uwagę zasługuje fakt, że na działalności ogólnotechnicznej i informacyjnej (biblioteki !) nie robi się żadnych oszczędności i że granty, choć zmniejszone niemal do 1/4 jednak pozostają. Wszakże i tutaj boleśnie zostały dotknięte inwestycje.

Oszczędności te dotkną całe środowisko akademickie, a ciężar bezpośredniego borykania się z nimi spadnie na Panie i Panów Rektorów. Chcę wierzyć, że to środowisko, znane ze swojej ideowości, przyjmie ze zrozumieniem tę trudną sytuację, ale jednocześnie **pragnę wyrazić przekonanie, że w chwili poprawy sytuacji finansowej państwa zostanie wznowiona rewaloryzacja ze stopą dostatecznie wysoką, by nadrobić skutki obecnego spadku poziomu życia i że szkolnictwo wyższe i nauka będą finansowane wówczas na poziomie relatywnie wyższym.**

Paniom i Panom Rektorom pozwolę sobie teraz przedłożyć projekty działań, które mogą przynieść ulgę w trudnej sytuacji finansowej uczelni. Ujmę to w 4 grupy.

1. Racjonalizacja struktur i zatrudnienia uczelni

Inaczej mówiąc, chodzi o dostosowanie zatrudnienia do rzeczywistych potrzeb dydaktycznych i badawczych uczelni oraz o takie zmiany struktur organizacyjnych, które przynoszą

oszczędności kadrowe, lokalowe i materiałowe.
Przykładowo:

a. niedopuszczalne jest wypłacanie wynagrodzenia za godziny ponadwymiarowe przy nie wypracowanym pensum (na tym samym kierunku studiów)

b. należy dokonać analizy liczebności grup ćwiczeniowych, wykładowych i laboratoryjnych

c. poszukiwanie tańszych podmiotów prowadzących domy i stołówki studenckie

d. weryfikacja prowadzonych prac remontowo-budowlanych uczelni przez obcych (zbadanie faktur)

e. pokrywanie kosztów remontów obiektów socjalnych ze środków zakładowego funduszu socjalnego bez angażowania dotacji budżetowych oraz środków funduszu rozwoju

f. zaniechanie zakupów wyposażenia (meblowego, sportowego) z wyjątkiem najbardziej niezbędnych

g. łączenie zakładów, instytutów i wydziałów wszędzie tam, gdzie zostały w przeszłości sztucznie rozmnożone (na jednej z politechnik są 4 wydziały mechaniczne)

h. analiza zasadności utrzymania bazy rekreacyjnej

2. Racjonalizacja dydaktyki

Mam tu na myśli weryfikację realizowanych programów i planów zajęć pod kątem ich celowości i efektywności, a w konsekwencji łączenie niektórych zajęć, zmniejszenie wymiaru czasowego, a nawet likwidację, albo zwiększenie liczebności grup studenckich. Jedną z barier, na jaką tutaj uczelnie napotykają, jest art. 101 ustawy o szkolnictwie wyższym, ustalający pensum nauczyciela akademickiego. Ministerstwo będzie dążyć do całkowitego usunięcia tego artykułu lub przynajmniej złagodzenia jego ostrości, w tej chwili natomiast apelujemy do środowisk akademickich o wyrozumiałość tam, gdzie zwiększenie pensum pozwala rektorowi uratować budżet uczelni.

3. Działania integracyjne

Pragniemy zachęcić uczelnie znajdujące się w jednym mieście do tworzenia międzyuczelnianych zakładów naukowych, dydaktycznych i usługowych, a tam, gdzie jest po temu chęć i warunki - wręcz do łączenia się. Można np. rozważyć, czy każda uczelnia musi mieć swój zakład w-f, czy może lepiej połączyć siły i zasoby dla stworzenia wspólnego. To samo odnosi się do nauki języków obcych, przychodni lekarskich, stołówek itd. W paru miastach pomysły takie już się zrodziły i są z powodzeniem realizowane.

4. Środki pozabudżetowe

Uczelnie muszą wzmóc działania prowadzące do pozyskiwania środków poza budżetem. Możliwości takie istnieją: współpraca z uczelniami Zachodu, programy międzynarodowe (m.in. TEMPUS), sprzedaż wydawnictw, usługi biblioteczne, ekspertyzy, własna działalność gospodarcza, fundacje itp. Do tych możliwości dochodzi teraz kolejna, którą daje Rozporządzenie Rady Ministrów z 27 sierpnia br. w sprawie zasad gospodarki finansowej uczelni. Rozporządzenie to zezwala na pobieranie opłat za niektóre zajęcia dydaktyczne, a mianowicie za

a. zajęcia na studiach dziennych w przypadku ich powtarzania spowodowanego niezadowalającymi wynikami w nauce,

b. studia zaoczne, wieczorowe i eksternistyczne

c. studia podyplomowe i inne formy kształcenia.

Zdaję sobie sprawę, że działania, które przedkładamy uwadze Państwa, z reguły przyniosą skutki dopiero po pewnym czasie. Ale niektóre mogą przynieść skutki szybko, a poza tym, **nie jest wcale oczywiste, że budżet roku 1992 będzie lepszy niż obecnie poprawiony.**

Czy służba zdrowia może na siebie zarobić?

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19.08.91 r. (MP nr 27 poz. 192), zmieniające zarządzenie w sprawie cen za usługi świadczone przez zakłady społecznej służby zdrowia osobom nie uprawnionym do bezpłatnych świadczeń leczniczych zawiera 4 załączniki:

1. ceny za usługi ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
2. ceny za usługi stomatologiczne;
3. ceny za usługi pomocy doraźnej i za przewozy chorych;
4. zryczałtowane ceny za usługi opieki stacjonarnej za każdy dzień pobytu.

Z tego zarządzenia wynika nie tylko to, że utrzymanie sprawnej służby zdrowia jest kosztowne, ale również to, że w określonych sytuacjach służba zdrowia może, a nawet powinna próbować na siebie zarobić.

Problemem dla administracji służby zdrowia są pacjenci, którzy za usługi medyczne chcą płacić. W dobie ogromnych trudności finansowych służby zdrowia wydaje się to niepojęte. A jednak ...

W godzinach pracy administracji, tj. pomiędzy 8.00 a 15.00 pacjent nieubezpieczony może wnieść opłatę w Dziale Statystyki Medycznej, bądź - w przypadku wykonywania badań laboratoryjnych - na miejscu, w Laboratorium Centralnym Zakładu Biochemii Klinicznej i Pracowni Bakteriologii Klinicznej. Problem zaczyna się po godz. 15.00 Wówczas to istnieje możliwość uiszczenia opłaty w Głównej Izbie Przyjęć, ale przede wszystkim dla pacjentów trafiających do tej jednostki. Personel medyczny GIP jest tak obciążony zapewnieniem właściwej opieki medycznej, że niezbyt chętnie (chyba słusznie) zajmuje się sprawami obsługi finansowej. Pion medyczny niech leczy, a sprawnym egzekwowaniem ewentualnych zobowiązań finansowych powinien zająć się skuteczny pion finansowy. Oczekiwanie na to, że pacjent nieubezpieczony, któremu udzielono pomocy medycznej w godzinach nocnych, zgłosi się do Działu Statystyki Medycznej na drugi dzień i uiści odpowiednią opłatę, nie ma nic wspólnego z racjonalnym myśleniem.

Liczba osób nieubezpieczonych rośnie i będzie dalej wzrastała. Jest to wynik sytuacji ekonomicznej nowo powstających jednostek gospodarczych. Nieubezpieczenie pracownika jest zyskiem finansowym dla pracodawcy, ale łączy się z ryzykiem poniesienia kosztów leczenia w chwili choroby pracownika, na które zarówno pracodawca jak i pracownik wspólnie się godzą.

Do wnoszenia opłat za usługi świadczone przez zakłady społeczne służby zdrowia poza pacjentami nieubezpieczonymi (nie posiadającymi aktualnego potwierdzenia w książeczce ubezpieczeniowej), obcokrajowcami (nie wszystkimi), zobowiązane są również osoby ubezpieczone, którym udzielono takich świadczeń, jak:

- badania kontrolne i okresowe wykonywane na zlecenie obywatela, zakładów pracy, firm prywatnych;
- badania stanu zdrowia kierowców i osób ubiegających się o prawo jazdy;
- ocena stanu zdrowia obywateli polskich kierowanych do pracy za granicę u pracodawców zagranicznych;
- przerywanie ciąży (nie dotyczy zabiegów dokonywanych ze wskazań lekarskich);
- pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych;
- badania i pomiary wykonywane przez stacje sanitarno-epidemiologiczne w celu ustalenia przekroczeń wartości dopuszczalnych norm higieniczno-zdrowotnych;
- badania importowanych środków spożywczych;
- produkcja i sprzedaż płynów infuzyjnych w aptekach szpitalnych;

- badania ilościowe i jakościowe płynów infuzyjnych produkowanych w aptekach szpitalnych;
- zapłodnienie "in vitro";
- zabiegi upiększające;

Środki finansowe uzyskane przez zakłady społecznej służby zdrowia z powyżej przedstawionych źródeł gromadzone na rachunkach specjalnych tych zakładów przeznaczone być mogą - zgodnie z interpretacją Ministerstwa Finansów zawartą w piśmie z dnia 25.06.91 r. BP-6-429/26/91 - na bieżącą działalność pozapłacową tych zakładów w zakresie ochrony zdrowia.

W interesie wszystkich pracowników służby zdrowia, zarówno pracowników administracji jak i personelu medycznego, jest ścisłe przestrzeganie zarządzenia ministra ZiOS, zwłaszcza teraz, kiedy sytuacja finansowa służby zdrowia doprowadziła do cięć płacowych, a powstała możliwość pozostawienia całości wypracowanych funduszy w tym zakładzie, który je zarobił.

Odczuwa się brak pełnej, zaktualizowanej listy krajów, których obywatele są uprawnieni do bezpłatnej opieki medycznej na terenie RP. Jest to szczególnie ważne obecnie, w momencie dużych zmian ustrojowych i terytorialnych w krajach ościennych oraz wygasaniu umów międzyrządowych o wzajemnie bezpłatnej opiece nad swoimi obywatelami. Przepisy dotyczące tych spraw, rozrzucone w różnych aktach prawnych, winny być zebrane w jeden syntetyczny dokument, stale aktualizowany i przekazywany wszystkim lekarzom. Ta luka informacyjna musi być szybko wypełniona treścią.

Tworzące się obecnie nowe zasady finansowo-prawne funkcjonowania służby zdrowia wymagają od jej kadry kierowniczej odmiennego, aktywniejszego, menadżerskiego podejścia do pojawiających się zadań i problemów.

O konkretnych posunięciach Dyrekcji PSK Nr 1 poinformujemy Czytelników *GazetyAMG* w najbliższym czasie.

Dr med. Waldemar Narożny

Obozy dla dzieci niepełnosprawnych

(Zarząd Wojewódzki PCK w Gdańsku skierował do Uczelni pisma, z których obszerne fragmenty podajemy poniżej)

Zarząd Wojewódzki Polskiego Czerwonego Krzyża w Gdańsku pragnie poinformować, że przekazane na rzecz obozu kontaktowego dla dzieci niepełnosprawnych fundusze, przeznaczone zostały na dofinansowanie wyżywienia i pobytu na obozie w Cieciorce studentów Akademii Medycznej w Gdańsku.
Ogółem w obozie udział wzięło 72 studentów i 93 dzieci, w tym z Państwa uczelni 29 osób. Całkowity koszt pobytu jednej osoby wyniósł średnio na jednym turnusie 740.000 zł.
Dzięki pomocy Państwa uczelni oraz zaangażowaniu studentów w pracę na obozie, wiele dzieci niepełnosprawnych mogło spędzić prawdziwe, radosne wakacje, które są często dla nich jedyną możliwością wyjazdu i rozrywki w ciągu roku. Dlatego pragniemy złożyć na ręce Pana Rektora wyrazy szczerego podziękowania w imieniu organizatorów i uczestników obozu kontaktowego "Cieciorka 91".
Wśród szczególnie wyróżniających się opiekunów dzieci niepełnosprawnych byli:

1. Przemysław Duchniewicz (II lek.)
2. Rafał Jankowski (II lek.)
3. Maja Klaudel (IV lek.)
4. Katarzyna Knasiak (IV stom.)

5. Wojciech Kotłowski (II lek.)
6. Krystian Krupski (II stom.)
7. Marcin Malinowski (II lek.)
8. Dorota Markowska (II stom.)
9. Izabela Morańska (II lek.)
10. Grzegorz Muszkowski (II lek.)
11. Grzegorz Piskulak (V lek.)
12. Anna Siewruk (II lek.)
13. Iwona Steciak (II lek.)
14. Piotr Zieliński (IV lek.)

Przeznaczając swój czas i pracę (wykonywaną często przez całą dobę), potrafili Oni zapewnić dzieciom nie tylko prawidłową opiekę, ale dali z siebie coś więcej - serce, traktując dzieci jak przyjaciół.

Udział studentów w tego rodzaju obozach jest także szczególnie istotny i pożądany w procesie kształtowania osobowości przyszłego lekarza, uwrażliwiając go na potrzeby ludzi "sprawnych inaczej".

Gdańskie Towarzystwo Naukowe zawiadamia, że przyzna w bieżącym roku młodym pracownikom nauki kolejne doroczne nagrody za wybitne osiągnięcia naukowe. Przyznanych zostanie pięć równorzędnych nagród za prace naukowe ukończone lub opublikowane w 1991 r. z zakresu dziedzin odpowiadających poszczególnym Wydziałom Towarzystwa:

Wydział I - Nauk Społecznych i Humanistycznych
Wydział II - Nauk Biologicznych i Medycznych
Wydział III - Nauk Matematyczno-Fizyczno-Chemicznych
Wydział IV - Nauk Technicznych
Wydział V - Nauk o Ziemi

W ubiegłym roku wysokość nagrody wynosiła 3.000 zł. W roku bieżącym Zarząd GTN nie podjął jeszcze decyzji w tej sprawie. Kandydatów do nagród prosimy zgłaszać za pośrednictwem Wydziałów GTN w terminie do 10 listopada 1991 r. pod adresem: ul. Grodzka 12, 80-841 Gdańsk. Zgłoszenie powinno nastąpić przez nadesłanie:
- jednego egzemplarza publikacji lub maszynopisu pracy będącej podstawą do nagrody, z tym, że w pierwszej kolejności uwzględniane będą prace opublikowane lub przyjęte do druku przez wydawnictwa. Zgłaszane do nagrody mogą być prace opublikowane lub ukończone po 1 listopada 1990 r. Warunkiem zgłoszenia do nagrody rozprawy doktorskiej jest zakończenie w podanym wyżej terminie przewodu doktorskiego. W przypadku zgłoszenia do nagrody dorobku naukowego obejmującego prace wykonane w latach poprzednich wymaga się, aby co najmniej jedna samodzielna publikacja kandydata do nagrody, stanowiąca istotną część tego dorobku, ukazała się po 1 listopada 1990 r. Do nagrody GTN nie mogą być zgłoszone prace wyróżnione nagrodami ministerialnymi lub równorzędnymi,
- dwóch recenzji tej pracy opracowanych przez profesorów stosownej specjalności, zawierających merytoryczną ocenę zgłoszonego opracowania; w przypadku zgłoszenia rozpraw doktorskich konieczne jest dołączenie co najmniej jednej dodatkowej opinii opracowanej przez profesora, oprócz recenzji rozprawy doktorskiej, uzasadniającej celowość wyróżnienia zgłoszonej pracy nagrodą GTN,
- informacji o kandydacie zawierającej dane o miejscu pracy, dotychczasowym dorobku naukowym, adres zamieszkania i datę urodzenia,
- streszczenia zgłoszonej do nagrody pracy do dwóch stron maszynopisu.

Kandydaci do nagrody nie muszą być Członkami Gdańskiego Towarzystwa Naukowego. Do nagród mogą być zgłaszane prace zespołowe pod warunkiem, że wszyscy członkowie zespołu spełniają wymóg paragrafu 2 regulaminu przyznawania nagród, który brzmi:
"Nagrody Gdańskiego Towarzystwa Naukowego przyznaje się osobom, które do końca roku kalendarzowego, za który przyznawane są nagrody, nie przekroczyły 35 roku życia i nie zajmują samodzielnego stanowiska docenta lub profesora".

Proponowany regulamin egzaminu państwowego z medycyny

Celem egzaminu państwowego z medycyny jest sprawdzenie stopnia przygotowania absolwenta do samodzielnego wykonywania zawodu lekarza, przygotowania osiągniętego w ramach studiów na wydziałach lekarskich w Polsce lub równoważnych wydziałach za granicą oraz zaliczonego stażu podyplomowego. Egzamin ma stanowić podstawę do otrzymania prawa praktyki lekarskiej.

Egzamin jest 2-częściowy - praktyczny i teoretyczny.
Egzamin praktyczny odbywa się pod koniec stażu i stanowi jego zaliczenie. Należy uzyskać potwierdzenie zaliczenia stażu wraz z określonymi umiejętnościami praktycznymi oraz końcowym sprawdzianem praktycznym, zdanym przed komisją złożoną z przedstawiciela okręgowej izby lekarskiej, opiekuna stażysty oraz jednego z ordynatorów szpitali. **Egzamin teoretyczny** ma charakter testowy i odbywa się po zaliczeniu stażu. Test zawiera około 200 pytań.
Miejsce egzaminów testowych wyznacza Rada Egzaminów Państwowych w Medycynie w oparciu o bazę regionalnych akademii medycznych. Egzamin praktyczny determinuje miejsce odbywania stażu.
Egzamin teoretyczny odbywa się w pierwszej połowie listopada i w pierwszej połowie maja każdego roku.
Za przygotowanie końcowego sprawdzianu praktycznego odpowiada opiekun stażysty. Egzamin teoretyczny przeprowadza komisja, której przewodniczy przedstawiciel tych okręgowych izb lekarskich, z których terenu pochodzą zdający.
Wynik egzaminu podany zostanie indywidualnie zdającemu. Zaświadczenie o wyniku precyzuje, czy egzamin został zaliczony i z jaką oceną. Wyniki egzaminu nie będą podawane do wiadomości publicznej, jednak akademie medyczne i izby lekarskie mogą otrzymać - do użytku wewnętrznego - komputerowy wydruk egzaminu.
Niezaliczenie stażu lub egzaminu testowego nie pozbawia absolwenta prawa do ponownego zaliczania stażu w ciągu kolejnych 12 miesiący, lecz zmusza do pokrycia kosztów.
Niezaliczenie egzaminu testowego uniemożliwia otrzymanie prawa praktyki lekarskiej, lecz nie przekreśla możliwości pracy w placówkach służby zdrowia nie wymagających praktyki lekarskiej. Trzykrotne niezaliczenie egzaminu testowego zmusza do stawienia się przed Radą Naczelną NIL.
Odpłatność za egzamin każdorazowo ustala Rada Egzaminów Państwowych.
Celem uzyskania prawa praktyki zdający winien przedstawić dokumenty: dyplom lekarski, dokument zaliczający staż oraz dokument zaliczający egzamin państwowy. Dokumenty zezwalające na praktykę przechowuje Okręgowa Izba Lekarska.

(Materiał wybrany z *Biuletynu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej* 1991 nr 6 - nadesłał "Stanbog")

Rektor i Senat Akademii Medycznej

w Gdańsku

mają zaszczyt zaprosić

na

UROCZYSTOŚĆ NADANIA TYTUŁU
DOKTORA HONORIS CAUSA

Prof. HENRYKOWI WIŚNIEWSKIEMU

Uroczystość odbędzie się dnia 14 listopada 1991 r. o godz. 12.00
w sali wykładowej im. prof. Stanisława Hillera, przy ul. Dębinki 1

Informacje o posiedzeniach Towarzystw Naukowych, zebraniach, odczytach i sympozjach, jakie mają się odbyć w listopadzie br.

5 listopada - zebranie PT Histochem. Cytochem.
godz. 13.30 - biblioteka Zakładu Histologii
P. Romanowski - student IV r. Wydz. Lek. AMG (po rocznym stażu w Dept. Pathology, Uniwersytetu w Edynburgu, program TEMPUS) "Mutacje onkogenne Kirsten-ras w nowotworach okrężnicy człowieka"

8 listopada - zebranie PT Diagnostyki Laboratoryjnej
godz. 10.00 - sala Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego, ul. Smoluchowskiego 18
Mgr M. Kowalewska, A. Malinowska z Woj. Stacji Krwiodawstwa w Gdańsku: "Nowe techniki serologiczne"
Firma Med-Lab z Białegostoku: "Vacutainer - nowy system pobierania krwi".

9 listopada - zebranie PT Otolaryngologicznego
godz. 10.30 - sala prof. Wszelakiego PSK nr 1
Dr K. Chełmiński z Gdyni: "Perlakowe zapalenia ucha u dzieci"
Dr J. Kozłowski: "Jednostronna głuchota u dzieci w badaniu obiektywnym"
Dr R. Trzeszczkowski, L. Żmudzka z Elbląga: "Guz kości skroniowej u 4-letniego dziecka o obrazie klinicznym *mastoiditis*"
Dr A. Łączkowska, A. Skorek, H. Leszniewski: Trudności rozpoznawcze w nocnych bólach głowy w przebiegu przewlekłego ucha środkowego"
Prezentacja preparatów laryngologicznych f-my Mack.

13 listopada - zebranie PT Alergologicznego
godz. 10.00 - sala wykładowa Specjalistycznego ZOZ nad Matką i Dzieckiem, Gdańsk-Oliwa, ul. Polanki 7
Dr M. Migdał z Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie: "Leki antycholinergiczne i beta mimetyczne w leczeniu chorób alergicznych"

13 listopada - zebranie PT Dermatologicznego
godz. 10.30 - Klinika Dermatologiczna PSK nr 1
Dr B. Pilarski: "Regaine w leczeniu łysienia plackowatego"

19 listopada - zebranie PT Immunologicznego
godz. 13.15 - sala ćwiczeń Zakładu Patomorfologii
Dr D. Ciesielski: "Receptory estrogenowe i antygeny nowotworowe w guzach gruczołu piersiowego"

19 listopada - zebranie PT Pediatrycznego
godz. 11.15 - sala Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego ul. Smoluchowskiego 18
Doc. P. Januszewicz z Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie "Nadciśnienie tętnicze u dzieci"

23 listopada - zebranie PT Stomatologicznego
godz. 10.00 - sala wykładowa prof. Mozołowskiego Zakładów Teoretycznych AMG
Prof. K. Mlosek z Akademii Medycznej w Warszawie
"Postępy w badaniach ultrasonograficznych twarzo-czaszki"
"Wybrane zagadnienia z osteoporozy twarzo-czaszki oraz metodyka badań radiologicznych w przypadkach braków w uzębieniu leczonych za pomocą śródkostnych wszczepów"

29 listopada - wspólne posiedzenie gdańskich oddziałów: PT Histochemików i Cytochemików, PT Anatomicznego i PT Fizycznego
godz. 12.00 - sala prof. Hillera
Prof. K. Ostrowski z Instytutu Biostruktury AM w Warszawie "Zastosowanie spektrofotometrii elektronowego rezonansu paramagnetycznego w badaniach teoretycznych i stosowanych tkanek mineralizujących"
29 listopada - zebranie PT Internistów
godz. 13.00 sala wykładowa im. Wszelakiego
Dr K. Szulczyńska, J. Suchorzewska "Zgony w zespołach obturacyjnych dróg oddechowych"
Dr K. Szulczyńska, E. Wszelaki-Lass "Dychawica oskrzelowa a ciąża - wnioski z 12-letniej obserwacji matki i dziecka"

Cykl wykładów z zakresu ekologii

"System approach to environmental problems"
"Environmental risk assessment"

wygłosi Prof. David A. Dunnette z Center for Public Health Studies Portland State University, USA.
Wykłady odbywają się w gmachu Wydziału Hydrotechniki PG, sala 310, w każdy czwartek, godz. 10.15-12.00.

Course outline:

Week 1 Introduction to the concept of risk assessment
Week 2 Dynamics of chemicals in the environment
Week 3 Adsorption of chemicals to soils and sediments
Week 4 Biomagnification of chemicals in the environment
Week 5 Biodegradation of chemicals
Week 6 Modeling of chemicals in the environment
Week 7 Heavy metals and metaloids in water and sediments
Week 8 Hazard evaluation of chemicals in the environment
Week 9 Dose-response relationships (toxicology)
Week 10 Exposure assessment
Week 11 Risk characterization
Week 12 Assessing risks, a case study: Caldwell Trucking Comp.
Week 13 Chemical risks in perspective, a case study: dioxin
Week 14 Ecological and public health risks in marine environments
Week 15 To be announced

Cykl wykładów z filozofii

"Elementy chrześcijańskiej antropologii filozoficznej"

wygłosi ks. dr filozof. **Piotr Moskal** z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
Wykłady odbywają się w sali prof. Reichera w gmachu Zakładów Teoretycznych AMG w godz. 14.00-15.30.

25.11.91 - Poznanie i twórczość
9.12.91 - Natura działania moralnego
13.01.92 - Prawo naturalne i prawa stanowione przez ludzi.

Przewidziana jest kontynuacja spotkań w semestrze wiosennym. Terminarz i godziny wykładów podany w terminie późniejszym.

Od Redakcji

Inaugurację mieliśmy ozdobną!
Pierwsza Babcia RP, Charyzmatyk, Sejm, Rząd, Kuria ...

Inaugurację mieliśmy optymistyczną:
Przemówienie Magnificencji nabrzmiałe było tradycją, ozdobione cytatami z Zamoyskiego, Śniadeckich i ..., Relmana, ogniskowało się na dokonaniach i zamierzeniach.
Jeszcze bardziej optymistyczna była wypowiedź przedstawiciela studentów, który zwracając się do immatrykulowanych żaków zachęcał ich, by wolny czas wykorzystywali na rozrywkę.

Postraszył nas, co prawda, duch PRL-u, którego odeszły już prezydent przyznał był odznaczenia państwowe, wręczane przez Ministra RP. Duch ten został jednak wyśmiany, a zapanował inny duch. Duch charyzmatycznej pokory i samarytańskiej służby, duch pokonywania trudności - z uśmiechem na twarzy.

Minister Edukacji przekonywał, że "czasy ciężkie, to czasy ciekawe", a Minister Zdrowia zachęcał do edukacji nie przerywanej.

W optymistycznym nastroju utwierdził wszystkich wykład inauguracyjny, w którym zapewniono, że trzustka wydziela tyle insuliny, iż możemy sobie pozwolić na grzech obżarstwa.

A tymczasem, po kątach rzeczywistość skrzeczy.

Ta rzeczywistość skrzeczy nawet w materiałach zamieszczonych w bieżącym numerze *Gazety*.

Filozofia niemówienia o trudnościach, "opieranie się na sumieniu", apelowanie o zrozumienie i wyrzeczenia ze strony ludzi, którym niemal co miesiąc obniża się płace - budzi uzasadniony niepokój.

W dniu 28 października 1991 r. odbyło się zebranie Kolegium Rektorskiego z udziałem dyrektora PSK nr 1 i zespołu redakcyjnego *GazetyAMG*. Spotkanie to poświęcone było analizie sytuacji finansowej Uczelni - łącznie ze Szpitalami Klinicznymi. Obszerne sprawozdanie z tego posiedzenia i wszelkie materiały ilustrujące przyczyny trudności finansowych, dotyczących zwłaszcza Szpitali Klinicznych oraz drogi i sposoby rozwiązania tych trudności zamieścimy w specjalnym numerze *GazetyAMG*, który ukaże się w listopadzie br.

Redaktor

Redaguje zespół: Marek Hebanowski, Kamil Jankowski, Leszek Kalinowski, Józefa de Laval, Waldemar Narożny, Jerzy Rogulski (redaktor naczelny), Urszula Wojdak (sekretarz Redakcji)
Adres Redakcji: Katedra Biochemii Klinicznej AM (pawilon 29)

Powiel. Biblioteka Główna AMG
Rej. 1126/91, nakł. 600 egz. form. A-4.

GAZETA AMG
GDAŃSK
DODATEK SPECJALNY
Listopad 1991

"A Balcerowicz wyciął nam numer", czyli porozmawiajmy o pieniądzach

Sytuacja gospodarcza kraju jest trudna. Przekształcenia gospodarki w kierunku urynkowienia zachodzą nadspodziewanie wolno. Wielkie przedsiębiorstwa państwowe okazują się niezdolne do samodzielnego działania. Powszechnie jest stosowana taktyka działań na przetrwanie. Celem tych działań jest zachowanie status quo, jeśli idzie o stan posiadania - w tym głównie - o stan załogi. Liczna i zwarta wokół dyrekcji i rady pracowniczej załoga, skłonna poprzeć swoją wolę przetrwania podjęciem akcji protestacyjnych, jest istotnym elementem nacisku w "negocjacjach" z Rządem, od którego stale jeszcze żąda się "załatwienia" słusznych postulatów kolejnych grup pracowników. Wykorzystuje się wszelkie drogi pozwalające ominąć twarde przepisy Ministerstwa Finansów. Jedną z nich jest niepłacenie podatków. Doprowadziło to do sytuacji znacznego deficytu budżetu Państwa. Wobec niemożliwości wyegzekwowania należnych podatków od własnych - bo państwowych - przedsiębiorstw, Rząd był zmuszony ograniczyć wydatki budżetowe. Wydatki budżetu - to są dotacje zapewniające działanie służb publicznych - administracji, policji, oświaty, kultury, służby zdrowia.
W listopadowym numerze *GazetyAMG* zamieściliśmy wypowiedź wiceministra Edukacji Narodowej, która dobitnie ilustruje sytuację szkolnictwa wyższego i nauki. Podobnie przedstawia się sytuacja służby zdrowia. Istotnym elementem oszczędnościowych decyzji Rządu - jest nierewaloryzowanie dochodów dla całej sfery budżetowej w kwartałach II - IV tego roku.
Rozumiemy wszyscy ten stan "wyższej konieczności" i godzimy się na okresowe, znaczne obniżenie stopy życiowej (wg oceny GUS koszty utrzymania wzrosły o ponad 50%) - podzielając przekonanie wiceministra Edukacji Narodowej - że w chwili poprawy sytuacji finansowej państwa zostanie wznowiona rewaloryzacja ze stopą dostatecznie wysoką, by nadrobić skutki obecnego spadku poziomu życia i że szkolnictwo wyższe i nauka (i służba zdrowia) będą finansowane wówczas na poziomie relatywnie wyższym.
Trzeba powiedzieć, że prasa, radio i telewizja nie pomagają nam w zrozumieniu konieczności ponoszonych wyrzeczeń.
Można mieć wiele zastrzeżeń do polityki społeczno-ekonomicznej Rządu i do zastosowanej metody - odbierania pieniędzy tym grupom społecznym, które nie mogą się bronić (jest to wbrew etyce zawodu). Znacznie więcej zastrzeżeń można mieć do polityki informacyjnej Rządu. Można było odnieść wrażenie, że Rządowi nie zależy na pozyskaniu akceptacji społeczeństwa (nauczycieli, lekarzy, pielęgniarek, salowych) dla koniecznych, ale przecież niepopularnych decyzji. W wypowiedziach ministrów wyczuwało się przekonanie, że kto jest mądry - zrozumie. A tymczasem - rządowa, przecież stale, telewizja bezustannie ogłasza apele o

zbiórkę pieniędzy dla ... Jasia, Kasi, dla dzieci niepełnosprawnych, dla ZOZ-u Śródmieście w Warszawie, dla prof. Religi itd., itp. Pokazuje się nam zamknięte oddziały szpitalne, informacje o kłopotach aptek, straszy pełną odpłatnością za leki, niewydolnością policji, niedouczeniem dzieci, itp., itd. Stwarza to atmosferę przygnębienia, zagrożenia, niepokoju i frustracji. (Nikt nie chciałby trafić na stół operacyjny prof. Religi w dniu, kiedy akurat brakuje nici do szycia rany). Stwarza to atmosferę katastroficzną - atmosferę narastających lawinowo trudności. W takiej atmosferze każda wypowiedź, wskazująca raczej na osiągnięcia niż na kłopoty, budzi reakcje "odrzucenia". Przekonał się o tym Rektor Akademii Medycznej wkrótce po swojej wypowiedzi w Gdańskiej Telewizji.

Zapytajmy zatem - Jak się rzeczywiście przedstawia sytuacja finansowa Akademii Medycznej w Gdańsku?

Pytanie takie padło na zebraniu Kolegium Rektorskiego AMG z udziałem zespołu redakcyjnego *GazetyAMG*, co miało miejsce w dniu 28.10. br. Wszyscy członkowie Kolegium - prorektorzy, dyrektor administracyjny AM oraz dziekani obu wydziałów - odpowiadając na powyższe pytanie stwierdzili, że sytuacja finansowa Akademii Medycznej jest - dobra, no ... zadowalająca.

Działalność dydaktyczna przebiega normalnie. Ilości pieniędzy pozyskane na prace naukowo-badawcze (chociaż zmniejszone o ok. 30% w stosunku do planowanych) - są wystarczające i większe niż kiedykolwiek. Działalność usługowo-lecznicza szpitali klinicznych w niczym nie została ograniczona. Wręcz przeciwnie - podjęto nowe inicjatywy lecznicze, wdrożono nowe techniki diagnostyczne. Nie ma ograniczeń w dysponowaniu lekami, wyżywienie chorych (i pracowników) znacznie się poprawiło. W Bibliotece Głównej uruchomiono system informacji komputerowej. Zakupiono znaczną ilość nowoczesnej aparatury badawczej i diagnostycznej. Przykładowo - z funduszów przeznaczonych na szkolnictwo i naukę zakupiono: ultrawirówkę dla Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej za ok. 468 mln zł, mikroskop dla Kliniki Chorób Zakaźnych za ok. 400 mln zł, wirówkę dla Zakładu Biochemii za ok. 330 mln zł, chromatograf cieczowy dla Zakładu Farmakognozji za ok. 380 mln zł i dla Zakładu Biochemii Klinicznej za ok. 286 mln zł . Ponadto zakupiono w bieżącym roku - 25 kopiarek za ok. 446 mln zł, 10 komputerów za ok. 175 mln zł, 6 drukarek za ok. 62 mln zł, 5 telewizorów za 64 mln zł, 7 magnetowidów za ok. 45 mln zł, 2 kamery tv za 30 mln zł. Według danych Działu ds. Aparatury AMG na dzień 14.11.1991 r. zrealizowano zakupy aparatury na sumę ok. 10 mld zł (w tym ok. 5,7 mld zł z funduszy na szkolnictwo i naukę i ok. 4,6 mld zł z funduszy na ochronę zdrowia).

Na naszych oczach trwają i posuwają się do przodu prace wykończeniowe budynku Instytutu Radiologii. To samo dotyczy budynków centralnej pralni, co prawda, na uboczu. Trwają prace adaptacyjne budynku 26 dla potrzeb Kliniki Hematologicznej, remontuje się sale operacyjne i całe oddziały. Prace te pochłoną przeszło 50 mld zł. A więc - pomimo trudności i ograniczeń budżetowych - pieniądze potrzebne dla prawidłowego, normalnego działania Uczelni i szpitali klinicznych napływają z odpowiednich ministerstw, zgodnie z zaplanowanymi (przyznanymi) limitami. Napływają pieniądze przeznaczone na inwestycje, bieżące wydatki i na płace. W tych jednostkach, w których przestrzega się dyscypliny finansowej i np. inwestuje się tylko tyle, ile można na to (w granicach przyznanego limitu) - przeznaczyć, sytuacja finansowa kształtuje się prawidłowo. Nie występują niedobory i zadłużenia.

Tak właśnie mają się sprawy w Uczelni. Dotacje z Ministerstwa Edukacji Narodowej napływają regularnie, do końca października zrealizowano ok. 80% budżetu Szkoły. Nie ma jakichkolwiek ograniczeń płacowych (oczywiście płace nie są rewaloryzowane - jak w całej sferze budżetowej).

Akademia Medyczna prowadzi też działalność usługowo-leczniczą poprzez jednostki kliniczne, czyli Państwowe Szpitale Kliniczne. Pieniądze na tę działalność pochodzą z Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej i są przekazywane do Akademii zgodnie z

zaplanowanymi (przyznanymi) limitami. Władze Uczelni rozdzielają przyznane limity - proporcjonalnie - między poszczególne szpitale kliniczne. Szpitale kliniczne są jednostkami samodzielnymi, jakkolwiek podlegają nadzorowi ze strony władz Akademii. Dyrektor PSK może samodzielnie decydować o tym, w jaki sposób zużyje przyznane środki. Zobowiązany jest jednak do przestrzegania dyscypliny finansowej. Rozumie się przez to, że np. pieniądze przeznaczone na bieżące wydatki nie mogą być użyte na płace. Jeśli zwiększy się zatrudnienie lub podniesienie uposażenia - może zabraknąć pieniędzy na ten cel. Przyznany limit wyczerpie się przed końcem roku.
Taka właśnie sytuacja zaistniała w Państwowych Szpitalach Klinicznych AM w Gdańsku. Okazało się, że szpitale wydawały na płace więcej, niż wynikało to z przyznanych limitów. Z miesiąca na miesiąc narastał deficyt, w tym właśnie, i tylko w tym dziale wydatków szpitali. (Wydatki w dziale inwestycji i wydatków bieżących kształtowały się zgodnie z przyznanymi limitami).
Już w połowie roku pracownikom PSK obniżono premię do 1%. Następnie wprowadzono dalsze ograniczenia. Pod koniec października pracownicy szpitali rozmawiali już tylko o następnych, czekających ich restrykcjach płacowych. Narastały nastroje zagrożenia i niepokoju o dalszy los.
Jak doszło do tej swoistej katastrofy?
Żeby odpowiedzieć na to pytanie i wyjaśnić przyczyny zaistniałej sytuacji władze Uczelni zorganizowały spotkanie Kolegium Rektorskiego z Dyrektorem PSK Nr 1 i z zespołem redakcyjnym *GazetyAMG*, z zamiarem opublikowania wszystkich danych na ten temat w *GazecieAMG*. Z zamiarem przedstawienia całej sprawy - wszystkim zainteresowanym.
Bieg wypadków w następnych dniach był szybszy niż praca redakcji *GazetyAMG*, niemniej przedstawiamy, zgodnie z obietnicą, wypowiedzi, opinie, a przede wszystkim dostępną nam dokumentację. Ona "mówi" najwięcej i w sposób obiektywny.

Prof. dr hab. Jerzy Rogulski
Redaktor *GazetyAMG*

Stanowisko Dyrekcji AMG dotyczące sytuacji płacowej w szpitalach klinicznych

przedstawione na posiedzeniach:

- Kolegium Rektorskiego z udziałem zespołu redakcyjnego *GazetyAMG* i Dyrektora PSK nr 1 w dniu 28.10.1991 r;
- Senatu w dniu 4.11.1991 r.

W październiku 1990 r. AMG, na podstawie wcześniejszych wystąpień, otrzymała zwiększony limit funduszu wynagrodzeń osobowych w dziale "Ochrona zdrowia" w kwocie 768 mln zł i zwiększony plan zatrudnienia o 80 etatów (obie liczby w skali roku).
W dniu 12.10.1990 r. rozdzielono wyż.wym. kwotę i liczbę etatów na poszczególne PSK, z pełnym wytłumaczeniem sposobu zagospodarowania tych pieniędzy.
Zwrócono zwłaszcza uwagę na:
- nieprzeznaczanie całych kwot na podwyżki płac zasadniczych (jedynie w 1/4 kwoty - przy naliczaniu skutków)
- niezatrudnianie na stałe zbyt dużej liczby pracowników.

Po upływie I kwartału 1991 r. dokonano analizy wykorzystania funduszu wynagrodzeń i planu zatrudnienia w PSK, która wykazała, że przy utrzymaniu obecnego poziomu wynagrodzeń na koniec bieżącego roku wystąpi przekroczenie funduszu wynagrodzeń osobowych w wysokości około 9 mld złotych.
W związku z tym władze AMG (jako jednostka nadzorująca i przydzielająca fundusze) poleciły dyrektorom PSK pismem z dnia 16 kwietnia 1991 r. dokonanie takich korekt, które doprowadzą do niwelacji "zadłużenia przewidywanego" w ciągu II kwartału,

przypominając jednocześnie o odpowiedzialności dyrektorów PSK za wykonanie budżetu.

Równolegle podjęto prace analityczne nad ustaleniem przyczyn występującego przekroczenia. W ich wyniku ustalono, że:

a/ Dyrekcje PSK w końcu ubiegłego roku przeznaczyły dodatkowy limit w dużej części na dokonanie podwyżek wynagrodzeń zasadniczych, nie biorąc pod uwagę ustaleń z narady w dniu 12.10.1990 r. oraz skutków takich decyzji - przechodzących na 1991 rok.

b/ Dokonano dalszych podwyżek w styczniu br., mimo nieposiadania na ten cel żadnych środków, ani "obietnic" ich otrzymania.

c/ MZiOS nieprawidłowo naliczyło "bazę" funduszu wynagrodzeń dla PSK, zaniżając ją o kwotę około 3,2 mld zł. Pismo w tej sprawie wystosowano do MZiOS 14.06.1991 r.

Władze Uczelni wielokrotnie odbywały spotkania z dyrektorami PSK i głównymi księgowymi, w trakcie których wskazywano na konieczność podjęcia przez dyrektorów PSK zdecydowanych działań oszczędnościowych.

Po upływie półrocza dokonano analizy i stwierdzono brak postępu w likwidowaniu przewidywanego przekroczenia limitu (działania dyrektorów sprowadzały się do propozycji przejęcia przez Uczelnię części pracowników). Jednocześnie liczono na zapowiadane waloryzacje płac w sferze budżetowej, które mogłyby posłużyć do wyrównania przekroczeń.
Rząd zapowiedział niemożliwość waloryzacji, a MZiOS po przeprowadzonej analizie płac (wysokości i struktury) stwierdziło ich znaczne zawyżenie w szpitalach klinicznych AM w Gdańsku (przeciętna płaca w PSK w Gdańsku wynosiła 1.834.000 zł, gdy w pozostałych szpitalach klinicznych w kraju tylko 1.554.000 zł) i zdecydowanie odpowiadało na monity, że nie będzie żadnego zwiększenia limitu. O wszystkich tych sprawach byli na bieżąco informowani dyrektorzy PSK.

W związku z opisaną sytuacją w dniu 19.08.1991 r. ponownie zwrócono się do dyrektorów PSK z jednoznacznie brzmiącym pismem dotyczącym możliwości przekroczenia limitu, niemożliwości uzyskania dodatkowych kwot z budżetu państwa oraz przypominającym o jednoosobowej odpowiedzialności za wykorzystanie budżetu. Wprowadzono też cotygodniowe sprawozdania budżetowe.

Pismo to i odbyte rozmowy doprowadziły wreszcie do podjęcia działań skutkujących ze strony dyrektorów PSK - obniżenie premii, wstrzymanie wypłat godzin nadliczbowych (od sierpnia).
Jednocześnie 20.09.1990 r. władze Uczelni (tj. prorektor ds klinicznych i kwestor) oraz główna księgowa PSK nr 1 - odbyli rozmowy w MZiOS z wiceminister p. Grzymisławską.
Otrzymano obietnice wnikliwego rozpatrzenia sprawy, zaznaczając jednocześnie, że niedopuszczalne jest przekroczenie limitu, co będzie uznane za złamanie dyscypliny budżetowej.

W dniu 9.10.1991 r. Rektor Akademii Medycznej w Gdańsku oraz Dyrektor Administracyjny zostali wezwani do MZiOS, gdzie wyjaśniono sprawę przyczyn oraz skutków przekroczonego limitu. Otrzymano jednocześnie zwyżkę kwoty funduszu wynagrodzeń dla PSK o 2.430 mld zł, co wynikało z poprawienia "bazy" funduszu wynagrodzeń.

Informacja o zebraniu związkowym pracowników PSK Nr 1 w sprawach płacowych - w dniu 29.10.1991 r.

Informacje napływające do KZ NSZZ "Solidarność" AMG i PSK w ostatnim tygodniu października br. wskazywały na możliwość niezgodnej z prawem decyzji niewypłacenia pracownikom stałych składników uposażenia zasadniczego (ryczałty, wysługa lat itp.). Szczególne zaniepokojenie wzbudził fakt, iż grupa 85 pracowników obsługi tego szpitala mogłaby otrzymać wypłatę w wysokości zaledwie 500.000 zł, a więc grubo poniżej zasiłku dla bezrobotnych. Niewiele większe byłyby pobory pielęgniarek.

W tej sytuacji prezydium komisji zakładowej wydelegowało w dniu 29.10.1991 r. wiceprzewodniczących związku: dr Annę Mołczanow-Drzewiecką i dr Michała Woźniaka do odbycia rozmów w trybie pilnym z dyrektorem AMG oraz dyrektorem PSK nr 1.

W wyniku odbytych rozmów z dyrektorami Sławomirem Bautembachem i Markiem Wyszczelskim nie znaleziono rozwiązania sytuacji płacowej. Na podstawie uchwały Prezydium NSZZ "Solidarność" zorganizowano w tym samym dniu zebranie załogi PSK nr 1 z dyrektorem Markiem Wyszczelskim. W zebraniu uczestniczyli prof. Stefan Angielski oraz dr Sławomir Bautembach.

Po trzygodzinnej dyskusji dyrektor Sławomir Bautembach podjął decyzję o spowodowaniu wypłaty zaległych stałych składników pensji (do 12 bm. - wg informacji uzyskanej 6 bm.).

Dla zorientowania Czytelnika w przyczynach zaistniałej sytuacji przedstawiamy zaprezentowane na zebraniu stanowiska.

Dyrektor PSK nr 1 Marek Wyszczelski stwierdził, że brak pieniędzy na wypłaty w końcu roku wynika z decyzji przeznaczenia środków płatniczych przyznanych w październiku 1990 r. - głównie na stałe składniki uposażenia. Ta decyzja spowodowała konieczność wypłat także w następnych miesiącach wyższych ruchomych składników płac.

Dyrektor swoją decyzję uzasadnił chęcią poprawy poziomu wynagrodzeń zasadniczych, co było zgodne, w chwili podejmowania decyzji, z zaleceniami MZiOS (pismo KDP/80/W/90 z 5.11.1990 r.).

Przedstawiciel NSZZ "Solidarność" Wojciech Kuźmierkiewicz stwierdził, że delegaci związku w komisji płacowej: Anna Mołczanow-Drzewiecka, Grzegorz Golub, Władysława Murawska kierując się interesem pracowników, a także treścią wyż. wym. pisma również wnioskowali taki podział funduszu. Takie też rozwiązanie proponował przewodniczący komisji płacowej prof. Bolesław Rutkowski.

Dyrektor AMG stwierdził, że decyzja dyrektora PSK Nr 1 podjęta w październiku ub. roku o podwyższeniu stałych składników płacowych była niesłuszna. Podobnego zdania był J.M. Rektor AMG. Musimy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż wyż.wym. decyzja była podejmowana w końcu roku i nie można było wówczas przewidzieć katastrofalnego stanu budżetu państwa, który spowodował wstrzymanie przewidzianej ustawą rewaloryzacji płac pracowników służby zdrowia. Wstrzymanie to nastąpiło, jak wiemy, dopiero w wyniku długiej debaty sejmowej w październiku br.

Prezydium KZ NSZZ "Solidarność" AMG i PSK

D O K U M E N T Y

Dzi...
ul. Dąb...
80-952 Gdańsk

P r o t o k ó ł

z posiedzenia Komisji d/s regulacji płac w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Gdańsku w dniach od 13.11 do 16.11.1990r.

Obecni - wg załączonej listy obecności

Komisja po zapoznaniu się z tabelą stawek uposażenia zasadniczego pracowników zakładów społecznych służby zdrowia, zakładów pomocy społecznej i zakładów rehabilitacji zawodowej inwalidów przesłaną przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej przy piśmie z dnia 1990.11.05 KDP/80/W/90 i przedstawionymi środkami finansowymi przydzielonymi na regulację płac w tut. Szpitalu- średnio 200.000zł do uposażenia zasadniczego oraz wypłatę ryczałtów za działalność leczniczą, profilaktyczną i diagnostyczną dla nauczycieli akademickich postanowiła z dniem 1.10.1990r. zgodnie z w/w tabelą:

1. Kategorie zaszeregowania pozostawić bez zmian.
2. Podwyższyć wynagrodzenie za działalność leczniczą, profilaktyczną i diagnostyczną wg załącznika Nr 1 do protokółu.
3. Podwyższyć wynagrodzenie zasadnicze do stawki maksymalnej wszystkim pracownikom tut. Szpitala pracującym powyżej 25 lat. Zaszeregowania pozostałych pracowników wg stażu pracy.
   a/ załącznik Nr 2 - pracownicy działalności podstawowej z wyższym wykształceniem
   b/ załącznik Nr 3 - pracownicy działalności podstawowej średni i niższy personel medyczny
4. Dyżury zakładowe rozliczyć jak poniżej:
   a/ dla pracowników etatowych PSK Nr 1 wg uposażeń otrzymywanych z podstawowego miejsca pracy.
   b/ dla nauczycieli akademickich wg uposażenia ustalonego dla celów dyżurowych - zał. Nr 4 do protokółu.
5. Premię od 1.10.1990r. pozostawić w wysokości 15% po rozliczeniu rocznym będzie można rozliczyć zgodnie z regulaminem.

Na zakończenie Przełożona Szpitala zaproponowała, aby od 1.01.1991r. zaliczyć pielęgniarki zatrudnione w 1990r. do tabeli ze stażem pracy od 1 roku do 4-ch ze stawką 870.000 zł miesięcznie bez posiedzenia Komisji.

Na tym protokół zakończono.

Z a t w i e r d z a m:

p.o. DYREKTOR SZPITALA
lek. m... ...

L i s t a obecności

na posiedzeniu Komisji d/s regulacji płac w Państwowym Szpotalu Klinicznycm Nr 1 w Gdańsku od dnia 1 października 1990 r.

		13.11.1990	16.11.1990
Komisja w składzie:			
Przewodniczący	- doc.dr Bolesław Rutkowski		
Członkowie :	- dr med. Ryszard Tęcza		
	- lek.med. Grzegorz Golub		
	- mgr Cecylia Koniecka		
	- Tadeusz Sztygar		
	- Dorota Kurzaj		
	- Janina Okoniewska		
	- mgr Barbara Pietraszko		
	- Władysława Murawska		
	- Konrad Grablowski		
	- dr Andrzej Urbański		

L i s t a obecności

na posiedzeniu Komisji d/s regulacji płac w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Gdańsku od dnia 1 października 1990 r. /wyższy personel działalności podstawowej/ 15.11.90

Komisja w składzie:		
Przewodniczący	- dr Andrzej Urbański	
Członkowie :	- lek.med. Grzegorz Golub	
	- doc.dr Janina Suchorzewska	
	- dr Anna Mołczanow-Drzewicka	
	- mgr farm. Ryszard Wołyniak	
	- mgr Cecylia Koniecka	
	- Janina Okoniewska	
	- mgr Barbara Pietraszko	
	- Władysława Murawska	
	- Barbara Kobylarczyk	
	- dr Zbigniew Aleksowicz	
	- dr Janina Jakitowicz	

Lista obecności

na posiedzeniu Komisji d/s Regulacji płac w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Gdańsku od dnia 1 października 1990 r. /średni i niższy personel działalność podstawowej/

Komisja w składzie : 14.11.1990 r.

Przewodniczący - lek.med. Andrzej Urbański

- lek.med. Grzegorz Golub
- Dorota Kurzaj
- mgr Cecylia Koniecka
- Janina Okoniewska
- Władysława Murawska
- Regina Dittner
- Zofia Wróblewska
- Halina Bartusch
- mgr Barbara Pietraszko
- Pobłocka Irena
- Nowak Mirosława

Orzecka Władysława

Kobylarczyk Barbara

DYREKTOR GENERALNY
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
I OPIEKI SPOŁECZNEJ

KDP/80 /W/90

Warszawa, dn. 990.11.05 90 r.

Lekarz Wojewódzki
Rektor Akademii Medycznej
Dyrektor jednostki organizacyjnej

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej realizując kierunki polityki płacowej przyjęte na początku bieżącego roku wspólnie ze związkami zawodowymi i Naczelną Izbą Lekarską, konsekwentnie zmierzało z jednej strony do zapewnienia kierownictwom zakładów pracy maksymalnej samodzielności w wykorzystywaniu istniejących mechanizmów płacowych do realizacji założonych celów i do samodzielnego dysponowania posiadanymi środkami finansowymi, z drugiej do zapewnienia pracownikom zakładów służby zdrowia pewnej stabilności płac, poprzez zwiększenie rangi uposażenia zasadniczego jako najbardziej gwarantowanego składnika wynagrodzenia.

W tym celu stopniowo ograniczono ilość tytułów dodatkowych wypłat przez konstrukcję tabel uposażeń zasadniczych, wymuszono przesunięcie części funduszu premiowego do płacy podstawowej. Wnioskowano o likwidację nadmiernej ilości godzin nadliczbowych czy dodatkowego zatrudnienia, zmniejszanie stanowisk kierowniczych itp. proponując zaoszczędzone w ten sposób środki przeznaczać na poprawę poziomu wynagrodzeń zasadniczych.

W zdecydowanej większości zakładów służby zdrowia stanowisko Ministerstwa spotkało się z pełnym poparciem, o czym świadczy fakt, że udział uposażenia zasadniczego w płacy ogółem wzrósł z 48,8% na koniec ubiegłego roku do ca 63% w III kwartale bieżącego roku.

Przekazując tabele płacowe przewidziane do wdrożenia w III kwartale br., Ministerstwo uzasadniało szerokie rozwarcie tej tabeli zróżnicowaną sytuacją płacową poszczególnych jednostek, będącą głównie wynikiem prowadzenia przez te jednostki określonej polityki płacowej,

jak i stworzeniem możliwości odpowiedniego zróżnicowania poziomu wynagrodzeń pracowników stosownie do posiadanych kwalifikacji, charakteru wykonywanej pracy, stopnia jej odpowiedzialności i złożoności. Zapowiadało równocześnie, że zgodnie z oczekiwaniami pracowników służby zdrowia jak i postulatami związków zawodowych, pragnie w IV kwartale br. maksymalnie podnieść stawki obligatoryjnego uposażenia zasadniczego /lewa strona tabeli płac/.

W celu ustalenia tabeli uposażeń zasadniczych na faktycznych danych zwrócono się do 150 reprezentatywnych jednostek służby zdrowia z całego kraju o nadesłanie informacji dot. poziomu płac i struktury wynagrodzeń. Materiały nadesłało ok. 100 jednostek z 31 województw. Wynika z nich, że udział uposażenia zasadniczego w płacy ogółem kształtuje się na poziomie ca 65%, z tym że w grupie niższego personelu działalności podstawowej przekracza 70%, w średnim personelu medycznym 67%, natomiast w grupie lekarzy z reguły nie przekracza 50%, nierzadkie bywają przypadki, że wynosi zaledwie 35% - 37%, a w skrajnych nawet 30,3%.

Średnia płaca salowych sięga 70% średniej płacy krajowej, pielęgniarek - 95% średniej płacy krajowej, natomiast lekarzy - po wyłączeniu wynagrodzenia za dyżury zakładowe, niewiele przekracza 150%.

Należy wyraźnie podkreślić, że zebrany materiał /zaledwie ok. 100 respondentów/ nie pozwala na dokonanie pełnej analizy poziomu wynagrodzeń oraz oceny, w jakim stopniu relacje wynagrodzeń odpowiadają charakterowi wykonywanej pracy.
Miał on bowiem służyć wyłącznie do opracowania tabeli uposażeń zasadniczych i oceny w jakim stopniu zakłady służby zdrowia są zbieżne w realizacji swojej polityki płacowej z założeniami centrum.

Na podstawie zebranego materiału nasuwają się pewne spostrzeżenia i wątpliwości. Poziom wynagrodzeń lekarzy jest relatywnie niski, a ich struktura nadal nie jest prawidłowa. Wysoki udział wynagrodzenia za dyżury zakładowe w niektórych województwach budzi wątpliwości, czy ilość pełnionych dyżurów zakładowych odpowiada faktycznym potrzebom

i wiąże się z deficytem kadry lekarskiej. Zróżnicowanie poziomu wynag dzeń średniego personelu medycznego w zespołach opieki zdrowotnej i wojewódzkim szpitalu zespolonym na niekorzyść tego ostatniego rodzi pytanie, czy wiąże się ze strukturą zatrudnienia, czy nieprawidłowym podziałem środków na szczeblu wojewódzkim. Czy nadmierna ilość godzin nadliczbowych w grupie niższego personelu działalności podstawowe i bardzo wysokaw grupie pracowników obsługi zawsze wynika z braku możliwości zwiększenia zatrudnienia tych pracowników?

W oparciu o nadesłane z jednostek informacje opracowano projek tabeli płacowej przewidzianej do wdrożenia w IV kwartale br., którą w dniu 12 października doręczono lekarzom wojewódzkim do sprawdzenia możliwości jej wprowadzenia w ramach środków przyznanych na waloryzację wynagrodzeń pracowników zakładów służby zdrowia. W tabeli tej, zgodnie z wcześniejszą zapowiedzią, dolne stawki wynagrodzeń zwiększono średnio o 24% ponad przyznane środki, opierając się na faktycznym poziomie uposażeń zasadniczych i zakładając przesunięcie w niektórych jednostkach funduszu premiowego w uposażenie zasadnicze Zasadniczym walorem tej tabeli - poza dostosowaniem poziomu wynagrodzeń zasadniczych do faktycznych możliwości zakładów - było znaczne ograniczenie zachodzenia na siebie stawek wynagrodzenia określonych dla poszczególnych grup zawodowych przy stosunkowo dużej możliwości różnicowania wynagrodzeń indywidualnych. Tabela ta stwarza podstawy do sukcesywnej poprawy relacji wynagrodzeń, na korzyść pracowników z wykształceniem wyższym.

Z informacji przekazanej przez lekarzy wojewódzkich wynikało, że w ośmiu województwach niektóre jednostki nie są w stanie jej wprowadzić z uwagi na brak środków finansowych. Związki zawodowe nie wyrażajączgody na obniżenie lewej strony tabeli, podjęły się sprawdzenia kanałami związkowymi prawidłowości wyliczeń. Po dalszych konsultacjach z kierownictwem wydziałów zdrowia okazało się, że jedynie w województwie zielonogórskim może zabraknąć środków w dwóch jednostkach. Ponieważ, zdaniem Ministerstwa sprawa ta jest rozwiązania na szczeblu wojewódzkim zdecydowano przyjąć dolne stawki wynagrodzeń z tabeli V. Równocześnie postanowiono, uwzględniając

postulat związków zawodowych i Naczelnej Izby Lekarskiej, podnieść górne stawki uposażeń zasadniczych tak, aby umożliwić różnicowanie uposażeń poszczególnych pracowników zaszeregowanych do tych samych kategorii.

Przekazując załączoną tabelę płacową - w wersji do celów szkoleniowych - Ministerstwo uprzejmie prosi o możliwie szybkie dokonanie wypłat podwyższonych wynagrodzeń pracownikom służby zdrowia. Jednocześnie Ministerstwo prosi o rozważenie potrzeby:

- dokonania na szczeblu wojewódzkim oceny poziomu wynagrodzeń pracowników w poszczególnych grupach zawodowych i zbadanie zasadności występujących różnic,
- zmniejszenia ilości dyżurów zakładowych,
- ograniczenia ilości godzin nadliczbowych /jako najbardziej nieracjonalnej i kosztownej formy wypłat z funduszu wynagrodzeń/.

Przekazując zakładom służby zdrowia serdeczne podziękowania za nadesłane informacje dotyczące poziomu wynagrodzeń i struktury płac za poprzedni okres, Ministerstwo zwraca się z ponowną prośb do tych samych jednostek o nadesłanie podobnych materiałów według załączonego wzoru po wprowadzeniu tabeli obowiązującej od października br. - najpóźniej do dnia 10 grudnia.

Uprzejm[illegible] lekarzy wojewódzkich z województw, które w pierwszym terminie przekazały wiadomości o braku środków na wdrożenie tabeli /dotyczy województw: warszawskiego, gorzowskiego, katowickiego, kaliskiego, poznańskiego, skierniewickiego, toruńskiego, zielonogórskiego/ o przekazanie informacji ze wszystkich zakładów służby zdrowia.

Anna Grzymisławska

MINISTER
ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

EKB-034-Z- 9 /91

Warszawa, dnia 1991.03.21 19 r.

otrzymali:
1/ PSK-1 - [illegible]
2/ PSK-2 - Kopania
3/ PSK-3 - Chwiała

28.3.91.

Pan Rektor
Akademii Medycznej
w Gdańsku

W związku z określeniem przez Ministra Pracy i Polityki Socjalnej wstępnej wielkości limitu wynagrodzeń osobowych na 1991 rok - ustalam dla jednostek sfery budżetowej zaliczanych do działu ochrona zdrowia plan tego funduszu w wysokości 53.935.990 tys. zł / dla 2852 etatów /.

Wstępna wysokość limitu wynagrodzeń osobowych określona została w skali całorocznej, w ramach której mieszczą się również kwoty na waloryzację płac od 1 stycznia 1991 roku.

Limit obejmuje wypłaty wszystkich składników zaliczanych do wynagrodzeń osobowych /§ 11/.

Ustalony limit wynagrodzeń osobowych nie może być przekroczony, w związku z czym skutki finansowe wszelkich decyzji mający wpływ na jego wykorzystanie powinny być poddawane bieżącej i wnikliwej analizie.

Dotyczy to w szczególności zwiększenia ogólnej ilości godzin nadliczbowych, dyżurów zakładowych, wzrostu zatrudnienia itp.

W związku z przyznanymi limitami wynagrodzeń osobowych proszę o spowodowanie dokonania ich podziału na podległe jednostki oraz zobowiązanie tych jednostek do prawidłowego wdrażania waloryzac płac w niezwłocznym terminie.

Z poważaniem

DYREKTOR GENERALNY
w Ministerstwie Zdrowia
i Opieki Społecznej
Anna Grzymisławska

Gdańsk,dnia 30.III.1991r.

L.dz.EK/903/91r.

Państwowy Szpital Kliniczny nr. 1
ul. Dębinki 7
w Gdańsku

W oparciu o decyzję MZiOS z dnia 21.III.1991r. Nr. EKB-034-Z-9/91r. ustalającą plan funduszu wynagrodzeń osobowych na 1991r. dla Szpitali Klinicznych w łącznej wysokości 93.935.999.000,- zł. dla 2852 etatów, jak również w nawiązaniu do ustaleń na posiedzeniu z Dyrektorami,Głównymi Księgowymi i przedstawicielami Św.Zawodow. w dniu 27.III.1991r.,-
Akademia Medyczna w Gdańsku pisemnie potwierdza co :

1/. plan funduszu wynagrodzeń obejmujący wszystkie składniki naliczone do wynagrodzeń osobowych / §11/ w ramach którego mieszczą się również kwoty na waloryzację płac od 1 stycznia 1991r. wynosi :
37.699.899.000,- zł. /słownie:trzydzieści siedem miliardów sześćset dziewięćdziesiąt milionów osiemset dziewięćdziesiąt cztery tys./

2/. plan funduszu ustalono dla 1993 etatów

W załączeniu przesyła się kserokopię w/w pismaMZiOS dotyczące gospodarki funduszami osobowymi do dalszego przestrzegania.

Nadmienia się że dodatkowo przesyła się wytyczne jak wyżej dla Gospodarst Pomocniczych /z wyszczególnieniem wysokości przyznanych etatów i funduszu płac dla poszczególnych typów gospodarstw pomocniczych.

DYREKTOR ADMINISTRACYJNY
dr n. przyr. Sławomir Bautembach

Gdańsk,dnia 30.III.1991r.

L.dz.RK/283/91r.

Państwowy Szpital Kliniczny Nr.2
ul. Kliniczna 1a
w Gdańsku

W oparciu o decyzję MZ10S z dnia 21.III.1991r. Nr.EKP-034-Z-9/91r. ustalającej plan funduszu wynagrodzeń osobowych na 1991r. dla Szpitali Klinicznych w łącznej wysokości 53.935.933.000,- zł. dla 2852 etatów, jak również w uzgodnieniu do ustaleń na posiedzeniu z Dyrektorami,Głównymi Księgowymi i przedstawicielami Związków. w dniu 27.III.1991r.,-
Akademia Medyczna w Gdańsku pisemnie potwierdza że :

1/. plan funduszu wynagrodzeń obejmujący wszystkie składniki zaliczone do wynagrodzeń osobowych /§ 11/ w ramach którego mieszczą się również kwoty na waloryzację płac od 1 stycznia 1991r. wynosi :

8.075.268.000,- /słownie : osiem miliardów siedemdziesiąt pięć milionów dwieście sześćdziesiąt osiem tysięcy zł. /

2/. plan funduszu ustalono dla 627 etatów.

W załączeniu przesyła się kserokopię w/w pisma-wytyczne MZ10S dotyczące gospodarki funduszami osobowymi do ścisłego przestrzegania .

DYREKTOR ADMINISTRACYJNY
dr n. przyr. Sławomir Łaszembach

KW...
ul. M...

Gd. dnia 30.III 91.

L.dz.RK/583/91r.

Państwowy Szpital Kliniczny Nr. 3
ul. Kieturakisa
w Gdańsku

W oparciu o decyzję MZiOS z dnia 21.III.1991r. Nr.RKB-034-Z-9/91r. ustalającą plan funduszu wynagrodzeń osobowych na 1991r. dla Szpitali Klinicznych w łącznej wysokości 53.935.990.000,- zł. dla 2892 etatów, jak również w nawiązaniu do ustaleń na posiedzeniu z Dyrektorami, Głównymi Księgowymi i przedstawicielami Zw.Zawodow. w dniu 27.III.1991r.,-
Akademia Medyczna w Gdańsku pisemnie potwierdza że :

1/. plan funduszu wynagrodzeń obejmujący wszystkie składniki zaliczone do wynagrodzeń osobowych /§ 11/ w ramach którego mieszczą się również kwoty na waloryzację płac od 1 stycznia 1991r. wynosi :

8.169.828.000,- zł. /słownie: osiem miliardów sto sześćdziesiątdziewięć milionów osiemset dwadzieścia osiem tysięcy zł. /

2/. plan funduszu ustalono dla 432 etatów.

W załączeniu przesyła się kserokopię w/w pisma wytyczne MZiOS dotyczące gospodarki funduszami osobowymi do ścisłego przestrzegania.

Pkt-3 stym — Chmiela

DYREKTOR ADMINISTRACYJNY
dr n. przyr. Sławomir Bautembach

Informacja
dla Dyrektora
Administracyjnego

dot. przekroczenia etatów w PSK

Na podstawie sprawozdania o zatrudnieniu i wynagrodzeniach w PSK za I kw. 91 uprzejmie informuję, że Szpitale przekroczyły plan etatów (przeliczonych) jak niżej:

- PSK 1 o 64 etaty śr. m-cznie
- PSK 2 o 1 " " " "
- PSK 3 o 5 " " " "

Rm o 70 etatów

Ponieważ fundusz płac na 91 r. otrzymany i rozdysponowany został na planowane etaty - Szpitale Kliniczne mogą nie mieć środków na wynagrodzenia dla tej ilości zatrudnionych.

Przykładowo w PSK 1 (w/g ogólnego wyliczenia)

- wynagr. osobowe wykonane w I kw. 9.669 mln zł.
- wyrównanie za I kw. 1.974 " "

Rm 11.642 mln zł

11.643 mln zł x 4 kwartały 91 r.
= 46.675 mln zł

Plan PSK 1 na 91 r. = 37.691 mln zł

Brakujące środki dla PSK 1 8.984 mln zł

[signature] 91-04-12

Pan
mgr Marek Durej

Proszę o zapoznanie z niniejszym wyliczeniem Pana Prorektora Czesława Stobę i przygotowanie pisma do dyrektorów PSK jednoznacznie przypominającego, że obowiązuje ich limit f. płac, przyznany na podstawie planów złożonych przez PSK i zgodnie z decyzjami MZiOS nie przewiduje się jego zwiększenia bez zwiększenia zadań uzgodnionych z MZiOS. W piśmie winno być kategoryczne stwierdzenie konieczności takiej polityki płac i zatrudnienia by wyjść na przyznane limity na koniec II kwartału

1991.04.12 [signature]

[illegible]

L.dz./1654/91r.

Gdańsk, dnia 16.04.91

Pan Dyrektor
Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1
Państwowego Szpitala Klinicznego nr 2
Państwowego Szpitala Klinicznego nr 3
w miejscu

Dot. środków na wynagrodzenia.

Na podstawie sprawozdań o zatrudnieniu i wynagrodzeniach w PSK w I kw.br. oraz dokonanych w tm wyrównań wynagrodzeń od 01.01.91 stwierdzam, że wystąpiły przekroczenia zatrudnienia i funduszu wynagrodzeń.
Utrzymanie tego stanu stwarza zagrożenie przekroczenia limitów wynagrodzeń ustalonych przez MZiOS na 1991r. Zgodnie z decyzjami MZiOS nie przewiduje się zwiększenia w/w limitów bez zwiększenia zadań.

W związku z powyższym przypominam Panom Dyrektorom, że ustalony dla poszczególnych Szpitali limit wynagrodzeń nie może być przekroczony. Limit ten obejmuje wypłaty wszystkich składników zaliczonych do wynagrodzeń osobowych. Dlatego też wszelkie decyzje mające wpływ na jego wykorzystanie powinny być poddawane bieżącej i wnikliwej analizie /wzrost zatrudnienia, godziny nadliczbowe, dyżury zakładowe itp./ Wyżej wymieniona polityka zatrudnienia i płac powinna zapewnić w II kw.br./i narastająco/ utrzymanie wypłat wynagrodzeń w wysokości proporcjonalnej do upływu czasu kalendarzowego.
Proszę o złożenie mi w terminie do 30.06.91r informacji w sprawie podjętych decyzji w celu "wyjścia" na koniec II kwartału z przyznanymi limitami wynagrodzeń i zatrudnienia.

PSK 1 - przekazałem Dyr. Wyrzykowskiemu w dn. 17.04.91
Z-C [illegible]
Akad. [illegible]
mgr Marek Duraj -

Ko
- Prorektor d/s Klinicznych [illegible]
- Dyrektor Administracyjny ANG [illegible]
- a/a
OSK-3 - [illegible]
PSK-2 - [illegible]

Gdańsk, dnia 1991-06-13

Notatka służbowa

dot: ustalenia przyczyn niedoboru funduszu wynagrodzeń w PSK nr.1 oraz podjęcia decyzji zmierzających do jego zmniejszenia.

Na spotkaniu w dniu 1991.06.12 u Prorektora d/s Klinicznych Prof.Stoby w obecności :

- Prorektora d/s Nauki doc.Smoczyńskiego
- Dyrektora Administracyjnego dr Bautembacha
- Dyrektora PSK 1 dr Wyszczelskiego
- Kwestora AMG mgr.Tymca

ustalono co następuje.

I. Przyczyną wystąpienia ~~xxxxxxxx~~ niedoboru funduszu płac są:

1. Zaniżona baza przez MZiOS w stosunku do 1990 roku
2. Brak zabezpieczenia przez MZiOS wzrostu o 1% wysługi lat oraz nagród jubileuszowych o około 2mld zł.
3. Przekroczenie zatrudnienia o około 60 etatów —
4. Podwyżki płac pracowników dokonane od 1.X.90 roku/dokonane nieprawidłowo/ —
5. Podwyżki płac pielęgniarek od 1.01.1991r /150 osób x12.) tys.zł./

II. Podjęto następujące zalecenia:

1. Wystąpić do MZiOS z pismem o uzupełnienie limitu do wysokości wyliczonej pełnej bazy i zabezpieczenie braku limitu na wysługę lat i nagrody jubileuszowe
2. natychmiast przystąpić do zlikwidowania przekroczonych etatów oraz zmniejszyć ilość etatów niepełnozatrudnionych,
3. Wstrzymać wypłacanie premii od 1.07.1991r.

KWESTOR
Akademii Medycznej w Gdańsku
mgr Kwestor Tymiec

Gdańsk, dnia 19.08.1991r

Lok. Rk-1150/91

Pan
Lek.med. Marek Wyszczelski
Dyrektor
Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1
w miejscu

W związku z decyzją Kolegium Rektorskiego oraz w nawiązaniu do pisma DK.009-197/451/91 polecam podjęcie działań mających na celu likwidację zobowiązań i niedopuszczania do powstawania odsetek. Jednocześnie zwracam uwagę, że dyrektor szpitala odpowiada za naruszanie dyscypliny budżetowej. Niezależnie od tego przypominam, że nie może wystąpić przekroczenie limitu funduszu wynagrodzeń osobowych oraz innych wydatków. Do zadań dyrektora należy także gospodarowanie funduszem płac i zatrudnieniem by nie dopuścić do naruszania przyznanych limitów /patrz pismo RK/651/91 z dn.16.04.1991r/.

W załączeniu do niniejszego pisma przesyłam wzór raportu, który ma być przedstawiony cotygodniowo /począwszy od poniedziałku 25.08.1991/ do Rektora d/s Klinicznych i Kwestora AMG.

Raporty powyższe posłużą do analizy budżetu Państwowych Szpitali Klinicznych w ramach Uczelni i będą stanowić podstawę oceny działalności dyrekcji PSK w kontekście zaleceń zawartych w niniejszym piśmie.

Otrzymali:

1/ PSK - 1
2/ [illegible]
4/ Dyrektor
3/ Prorektor
4/ Rektor

Z poważaniem

KWESTOR
Akademii Medycznej w Gdańsku
mgr Roman [illegible]

dr n. przyr. Sławomir Bauzenbach

DK CCF-233/514/91

Gdańsk, dnia 12 września 91 198 .... r.

AKADEMIA MEDYCZNA
w GDAŃSKU
RD857/91

Pani
Anna Grzymisławska
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
i Opieki Społecznej

W a r s z a w a

dot. zwiększenia wynagrodzeń osobowych szpitali klinicznych / § 11 /

Wielce Szanowna Pani Minister

Sytuacja finansowa służby zdrowia jest powszechnie znana. Dokonana szczegółowa analiza wykorzystania budżetu PSK w 1991 r. wskazuje na brak środków przede wszystkim w § 11 - wynagrodzenia osobowe.
Przewidujemy, że do końca roku wystąpi brak środków w kwocie 6,4 mld zł.

Niedobór ten spowodowany został głównie zaniżoną bazą wynagrodzeń na 1991 r. w kwocie 3,2 mld zł / nie licząc dodatkowych skutków waloryzacji wynagrodzeń osobowych z I kw. 1991 r. /, o korektę której występowaliśmy do MZiOS pismem z dnia 14.06.1991 r.

Pozostały niedobór wynika z podjętych decyzji etatowych i płacowych w końcu 1990 r. i w styczniu 1991, które dają skutek na cały 1991 r., tj :

- przekroczenie planu zatrudnienia na dzień 31.12.90 o 57 etatów w przeliczeniu na pełnozatrudnionych.
  Spowodowane to zostało niskim wykonaniem etatów w I-III kw. 90 r. / zwalnianie się pracowników /, natomiast w IV kw.

w związku z bezrobociem była możliwość zatrudnienia brakującego personelu medycznego,

- koniecznością pokrywania wynagrodzeń dotychczas refundowanych przez Wydział Zdrowia / prace interwencyjne /,
- przyznanie w IV kw. 90 r. podwyżek w maksymalnych stawkach zgodnie z ogólną tendencją do scalania elementów wynagrodzeń.

Od 1.04.1991 r. wydatkowanie środków na wynagrodzenia poddawane było wnikliwej analizie.
Zgodnie z decyzją J.M. Rektora podjęto następujące działania zmierzające do ograniczenia i zdyscyplinowania wynagrodzeń :

- wstrzymano zatrudnienie w grupie pracowników adm.-biurowych i obsługi. Na miejsce zwalnianych, nie przyjmuje się nowych pracowników, a zadania rozdziela,
- ograniczono godz. nadliczbowe do niezbędnego minimum,
- zmniejszono premię do minimalnej wysokości 1% ,
- zmniejszono obsadę i ilość godzin dyżurów zakładowych,
- wstrzymano wypłatę dodatków deficytowych,
- nie przedłużono umów o pracę zawartych na czas określony z emerytami,
- rozwiązuje się umowy o pracę z pracownikami którzy osiągnęli uprawnienia emerytalne.

Wymienione działania nie spowodują jednak zmniejszenia przewidywanego przekroczenia poniżej kwoty o którym mowa na wstępie.

W związku z powyższym Akademia Medyczna w Gdańsku zwraca się z uprzejmą prośbą o zwiększenie limitu na wynagrodzenia osobowe o 6,4 mld zł.

Jednocześnie proszę Panią Minister o przyjęcie mnie w uzgodnionym przez Panią terminie w celu szczegółowego przedstawienia całokształtu sprawy.

Z wyrazami szacunku

Dr n.przyr.Sławomir Bautembach
Dyrektor Administracyjny

Prof.dr Czesław Stoba
Prorektor d/s Klinicznych

PAŃSTWOWY SZPITAL KLINICZNY Nr 1
Dział Spraw Pracowniczych
ul. Dębinki 7, skr. poczt. 615
80-852 Gdańsk

DSP/183/91

Sekretariat podać do wiadomości pracowników zakład 28.9.91.

Gdańsk, dnia 17.09.1991 r.

Kierownicy Komórek Organizacyjnych
Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1
w Gdańsku

W związku z pismem z dnia 27.08.1991 r. skierowanym do Dyrekcji tutejszego Szpitala dotyczącym wstrzymania wypłaty dodatku w specjalnościach deficytowych i premii regulaminowej z dniem 1.08.1991 r. Państwowy Szpital Kliniczny Nr 1 w Gdańsku uprzejmie informuje, że zgodnie z wytycznymi Min.Zdr.i Op.Społ. tut. Szpital z dniem 1.01.1991 r. na wniosek Komisji d/s regulacji płac podwyższył wszystkim pracownikom maksymalne uposażenia zasadnicze w ramach posiadanych środków finansowych.
O powyższym informowano pracowników na bieżąco, że po rozliczeniu finansowym może nastąpić wstrzymanie premii regulaminowej i dodatków w specjalnościach deficytowych.

Trudna sytuacja finansowa Szpitala była znana Władzom Uczelni i Związkom Zawodowym, pisma informujące i propozycje poprawy sytuacji w systemie płac w tut. Szpitalu kierowane były do AMG w dniach 21.II.,5,11,15,29.IV.,16.V. oraz 4.IX.1991 r. i MZiOS w dniu 12.IV.1991 r.

Równocześnie uprzejmie informuję, że z chwilą uzyskania środków finansowych na wynagrodzenie tutejszy Szpital powróci do wyrównania zaniżonego wynagrodzenia.

PAŃSTWOWY SZPITAL KLINICZNY Nr 1
ul. Dębinki 7, skr. poczt. 615
80-852 Gdańsk /91

Gdańsk, dnia 1991-10-08

DYREKTOR SZPITALA
lek. med. Marek Wyszczelski

P.P
Kierownicy Komórek Organizacyjnych
Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1
w Gdańsku

W ślad za pismem z dnia 4.10.1991 r. DSP/183-15/91 oraz krytyczną sytuacją finansową Szpitala w zakresie wynagrodzeń i wcześniejszymi ostrzeżeniami z dniem 8 października 1991 r. wstrzymuje się chwilowo wypłatę godzin nadliczbowych do ponownego przeprowadzenia ich analizy.

Otrzymują:
1. Dział Płac - w celu wykonania
2. Prorektor d/s Klinicznych i Kszt.podypl.AMG
3. Dyrektor Administracyjny AMG
4. NSZZ "Solidarność"

DYREKTOR SZPITALA
lek. med. Marek Wyszczelski

AKADEMIA MEDYCZNA
w GDAŃSKU

Gdańsk, dnia 14 października 1991

DK. 622 /91

Panowie Dyrektorzy
Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1
Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 2
Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 3
w miejscu

Po ponownym przeanalizowaniu aktualnej sytuacji w sferze wynagrodzeń osobowych, polecam podjęcie wszystkich prawnie możliwych działań w celu likwidacji powstałego na dzień 30 września 1991r. przekroczenia planowanego limitu wynagrodzeń osobowych.
W tym celu, w związku z interwencją w MZiOS, przekazuję dodatkowy limit funduszu wynagrodzeń osobowych w kwocie: /x

Ponadto jako konieczne do natychmiastowego podjęcia polecam:

1. zmniejszenie ilości godzin dyżurów nauczycieli akademickich z 21 do 18 godzin począwszy od dnia 1 października 1991r.,
2. zmniejszenie obsady dyżurowej zarówno lekarskiej, jak i pielęgniarskiej do niezbędnego minimum, począwszy od dnia 15 października br.,
3. wstrzymanie całkowicie wypłaty godzin nadliczbowych od dnia 1 października 1991r. Tam gdzie jest to niezbędnie konieczne ze względu na utrzymanie ciągłości i bezpieczeństwa pracy Szpitala praca w godzinach nadliczbowych powinna być zastąpiona pracą na umowę-zlecenie /wykaz tych prac proszę przesłać na ręce z-cy dyrektora AMG d/s eksploatacyjnych do dnia 18 października 1991r./, lub jej wykonanie winno odbywać się na zasadzie otrzymania w zamian dni wolnych,
4. wysłanie części pracowników obsługi i pionu technicznego na urlopy bezpłatne do końca b.r. /wykaz tych pracowników proszę przesłać do z-cy dyrektora AMG d/s eksploatacyjnych do dnia 16 października 1991r./. Jeżeli praca w/w pracowników jest świadczona na rzecz odbywających się na terenie Szpitala zajęć dydaktycznych lub działalności naukowej, istnieje możliwość zawarcia z nimi umów-zleceń przez Uczelnię.
5. nieprzedłużanie i rozwiązywanie umów zawieranych na czas określony lub umów o dodatkowe zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu pracy /zredukowanie zatrudnienia do zatwierdzonego planu/.

6. bezwzględny zakaz zatrudniania nowych pracowników.

Zalecam ponadto utrzymanie wstrzymania ruchomych składników wynagrodzeń, jak: premie, dodatki deficytowe, nagrody jubileuszowe itp.

Zobowiązuję ponadto dyrekcję Szpitala do przedstawienia działań porządkujących i racjonalizujących zatrudnienie oraz organizację pracy w Szpitalu.
Plan w/w zamierzeń winien być przedstawiony Rektorowi AMG do końca października 1991r.

O realizacji zaleceń zawartych w niniejszym piśmie proszę mnie informować w cotygodniowych meldunkach sytuacyjnych.

Z poważaniem

Prof. dr Czesław Stoba
Prorektor

Do wiadomości:

1. Dyrektor Administracyjny AMG
2. Kwestor AMG
3. Komisje Zakładowe Zw. Zawodowych

/x
PSK Nr 1 - 1.871 mln.
PSK Nr 2 - 251 mln.
PSK Nr 3 - 298 mln.

AKADEMIA MEDYCZNA
w GDAŃSKU
DK. 638/91

Gdańsk, dnia 15 października 1991

Dyrektorzy
Państwowych Szpitali Klinicznych
Akademii Medycznej w Gdańsku

W nawiązaniu do pisma DK.622/91 z dnia 14 października 1991r., w celu ujednolicenia organizacji pracy Klinik i Zakładów w Państwowych Szpitalach Klinicznych ustalam, że dyżury lekarskie w w/w jednostkach rozpoczynają się o godz. 16^{oo} a kończą o godz. 8^{oo} dnia następnego. Pomiędzy godziną 8^{oo} a 16^{oo} za organizację pracy w Klinice, zapewniającą wykonywanie przez nią zadań dydaktycznych, naukowych i leczniczych odpowiada Kierownik Kliniki.

Tym samym ilość godzin dyżurów lekarskich, za które należy się dodatkowe wynagrodzenie, wynosi od dnia 15 października 1991r. - - 16 godzin.

O powyższym proszę poinformować Kierowników Klinik i Zakładów działających na bazie Szpitala.

Prof. dr Czesław Stoba
Prorektor

Do wiadomości:
1. Dyrektor Administracyjny AMG
2. Kwestor AMG
3. Komisje Zakładowe Zw. Zawodowych

PAŃSTWOWY SZPITAL [illegible] 1
ul. Dębinki 7, skr. poczt. 613
80-952 Gdańsk

DSP/183/ /91

Gdańsk, dnia 21.10.1991 r.

P.P
Kierownicy Komórek Organizacyjnych
Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1
w m i e j s c u

W związku z decyzją władz Uczelni z dnia 14.10.1991 r. pismo Nr DK 622/91 i po zasięgnięciu opinii Rady Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Gdańsku w dniu 18.10.1991 r., Dyrekcja Szpitala z uwagi na krytyczną sytuację płacową Szpitala w IV kwartale br, może od m-ca października wypłacać tylko wynagrodzenie zasadnicze.

Jednocześnie nadmieniamy, że w zależności od możliwości finansowych Szpitala pozostałe części składowe uposażenia będą sukcesywnie wypłacane w m-cach listopad i grudzień 1991 r. oraz w styczniu 1992 r.

Dyrekcja Państowego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Gdańsku apeluje do wszystkich pracowników o zrozumienie wyjątkowo ciężkiej sytuacji finansowej w Służbie Zdrowia i naszym Szpitalu.

Otrzymują:
1. Prorektor d/s Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego
2. Dyrektor Administracyjny AMG
3. Związki Zawodowe

DYREKTOR SZPITALA
lek. med. Marek Wyszkowski

PAŃSTWOWY SZPITAL KLINICZNY Nr 1
ul. Dębinki 7, skr. poczt. 615
80-952 Gdańsk

DSP/183/ . /91

Gdańsk, dnia 22.10.1991 r.

P.P
Kierownicy Komórek Organizacyjnych
Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1
w m i e j s c u

W związku z pismem z dnia 15.10.1991 r. DK 638/91 Państwowy Szpital Kliniczny Nr1 w Gdańsku uprzejmie informuje, że Pan Prorektor d/s Klinicznych ustalił dla Szpitali Klinicznych " że dyżury zakładowe w klinikach i zakładach rozpoczynają się o godz. 16^{00}, a kończą o godz. 8^{00} dnia następnego. Pomiędzy godz. 8^{00} a 16^{00} za organizację pracy w komórce organizacyjnej zapewniającą wykonywanie przez nią zadań dydaktycznych i leczniczych odpowiada Kierownik Kliniki."

Tym samym ilość godzin dyżurów lekarskich, za które należy się wynagrodzenie wynosi 16 godzin w dni robocze.

W związku z powyższym od października ujednolicono wysokość stawek dla wszystkich lekarzy pełniących dyżury zakładowe w tutejszym Szpitalu.

DYREKTOR SZPITALA
lek. med. Marek Wyszczelski

Otrzymują:

1. Prorektor d/s Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego
2. Dyrektor Administracyjny AMG
3. Związki Zawodowe

Gdańsk, dnia 25 października 91 r.

AKADEMIA MEDYCZNA
w GDAŃSKU
DK. 611 /91

P a n
Lek.med. Marek W Y S Z C Z E L S K I
Dyrektor
Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1
Akademii Medycznej w Gdańsku

W związku z pismem Pana z dnia 21 października 1991r. do kierowników komórek organizacyjnych PSK Nr 1, ponownie informuję Pana, że polecenie Akademii Medycznej jako jednostki budżetowej II stopnia dotyczyło likwidacji przewidywanego przekroczenia limitu funduszu wynagrodzeń w 1991 roku metodami zgodnymi z obowiązującym prawem. Tym samym trudno zrozumieć niektóre sformułowania w/w pisma sugerujące podejmowane przez Pana działania jako narzucone decyzjami Władz Uczelni. Jeszcze raz potwierdzam stanowisko przekazane na spotkaniu dyrektora administracyjnego AMG z dyrektorami PSK w dniu dzisiejszym, że wypłacanie pracownikom jedynie wynagrodzenia zasadniczego /tj. bez stałych składników wynikających z umowy o pracę tj. m.in. wysługi lat / jest naruszeniem praw pracowniczych wynikających z Kodeksu Pracy i nie może być zaakceptowane przez Władze Uczelni.

ir Sławomir Bauerbach
Dyrektor adm. AMG

prof.dr Czesław Stoba
Prorektor

Do wiadomości:
Zw. Zawodowe AMG i PSK

PAŃSTWOWY SZPITAL KLINICZNY Nr 1
ul. Dąbinki 7, skr. poczt. 615
80-952 Gdańsk

Gdańsk, dnia 4.11.1991 r.

Panie, Panowie
lekarze pracujący
w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 1
w m i e j s c u

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy !

Z przykrością zawiadamiam, iż z uwagi na trudną sytuację finansową Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 dotyczącą braku dostatecznego funduszu płac na pokrycie należnych wynagrodzeń /ryczałtów dla nauczycieli akademickich oraz należności za dyżury lekarskie/ za okres od 1.X. do 31.XII.1991 r. - zmuszony byłem podjąć decyzję o c z a s o w y m w s t r z y m a n i u w y p ł a t y t y c h w y n a g r o d z e ń.

Restrykcjom płacowym uległy wszystkie grupy zawodowe zatrudnione w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 1, w tym również grupa zawodowa lekarzy.
Wyrażam koleżankom i kolegom swoje ubolewanie i proszę o wyrozumiałość i cierpliwość.
Wszelkie wstrzymane wynagrodzenia zostaną wypłacone natychmiast po otrzymaniu funduszy płacowych, co powinno najpóźniej nastąpić do 15.I.1992 r.

Dyrekcja Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 zdając sobie sprawę, iż powstała sytuacja narusza obowiązki płacowe wobec pracowników, a tym samym narusza obowiązujące przepisy prawa pracy.
Z braku jednak jakichkolwiek możliwości uzyskania dofinansowania z budżetu funduszu płac na 1991 r. decyzja powyższa jest konieczna.

Jednocześnie podkreślam, iż wstrzymanie wypłaty należnych wynagrodzeń nie jest równoznaczne ze zmianą lub zerwaniem dotychczasowych stosunków pracy.

Liczę, iż wszystkie Koleżanki i Koledzy wykonywać będą swoje obowiązki służbowe, co pozwoli na prawidłowe funkcjonowanie Szpitala w tym tak trudnym okresie.

Z poważaniem
Dyrektor PSK

Do wiadomości:
1. Okręgowa Izba Lekarska
2. NSZZ "Solidarność"
3. NSZZ Służby Zdrowia
4. a/a

AKADEMIA MEDYCZNA
w GDAŃSKU

Gdańsk, dnia 4 listop. 1991

U c h w a ł a

Senatu Akademii Medycznej w Gdańsku

Senat Akademii Medycznej w Gdańsku, na posiedzeniu w dniu 4 listopada 1991r. po rozpatrzeniu sytuacji płacowej w Państwowych Szpitalach Klinicznych, po zapoznaniu się z pismami pracowników PSK 1 skierowanymi do Senatu i podjętymi decyzjami płacowymi przez Dyrekcję PSK 1 w październiku b.r. zobowiązuje Władze Uczelni do podjęcia natychmiastowych działań usuwających skutki powodujące naruszenie praw pracowniczych wynikających z Kodeksu Pracy, w tym zwłaszcza do:

- wypłacenia pełnych wynagrodzeń pracownikom PSK 1 wynikających z umowy o pracę,
- wypłacenia ryczałtów za działalność usługowo-leczniczą dla nauczycieli akademickich - najpóźniej do dnia 15 listopada 1991r.

Senat wyraża głębokie ubolewanie pracownikom PSK 1 w związku z zaistniałą sytuacją.

W imieniu Senatu
Angielski
Prof.dr Stefan Angielski
R e k t o r

PAŃSTWOWY SZPITAL KLINICZNY Nr 1
ul. Dąbinki 7, skr. poczt. 615
80-952 Gdańsk

Sdn. 63/91

Gdańsk, dnia 12.11.1991 r.

Tablica ogłoszeń 13.11.91 Q.

Pracownicy
Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1
w G d a ń s k u

Szanowni Państwo!

Jako pełniący obowiązki Dyrektora Szpitala od dnia 6.11.91 r. muszę podzielić się z Państwem informacją na temat kroków, które podjąłem i zamierzam podjąć, a które pozostają w bezpośrednim związku z sytuacją płacową w Szpitalu.

Poleciłem na dzień 15 listopada 1991 r. przygotować wypłatę bezprawnie wstrzymanych składników wynagrodzenia tj:
- wysługi lat,
- dodatków funkcyjnych,
- ryczałtów za godziny usługowo-lecznicze nauczycieli akademickich,
- dodatków za wydłużony czas pracy.

Wynagrodzenia za dyżury będą wypłacane terminowo.

Polecenie to nie oznacza, co pragnę bardzo mocno podkreślić - przyznania przez Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem Akademii dodatkowych środków finansowych z przeznaczeniem na zwiększenie funduszu płac. Możemy zgodnie z prawem budżetowym wydać na płace pieniądze tylko do wysokości przyznanego limitu.
Ze swoich obowiązków w tym zakresie Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem Uczelni wywiązuje się w 100 %.

W tej sytuacji zmuszony jestem podtrzymać decyzję o niewypłacaniu do końca bieżącego roku części wynagrodzeń z tytułu:
- godzin nadliczbowych,
- wynagrodzeń i ekwiwalentów za urlopy,
- nagród jubileuszowych,
- odpraw emerytalnych,
- dodatków za tzw. "dodatkowe czynności",
- dodatków HIV,
- dodatków kasjerskich

przy których wypłacaniu prawo dopuszcza czasową zwłokę.

Ich wypłata nastąpi około 15.01.1992 r.

Jednocześnie informuję, że aż do odwołania, nie będzie wypłacana premia.

Mimo podjęcia tych działań, a właściwie z powodu podjęcia ich zbyt późno, na całą wypłatę w dniu 30.XII.1991 r. nie starczy limitu. Zostanie wypłacona tylko zaliczka, a reszta z kilkudniowym opóźnieniem, to znaczy 3.01.1992 r.

W tym miejscu mogę mieć tylko nadzieję, że parodniowe opóźnienie wypłaty nie spowoduje zbyt dużych perypetii w Państwa domowych budżetach.

Chcąc przynajmniej częściowo zrekompensować Państwu tę niedogodność polecę wypłacenie zaliczki na poczet wynagrodzenia dokonać w dniu 23.12.1991 r. tj. przed świętami Bożego Narodzenia.

Niestety skutki niewłaściwego gospodarowania funduszem płac zostaną przeniesione na 1992 rok. Oznacza to, że przyszłoroczny fundusz płac musi być pomniejszony o sumę wypłaty z dnia 3.01. i wstrzymanych do końca bieżącego roku części wynagrodzeń, o których mowa była wcześniej. W praktyce spowoduje to konieczność zaniechania wypłat premii aż do II półrocza 1992 r. W którym miesiącu II półrocza przyszłego roku ponownie zacznie się ją wypłacać, zależeć będzie między innymi od szybkości wprowadzenia w życie racjonalizacji zatrudnienia, w oparciu o przewidywaną restrukturyzację Szpitala.

Z punktu widzenia ekonomicznego rozwiązanie polegające na bezprawnym wstrzymaniu części składowych wynagrodzenia z umowy o pracę przynosiłoby bardzo podobne skutki na przyszły rok, jak te, które zamierzam zrealizować.

Kończąc chciałbym wyrazić ubolewanie wszystkim pracownikom Szpitala z powodu tego, że za błędy w zarządzaniu w zakresie gospodarowania funduszem płac i polityki kadrowej zapoczątkowane w październiku 1990 r. i dodatkowo pogłębione do września bieżącego roku / bez względu na motywy podjęcia takich decyzji/ - będziemy ponosić konsekwencje jeszcze przez początkowe miesiące 1992 roku.

Łącząc wyrazy szacunku pozostaję w nadziei, że moja trudna sytuacja zostanie przez Państwa zrozumiana i zaowocuje to dobrą współpracą w najbliższej przyszłości.

p.o.
Dyrektora Szpitala
Henryk Niewadzioł

Od Redakcji

Z załączonej dokumentacji wynika, że Dyrektor PSK nr 1, działając wspólnie z Radą Pracowniczą podjął decyzję, aby wykorzystać przyznane pod koniec 1990 r. dodatkowe środki pieniężne na podwyżki uposażeń zasadniczych. Uczyniono to, niejako w zgodzie z wytycznymi MZiOS, zalecającymi zwiększenie stałych części wynagrodzeń. Zignorowano jednak inne zalecenia, wskazujące na konieczność restrukturyzacji funduszu wynagrodzeń tak, aby po zwiększeniu stałych części wynagrodzeń nie doszło do zwiększenia ogólnych zarobków. Zignorowano też zalecenia władz Uczelni, aby nie przeznaczać tych dodatkowych środków na podwyżki płac, z uwagi na skutki takich decyzji w roku przyszłym. Tymczasem decyzjom o zwiększeniu wynagrodzeń towarzyszyło znaczne zwiększenie zatrudnienia. Skutki tych posunięć działały przez cały rok bieżący. Wyrażały się one przekroczeniem limitów przyznanych na płace i narastały z każdym miesiącem. Władze AMG stwierdziły to przekroczenie dyscypliny finansowej w szpitalach klinicznych z końcem I kwartału i zaleciły wszczęcie działań mających przywrócić równowagę budżetu szpitali. Na ile można się zorientować z załączonej dokumentacji - dyrektorzy szpitali działali opieszale, licząc na dodatkowe dotacje. Wydaje się, że władze Akademii też na takie dodatkowe dotacje liczyły i nie zajęły twardego stanowiska wobec dyrektorów szpitali. Dopiero w czerwcu - zaczęto wreszcie działać. Zmniejszono premie, wprowadzono ograniczenie godzin nadliczbowych itp. Zdawano sobie jednak sprawę z tego, że posunięcia te nie zrekompensują już powstałego deficytu i starano się "wytargować" w MZiOS dodatkowe dotacje. A tymczasem .... "Balcerowicz wyciął nam numer" ... i resort nie mógł (i chyba nie chciał) zwiększyć dotacji ponad należne limity.

Korzystna, w pierwszych miesiącach br., decyzja Dyrektora i Rady Pracowniczej o zwiększeniu uposażeń, zaczęła w końcu roku przynosić dramatyczne skutki. Trzeba jednak wyraźnie powiedzieć, że w skali całego roku - pracownicy Państwowych Szpitali Klinicznych otrzymali (otrzymają) należne im pobory. Tyle tylko, że w pierwszym półroczu otrzymywali relatywnie więcej, a w drugim - znacznie mniej. Nie znając przyczyn takiego stanu rzeczy słusznie obarczali winą za swoje malejące dochody dyrektorów szpitali, a także władze Akademii.

Trzeba stwierdzić, że decyzje, których skutki okazały się tak niefortunne podjęli samodzielnie dyrektorzy PSK, znajdując wówczas poparcie rad pracowniczych. Oni też są odpowiedzialni za skutki tych decyzji. Władze Akademii nie wykazały, natomiast, dostatecznie twardej postawy w stosunku do dyrektorów szpitali klinicznych i w tym sensie muszą poczuwać się do współodpowiedzialności za zaistniałą sytuację.

Przez wiele miesięcy nie zrobiono niczego, co zminimalizowałoby skutki pochopnie podjętych decyzji. Nie wyjaśniono też pracownikom przyczyn zaistniałej sytuacji. Akcja podjęta przez władze Akademii pod koniec października okazała się o parę miesięcy spóźniona. Podobnie jak akcja podjęta przez NSZZ "Solidarność", której przedstawiciele, nota bene, uczestniczyli w komisjach Rady Pracowniczej współdziałających z Dyrektorem w podejmowaniu tak niefortunnych, jak się okazało, decyzji.

Ktoś powiedział, że byt określa świadomość. Byt można sobie jednak zmienić z dnia na dzień. Zmiany świadomości następują wolno i z oporami. Jak w kabarecie Olgi Lipińskiej.

Redaktor

Redaguje zespół: Marek Hebanowski, Kamil Jankowski, Leszek Kalinowski, Józefa de Laval, Waldemar Narożny, Jerzy Rogulski (redaktor naczelny), Urszula Wojdak (sekretarz Redakcji)
Adres Redakcji: Katedra Biochemii Klinicznej AM (pawilon 29)
Powiel. Biblioteka Główna AMG
Rej. 1185/91, nakł. 1000 egz. form. A-4.