



# BIULETYN

## DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

GRUDZIEŃ 1992

18

**IMPRESJE  
AFRYKAŃSKIE**

20

**CZY LEKARZ  
MÓGŁ  
ROZPOZNAĆ  
CIAŻĘ**

16

**POLSKO-  
NIEMIECKIE  
SPOTKANIE  
CHIRURGÓW**

22

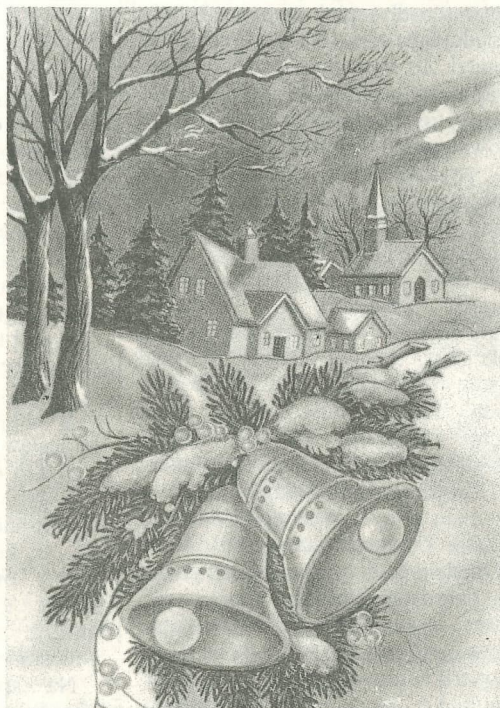
**SYMPOZJUM  
DIAGNOSTYKI  
LABORATORYJNEJ**

15

**MIEDZY ŻYCIEM  
I ŚMIERCIA**

14

**LAKI  
SZCZELINOWE**



*Pogodnych i spokojnych  
Świąt Bożego Narodzenia,  
spędzonych w życzliwej  
atmosferze ogniska  
domowego, a w Nowym  
1993 Roku pracy w  
godziwych warunkach,  
dającej lekarzom  
satisfakcję i poczucie dob-  
rze spełnionego obowiązku  
oraz dużo zdrowia wszyst-  
kim P.T. Koleżankom i  
Kolegom i ich Pacjentom  
życzy Redakcja.*

## PROFESOROWIE LWOWSCY W ANEGDOCIE I WSPOMNIENIACH

Prof. dr hab. Bolesław Popielski

(Odcinek drugi)

Profesor Rydygier starszy o 16 lat, przyjaźnił się z mym Ojcem. Łączyły ich przede wszystkim zainteresowania naukowe. Ojciec w swych badaniach nad histaminą i wydzielaniem soku żołądkowego często wykonywał operacyjnie sztuczne przetoki żołądka u psów. Zapewne pomagał mu w tym Rydygier, pierwszy w świecie chirurg, który wykonał resekcję żołądka u człowieka.

W Bernie spędziliśmy lata 1915 i 1916. Pamiętam z tego okresu szereg zdarzeń związanych z osobą Rydygiera. Rydygier, mężczyzna postawny z sumiastymi wąsami i długą brodą (tak jak utrwalił Go na portrecie wiszącym w Sukiennicach Wyczółkowski i twórcy pomnika w Chełmie, rok 1984 – jedyne pomnika chirurga w Polsce), chodził zawsze w mundurze austriackiego Hofrata, urzędnika wysokiej rangi, i zapewne był czuły

na tym punkcie. Budził respekt swym wyglądem. W operacjach asystowali mu dr dr Ostrowski, Ritickstein (późniejszy Rudziński) i moja Matka.

W czasie jednego z obchodów panie z austriackich wyższych sfer, występujące w roli pielęgniarek, zwróciły się do Rydygiera „Herr Professor”, na co on głośno się obruszył „Herr Professor bin ich für Frau Doctor Popielska und meine Kollegen – für Sie bin ich Exzellenz Herr Hofrat”. Innym razem w czasie operacji miała być wszczepiona w ubytek kostny kość cielęca; siostra operacyjna, Niemka, niosąca sterylnie pobraną kość, zdenerwowana opuściła ją na podłogę. Obecni zamarli z przerażenia, a Rydygier opanowany, ku zdumieniu obecnych oplukał kość płynem (zapewne fizjologicznym) i wszczepił w przygotowane miejsce. W tym

ciąg dalszy na str. 8

**Sprawozdanie z posiedzeń  
Prezydium i Rady DIL**

W okresie od 29.10. do 19.11.1992 r.

Na posiedzeniu Prezydium w dniu 29.10.1992 r. kol. Włodzimierz Bednorz przedstawił sprawozdanie z zebrania w sprawie dializoterapii w województwie wrocławskim. Przedyskutowano możliwość patronatu DIL nad planowaną nową stacją dializ.

Przewodnicząca Komisji Legislacyjnej DIL, kol. Janina Kasprzak-Wójtowicz poinformowała Prezydium o uwagach napływających z kół, a dotyczących nowelizowanych ustaw: o izbach lekarskich i o zawodzie lekarza. Wnioski zostały przez nią przedstawione na zebraniu Komisji Legislacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej, która odbyła się w dniach 6-8.11.1992 r.

Podczas kolejnych posiedzeń dyskutowano nad prawnym uregulowaniem sprawy urlopu płatnego dla lekarzy, którzy zdają egzamin specjalizacyjny. Podkreślono, że w innych zawodach taki urlop przysługuje.

Komisja wyłoniona przez Prezydium w dniu 15 października przeprowadziła kontrolę Ośrodka Mikrochirurgii Oka „Wzrok” w Szklarskiej Porębie. Rada DIL zatwierdziła wnioski komisji kontrolnej: klinika ma ponieść konsekwencje prawne nielegalnego zatrudniania cudzoziemców oraz pozostać pod stałą kontrolą merytoryczną nadzoru specjalistycznego.

Rada DIL na posiedzeniu w dniu 19 listopada zatwierdziła następujące uchwały:

1. Uchwała o konkursach na stanowiska:

– ordynatorów – Rada podtrzymuje protest, ponadto będzie dążyć do odpolitycznienia konkursów oraz wnioskuje o zobowiązanie dyrektorów do przyjęcia kandydatów wyłonionych przez komisję konkursową;

– dyrektorów placówek służby zdrowia – protest uchylono.

2. Uchwała o pożyczkach, na które przeznaczono stały fundusz 1,5 mld zł zasilany napływającymi spłatami zadłużenia.

3. Uchwała w sprawie przyznawania kwoty 600 tys. zł miesięcznie osobie prowadzącej klub Delegatury DIL w Jeleniej Górze.

4. Uchwała o zwrocie kosztów lekarzom, którzy ukończą kurs do Rad Nadzorczych i zdadzą egzamin.

oprac. K.P.

**Sprawozdanie z posiedzenia Komisji  
Socjalnej Naczelnej Rady Lekarskiej**

w dniu 27 listopada 1992 roku

Komisja Socjalna NRL wystąpiła z propozycją przygotowania warunków ubezpieczenia OC dla lekarzy, które zostaną przedstawione do negocjacji z wybraną firmą ubezpieczeniową. Wcześniej rozesłano do wszystkich izb okręgowych informacje o tych planach i uzyskano pełne poparcie dla tych działań od 8 izb, 7 wyraziło zgodę po zapoznaniu się z warunkami takiej umowy, 2 były niezdecydowane, a 4 nie udzieliły odpowiedzi. Ze względu na to, że lekarze stanowią dużą grupę zawodową (około 100 tysięcy osób) można przedstawiać i negocjować swoje warunki OC.

NRL wysłała ankietę do wszystkich firm ubezpieczeniowych będących w wykazie Ministra Finansów, aby odpowiedziały na jakich warunkach mogą grupowo ubezpieczyć lekarzy. Nadesłane odpowiedzi świadczą o tym, że proponowany zakres ubezpieczeń nie satysfakcjonuje lekarzy i należy stworzyć od podstaw nowe warunki OC, objąć nimi błąd sztuki, a nawet szersze pojęcie, jakim jest błąd lekarski. Należy ustalić odpowiedzialność za szkodę, jaką lekarz może wyrządzić pacjentowi z wyłączeniem winy umyślnej i własnego niedbalstwa. Ustalenie tych warunków dla lekarzy będzie trudne z powodu różnych form przedstawicielstwa prawnego (prywatna praktyka, spółka cywilna, spółka z o.o. itd) oraz ze względu na różne grupy ryzyka zawodowego w ramach korporacji. To, za co lekarz odpowiada, musi być zawarte w warunkach umowy.

Na spotkaniu Komisji Socjalnej w dniu 27 listopada 1992 próbowano ustalić także warunki od strony lekarskiej, dać je do zaopiniowania na najbliższym spotkaniu Rady NIL, a następnie po „szlif” prawnikom i dopiero wtedy wybrać ubezpieczyciela, prowadzić z nim twarde negocjacje.

Warunki te brzmią następująco:

1. Wystąpienie do firmy ubezpieczeniowej, aby w swoich zobowiązaniach zawarła skutki działalności lekarza obejmujące 2 lata wstecz przed zawarciem umowy, przy złożeniu oświadczenia lekarza, że nie ma żadnych informacji o tym, iż jest przeciwko niemu wystosowane roszczenie z tytułu jego pracy zawodowej.

2. Uzyskanie gwarancji firmy ubezpieczeniowej w stosunku do lekarza w jego pracy zawodowej obejmującej okres 10 lat w przód. W tym tylko czasie może nastąpić zgłoszenie roszczenia ze strony pacjenta.

3. Firma zapewnia pełną ochronę prawną w stosunku do wszystkich spraw wynikających z roszczeń pacjenta do lekarza.

4. Przy zawieraniu ubezpieczenia zostaje określona minimalna suma gwarancyjna, która jest wypłacana przez firmę poszkodowanemu, a lekarz opłaca składkę będącą pochodną (%) tej sumy i obejmuje to wszystkich lekarzy. Każdy lekarz w zależności od woli może zawrzeć umowę o podwyższenie sumy gwarancyjnej (w zależności od specjalności i podejmowanego ryzyka).

5. Forma ubezpieczenia ma być oparta na indywidualnej polisie, gdyż w przypadku upadłości firmy ubezpieczeniowej – osoba fizyczna otrzymuje 50% wartości odszkodowania, a gdyby to była Naczelna Izba Lekarska – 0%.

6. Ogólne warunki umowy winny zapewniać lekarzowi maksymalną ochronę ubezpieczeniową z wyłączeniem tylko szkód powstałych w wyniku winy umyślnej i własnego niedbalstwa.

7. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za eksperymenty medyczne (kliniczne i badawcze).

Postulaty dotyczące ubezpieczenia osobistego lekarza:

1. Od utraty możliwości zarobkowania czasowego i ciągłego.

2. Od utraty pracy.

3. Od wyrządzonej krzywdy moralnej (zniesławienie, poturbowanie)

4. Od wyrządzenia szkody rzeczowej.

5. Na wypadek inwalidztwa i śmierci.

Proponowany okres ubezpieczenia – 1 rok, z kolejnym odnowieniem lub nie polisy oraz propozycja bonifikaty w składce u osób, w stosunku do których w okresie co najmniej 3 lat nie było wniesione roszczenie.

Na spotkaniu 27 listopada padła również propozycja, jako działania długofalowego, założenia lekarskiego towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Wymaga to jednak potężnego kapitału wyjściowego własnego i kapitału organizacyjnego, na który w chwili obecnej świata lekarskiego nie byłoby stać. Dochodowość z lokat w pierwszych latach jest bardzo mała (bo towarzystwo nie jest ukierunkowane na zysk), a można na nią liczyć po 4 – 5 latach. Tym niemniej jest to towarzystwo własne, lekarskie i na świecie działa takich towarzystw około 30-40%. Może warto się pokusić.

Wszelkie uwagi i nowe pomysły w powyższej sprawie prosimy kierować do Komisji Socjalnej DIL.

sporządziła Alicja Marczak-Felba

Komisja Socjalna zwraca się z uprzejmą prośbą do Koleżanek i Kolegów, którzy zajmują się prywatną praktyką, o telefoniczne lub pisemne zgłaszanie się w sprawie szczepień ochronnych przeciw żółtacze.

Telefon: 22-50-56, 22-50-57

Adres: 50-330 Wrocław, ul. Matejki 6

## Kolejne posiedzenia Naczelnej Komisji Legislacyjnej odbyło się w Warszawie, na początku listopada i trwało 3 dni (5-7.11.1992).

Na zebraniu tym odczytywano napływające z rad okręgowych uwagi do nowelizowanych ustaw, osobno do każdego punktu danego artykułu. Następnie przedstawiono opinie ekspertów prawnych dotyczące omawianych punktów. Kolejnym krokiem była dyskusja kończąca się głosowaniem (tylko przez członków Naczelnej Komisji Legislacyjnej) przyjmującym ostateczną wersję danego punktu. Była to żmudna i długotrwała praca. Przedstawiłam wszystkie uwagi do ustaw, jakie napłynęły z kół DIL lub od poszczególnych lekarzy naszej Izby.

Jak już informowałam w „Biuletynie”, na kwietniowym posiedzeniu Naczelnej Komisji Legislacyjnej nie uzyskała większości głosów przedstawiona przeze mnie propozycja Dolnośląskiej Rady Lekarskiej wprowadzenia pojęcia koła do Ustawy o Izbach. Przyjęto wtedy jedynie projekt wariantowy (szczegóły w „Gazecie Lekarskiej” nr 7/8 1992 rok). Przypominam, że również Krajowy Zjazd Lekarzy w Bielsku (12.1992) w głosowaniu sondażowym wypowiedział się negatywnie w kwestii kół. Brałam więc udział w zebraniu listopadowym, aby nadal przekonywać członków Naczelnej Komisji Legislacyjnej o konieczności wprowadzenia pojęcia koła do Ustawy o Izbach nie w wersji wariantowej art. 29b lecz jako odrębny artykuł. W większości wag na ten temat z terenu innych izb opowiedziano się również za istnieniem kół.

Przedstawiłam jeszcze raz korzyści wynikające z tego zapisu dla lekarzy i ich samorządu, uzyskując tym razem w głosowaniu mocne poparcie dla naszych propozycji.

Przedyskutowane i poprawione oba projekty Naczelnej Komisji Legislacyjnej zostaną przedstawione na Naczelnej Radzie Lekarskiej, która nada kształt nowelizowanym ustawom w jakich będą złożone do sejmu.

### Z ostatniej chwili:

Posiedzenie Rady Naczelnej odbyło się 13-14.11.1992, na którym opracowano Ustawę o Zawodzie Lekarza do art. 20-go.

*Przewodnicząca Komisji Legislacyjnej  
dr Janina Kasprzak-Wójtowicz*

## Informacje Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej liczy aktualnie 243 członków. Do października 1992 roku udzieliła 60 pożyczek w wysokości po 5 mln zł. Decydującym czynnikiem w ich przyznaniu była przede wszystkim kolejność złożenia wniosku. W wyjątkowych przypadkach brano pod uwagę sprawy losowe (takich pożyczek udzielono 2).

Jednocześnie informujemy o zasadach przyznawania oprocentowanych pożyczek przez Lekarską Kasę Pomocy Koleżeńskiej:

1. Przyznaje się je w wysokości do 50 mln zł, przy czym nie są one przeznaczone na rozwój gabinetów prywatnych (te ostatnie przyznaje Rada DIL).
2. Otrzymać je może tylko członek Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej i to nie częściej niż 1 raz w roku.
3. Spłata następuje w 12 ratach comiesięcznych lub cała suma spłacana jest po upływie 1 roku (w razie spłaty w 12 ratach pożyczkobiorca spłaca mniejsze odsetki kwartalne).
4. Pożyczkobiorca spłaca od pożyczonej sumy kwartalne odsetki w wysokości obowiązującego aktualnie oprocentowania bankowego.
5. Umowa o pożyczkę zawierana jest przez pożyczkobiorcę w obecności Głównego Księgowego DIL oraz 2 żyrantów, którymi są członkowie DIL (niekoniecznie Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej).

opr. Zbigniew MACHAJ

Wrocław, dnia 92.11.20

## KOMUNIKAT

Z dużym zainteresowaniem spotkała się akcja wykupu działek oraz budowy domów przez lekarzy na terenie miasta Wrocławia.

Informuję, iż są jeszcze do zakupu działki na terenie Złotnik i Wojnowa. Istnieje również możliwość udzielenia pożyczki oraz wybudowania domów przez firmę austriacką na własnych działkach.

Informacji udziela sekretariat Dolnośląskiej Izby Lekarskiej Wrocław, ul. Matejki 6 tel. 22-50-56.

*Ryszard Łopuch*

## Sprawozdanie z 78 posiedzenia Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych

W dniu 26 października 1992 r. w zamku w Wojnowicach odbyło się 78 posiedzenie naukowe Oddziału Dolnośląskiego PTChDz. W posiedzeniu wzięło udział przeszło 60 chirurgów dziecięcych z Regionu Dolnego Śląska i 9 gości z zagranicy (Beneluxu, Skandynawii, RFN, Grecji i byłej Jugosławii). Organizatorem posiedzenia z ramienia Towarzystwa była Klinika Chirurgii Dziecięcej A.M. we Wrocławiu. W trzech sesjach oraz rozmowach kuluarowych omawiano najnowsze osiągnięcia w chirurgii dziecięcej, przedstawiano problemy diagnostyczne, jak również nietypowe sposoby ich rozwiązania. Tematyka dotyczyła urologii dziecięcej, neurochirurgii (leczenie powikłań w wodogłowie), wad wrodzonych powłok brzucha, urazów i antybiotykoterapii. Wysoki poziom przedstawionych prac spowodował żywą dyskusję, która przekroczyła progi sali konferencyjnej i ciągnęła się do późnych godzin wieczornych. Poszczególnym sesjom przewodniczyli koledzy: Jerzy Czernik, Jan Słowikowski i Andrzej Szmida a współprzewodniczącymi byli A. Petropoulos, O.H. Nielsen, W. Schubert, B. Tonicz, T. Kaufaas.

**SEKRETARZ**  
*Dolnośląskiego Oddziału  
Polskiego Towarzystwa Chirurgii Dziecięcej  
ANDRZEJ SZMIDA*

## Informacja

Zgodnie z Zarządzeniem Ministra Placy i Polityki Socjalnej z dnia 28 września 1992 r. zmieniające Zarządzenie w sprawie najniższego wynagrodzenia pracowników (Monitor Polski Nr 32 z 15.X.1992 r.) – informujemy, że najniższe wynagrodzenie pracowników – od **1.X.1992 r.** wynosi 1.350.000 zł.

Aktualna opłata składki członkowskiej przez lekarzy wykonujących wyłącznie praktykę prywatną wynosi 81.000 zł miesięcznie, a dla lekarzy emerytów i rencistów praktykujących prywatnie 40.500 zł miesięcznie.

*Kier. Biura DIL  
mgr Danuta Jarosz*

W dniu 92.09.16 Departament Polityki Zdrowotnej Min. Zdr. i O.S. przesłał do Nacz. Izby Lek. „Założenia państwowych gwarancji bezpieczeństwa zdrowotnego czyli zapewnionego bezpłatnie przez państwo zakresu świadczeń zdrowotnych, dostępu do nich i równości praw uprawnionych”.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej we Wrocławiu oraz Redakcja Biuletynu postanowiły przedstawić ten dokument wszystkim lekarzom naszej Izby z prośbą o nadsyłanie uwag i komentarzy.

## Założenia

*państwowych gwarancji bezpieczeństwa zdrowotnego, czyli zapewnionego bezpłatnie przez państwo zakresu świadczeń zdrowotnych, dostępu do nich i równości praw uprawnionych.*

Jednym z pięciu priorytetowych programów rządowych jest międzyresortowy program bezpieczeństwa socjalnego obywateli. W ramach prac związanych z przygotowaniem tego programu, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej zostało zobowiązane do opracowania państwowych gwarancji bezpieczeństwa społecznego w zakresie ochrony zdrowia czyli tzw. gwarantowanego bezpłatnie przez państwo zakresu świadczeń zdrowotnych.

Formalne prawo obywateli polskich do powszechnych i bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, o nieograniczonym zakresie, wynikające z Konstytucji, ustaw ubezpieczeniowych, ustaw o zabezpieczeniu emerytalno-rentowym i szeregu innych, jest **niemożliwe do realizacji**. W praktyce, ze względu na ograniczenia ekonomiczne, nie jest ono realizowane.

W sytuacji niemożności zapewnienia ze środków budżetu sfinansowania pełnego zakresu świadczeń udzielanych bezpłatnie – zakłady opieki zdrowotnej sięgają do różnych pozaprawnych sposobów zasilania budżetu służby zdrowia, głównie na koszt pacjenta, przy zastosowaniu mniej lub bardziej dobrowolnych zbiórek pieniężnych, nakładania obowiązkowych odpłatności za niektóre świadczenia, itp.. Powoduje to niepewność w społeczeństwie uzyskania niezbędnych świadczeń w sytuacji poważnego zagrożenia zdrowia, a nawet życia, przy braku możliwości finansowych wniesienia takich opłat.

Polityka każdego państwa w zakresie opieki zdrowotnej może być opisana poprzez charakterystykę stopnia i sposobu realizacji kilku zasad systemu:

I. Kryteria dostępu bezpłatnego do systemu – (kto uprawniony?)

II. Kryteria różnicowania zakresu i jakości opieki (leczenia) w odniesieniu do uprawnionych (komu, jaka opieka – czy jest zróżnicowanie jakości zależne od pozycji społecznej lub majątkowej?)

III. Dostępność (czy wszystko, natychmiast i bezpłatnie dostępne?)

Podane wyżej cechy nie wyczerpują wszystkich możliwych charakterystyk systemów opieki zdrowotnej, jednak to ich

w największej mierze dotyczą nieuniknione ograniczenia związane z brakiem środków na podtrzymanie systemu opieki zdrowotnej. W odbiorze społecznym właśnie te cechy decydują o poziomie bezpieczeństwa. W każdym kraju jawnie lub niejawnie funkcjonuje pojęcie gwarancji państwa wobec obywateli, oraz system ograniczeń zawężający bądź to uprawnienia, bądź zakres opieki i jej dostępność.

Przedstawiony projekt zakresu świadczeń („koszyka świadczeń”), określając gwarancje państwa, uwzględnia oczywiste uwarunkowania wynikające z trudności ekonomicznych. Zmierza on przede wszystkim do zachowania dynamicznej (bo zmiennej w czasie) równowagi między zobowiązaniami a możliwościami sprostaniami im.

Wybrane podejście, w możliwie najmniejszym stopniu wprowadza kryteria nakładające ograniczenia na wspomniane powyżej cechy systemu.

Charakterystykę projektu przedstawić można przez odniesienie jego skutków do wyżej wymienionych zasad.

I. Dostęp bezpłatny do publicznych zakładów opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli. Proponuje się utrzymanie powszechności, niezależnie od wprowadzenia (lub nie) w przyszłości, systemu ubezpieczeniowego zastępującego dotychczasowy zaopatrzeniowy. Gwarancje państwa w równej mierze dotyczyć będą wszystkich obywateli.

II. Wszyscy uprawnieni mają takie samo prawo do zakresu i jakości opieki w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

III. Proponuje się wprowadzenie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej następujących rodzajów świadczeń:

1. Świadczenia bezpłatne:

a) dostępne bez jakichkolwiek ograniczeń

b) dostępne w trybie limitowanej kolejki.

2. Świadczenia częściowo płatne (rzadko będzie to dopłata proporcjonalna do kosztu świadczenia, częściej ryczałtowa).

3. Świadczenia płatne.

Zawartość każdej z tych grup (w szczególności 1.b., 2. i 3. będzie ogłaszana co roku przez MZiOŚ jako jawna lista

gwarancji państwa w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Poniżej omówiono każdą z grup, i dodatkowo zasady formowania i obsłu kolejki (pkt. 1.b.).

### Dział I

#### Świadczenia bezpłatne – dostępne bez jakichkolwiek ograniczeń

##### 1. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

Świadczenia udzielane przez lekarzy rejonowych ogólnych, pediatrów i ginekologów (w przyszłości lekarzy rodzinnych) zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej tj. w przychodniach rejonowych w mieście i ośrodkach zdrowia na wsi oraz innych zakładach w ramach umów kontraktowych.

Zakres świadczeń wynika z zadań sprawowanych przez zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej i obejmuje:

##### –w środowisku zamieszkania

a) dokonywanie oceny potrzeb zdrowotnych i socjalnych podopiecznych w ich środowisku rodzinnym,

b) świadczenia usług medycznych w zakresie: promocji zdrowia z ukierunkowaniem na problemy (czynniki ryzyka) występujące w środowisku podopiecznych np. planowanie rodziny, kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwalczanie: narkomanii, palenia tytoniu i picia alkoholu,

c) profilaktykę zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi,

d) rozpoznawanie, leczenie, rehabilitacja – udzielanie świadczeń ambulatoryjnych i domowych w zachorowaniach ostrych i przewlekłych oraz nagłych przypadkach, prowadzenie leczenia domowego.

##### –w środowisku nauki

a) w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych – opieka zdrowotna sprawowana przez pielęgniarkę (higienistkę szkolną), opieka lekarska – sprawowana jest w miejscu zamieszkania,

b) w szkołach wyższych – opieka zdrowotna sprawowana przez lekarzy

przychodni akademickich bądź przychodni rejonowych.

#### -w środowisku pracy

Pełny zakres świadczeń wynikających z zadań sprawowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (analogicznie jak w środowisku zamieszkania) z wyłączeniem leczenia w domu chorego.

W zakresie profilaktyki - koszty badań wstępnych, okresowych i kontrolnych - ponoszą pracodawcy.

### 2. W zakresie stomatologii

a) dla dzieci i młodzieży do lat 18:

-profilaktyka próchnicy zębów i profilaktyka ortodontyczna,  
-leczenie stomatologiczne, obejmujące pełny zakres zabiegów stomatologicznych z wyłączeniem zabiegów wymienionych w dziale IV,

b) dla dorosłych:

-pomoc stomatologiczna w przypadkach nagłych,

-leczenie stomatologiczne obejmujące pełny zakres podstawowych świadczeń, w tym: leczenie i wypełnianie ubytków próchnicznych materiałami krzemowymi i amalgamatowymi, ekstrakcje zębów, leczenie stanów zapalnych zębopochodnych, leczenie schorzeń przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej,

-naprawa protez stomatologicznych wykonywanych w trybie limitowanej kolejki (kontrola na poziomie ZOZ).

### 3. W zakresie pomocy doraźnej

Wszystkie świadczenia w stanach nagłego zagrożenia życia spowodowanego: wypadkiem, urazem, zatruciem.

Wyjazdy do zachorowań do dzieci do lat 7 oraz udzielenie świadczeń w miejscu publicznym.

Transport pacjentów w trakcie leczenia szpitalnego.

### 4. W zakresie leczenia szpitalnego (również w szpitalach uzdrowiskowych)

Świadczenia w zakresie niezbędnym dla prawidłowego rozpoznania i leczenia pacjenta z wyłączeniem żywienia i bazy hotelowej oraz wysokospecjalistycznych drogich procedur medycznych, które dostępne są bezpłatnie w trybie limitowanej kolejki.

Dzieci do lat 18 nie ponoszą kosztów hospitalizacji z tytułu bazy hotelowej i żywienia.

### 5. W zakresie specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego

Świadczenia udzielane na podstawie skierowań od lekarzy i lekarzy stomatologów podstawowej opieki zdrowotnej oraz skierowań od lekarzy specjalistów z publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz innych zakładów w ramach umów kontraktowych.

### 6. Rehabilitacja i leczenie w pla-

**cówkach prowadzonych przez organizacje pozarządowe**, (dotowane z budżetu centralnego), w tym: na turnusach rehabilitacyjnych, opieka nad chorymi niepełnosprawnymi w domu oraz nad chorymi w stanie terminalnym.

### 7. W zakresie diagnostyki wysoko-specjalistycznej

Świadczenia udzielane na podstawie skierowań lekarza specjalisty w danej dziedzinie, zatrudnionego w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej w stanach zagrożenia życia. Pozostałe świadczenia w trybie limitowanej kolejki.

Dotyczy to m.in.: tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, angiografii, niektórych badań izotopowych, itp.

**8. Standardowe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**, tzw. protezy kończyn górnych i dolnych, aparaty ortopedyczne, gorsety ortopedyczne, obuwie ortopedyczne, wózki inwalidzkie (wykaz środków w załączeniu).

Środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne nie będące wyposażeniem jednorazowym stanowią własność zakładu opieki zdrowotnej i podlegają zwrotowi po ich wykorzystaniu.

### 9. Świadczenia z zakresu Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

-egzekwowanie wymagań higieniczno-zdrowotnych dotyczących środowiska, w tym: powietrza atmosferycznego, wód powierzchniowych wykorzystywanych do zaopatrywania ludności w wodę i dla celów rekreacji oraz gleby;

-szczepienia ochronne;

-oświata zdrowotna;

-prowadzenie programów profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie określonym problemom zdrowotnym;

-monitorowanie środowiskowych zagrożeń zdrowia w celu stworzenia możliwości przeciwdziałania tym zagrożeniom.

**10. Świadczenia związane z diagnozowaniem i leczeniem:** w chorobach zakaźnych oraz w leczeniu alkoholizmu i narkomanii w zakresie obowiązujących ustaw.

**11. Leczenie niektórych chorób nowotworowych** (wykaz tych chorób ustali zespół specjalistów w dziedzinie onkologii).

**12. Leczenie niektórych chorób psychicznych** (wykaz tych chorób ustali zespół specjalistów w dziedzinie psychiatrii).

## Dział II

### Świadczenia bezpłatne - dostępne w trybie limitowanej kolejki

-wykonywanie stomatologicznych protez ruchomych akrylowych częściowych i

całkowitych, osiadających i podpartych - kolejka limitowana na poziomie ZOZ;

-wykonywanie laboratoryjnych prac stomatologicznych w przebiegu leczenia chorób nowotworowych i zniekształceń pourazowych;

-wysokospecjalistyczna diagnostyka medyczna za wyjątkiem stanów zagrażających życiu;

-kosztowne technologie medyczne, w tym: chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca i wad układu krążenia, leczenie nerko-zastępcze (dializoterapia, transplantacja nerek) oraz transplantacja innych narządów, leczenie hormonem wzrostu, zakup endoprotezy itp.

**Minister Zdrowia i Opieki Społecznej przy współpracy Rady Naukowej, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej ustala listy procedur medycznych dostępnych w trybie limitowanej kolejki oraz limity roczne - corocznie w terminie do 15 listopada roku poprzedzającego.**

## Dział III

### Świadczenia częściowo odpłatne

-w zakresie pomocy doraźnej:

a) wyjazdy do zachorowań z wyjątkiem wymienionych w punkcie I - opłata ryczałtowa,

b) transport sanitarny z wyjątkiem przewozów wynikających z toku leczenia szpitalnego - opłata ryczałtowa,

-wyżywienie i opłata hotelowa za pobyt w szpitalu - opłata ryczałtowa,

-w zakresie działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

a) egzekwowanie wymagań higieniczno-zdrowotnych dotyczących środowiska: wody do picia i na potrzeby gospodarce, żywności i przedmiotów użytku, warunków higienicznych na stanowisku pracy, w placówkach służby zdrowia, obiektach oświatowo-wychowawczych i innych;

b) zabezpieczenie sanitarne granicy państwa:

-środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne ponadstandardowe - w zależności od konieczności jego użycia wymuszonego np. niedostępnością na polskim rynku, krótkim okresem użytkowania wyrobu polskiego lub z przyczyn technologicznych,

-pobyt, leczenie i opieka w zakładach opiekuńczo-leczniczych dla przewlekłych chorych,

-za żywienie w zakładach leczniczo-wychowawczych dla dzieci i młodzieży,

-za pobyt i żywienie w ośrodkach rehabilitacyjnych prowadzonych przez organizacje pozarządowe,

-za pobyt osób dorosłych w sanatoriach uzdrowiskowych.

**Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określa corocznie wysokość opłat ryczałtowych pobieranych od osób upraw-**

# Założenia...

dokończenie ze str. 5

## nionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i innych zakładach w ramach umów kontraktowych.

Minister Pracy i Polityki Socjalnej określi zakres zwolnień od częściowych opłat (próg dochodu na członka rodziny).

### Dział IV Świadczenia odpłatne

–chirurgia plastyczna, kosmetyczna na życzenie pacjenta,

–operacje poprawiające słuch,

–badania stroboskopowe i ustawianie głosu,

–leczenie jąkania,

–kruszenie kamieni nerkowych i woreczka żółciowego metodą ultradźwięków,

–obdukcje i inne badania z zakresu medycyny sądowej na życzenie pacjenta,

–zabiegi chirurgiczne, korekcyjne o charakterze kosmetycznym nie wynikające z następstw choroby lub urazu,

–ponadstandardowe zabiegi stomatologiczne u osób dorosłych, w tym ponadstandardowe prace laboratoryjne,

–niektóre zabiegi stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do lat 18, takie jak:

a) wypełnienie ubytków próchnicznych materiałami kompozycyjnymi,

b) wykonywanie stałych aparatów ortodontycznych oraz innych aparatów ortodontycznych wykonywanych z winy pacjenta po raz kolejny,

c) wykonywanie prac protetycznych z użyciem stopów metali szlachetnych i porcelany,

d) wszczepy śródkostne,

e) replantacje zębów,

f) zabiegi kosmetyczne nie wynikające z następstw choroby lub urazu,

–usługi zdrowotne udzielane osobom w stanie nietrzeźwości (u których stwierdzono co najmniej 0,5% alkoholu we krwi),

–całkowicie nieuzasadnione wezwania pogotowia ratunkowego, kiedy dyspozytor i koordynator zostali celowo wprowadzeni w błąd, oraz wezwania, których jedynym powodem było upojenie alkoholowe (bez zagrożenia życia) – opłata w wysokości podwójnego, faktycznego kosztu interwencji,

–badania pacjenta wykonywane bez skierowania lekarza z publicznego zakładu opieki zdrowotnej,

–badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników, leczenie szpitalne chorób zawodowych oraz leczenie w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych w ramach ekspozycji zawodowej – na koszt pracodawców,

–leczenie szpitalne osób poszkodowanych w wypadkach drogowych pojazdów mechanicznych – na koszt instytucji ubezpieczającej pojazdy,

–badania i szczepienia wykonywane w specjalnych przypadkach np. w związku z wyjazdem za granicę, prawo jazdy itp.,

–zapłodnienie pozaustrojowe,

–przerywanie ciąży (za wyjątkiem stanów zagrażających życiu) oraz wszelkie koszty związane z tym zabiegiem (np. immunoglobulina anti-Rh D stosowana u kobiet Rh– ujemnych po przerwaniu ciąży, krew i preparaty krwiopochodne, itp.),

–krew i preparaty krwiopochodne do operacji kosmetycznych,

–hospitalizacja spowodowana zwłoką rodziny w odebraniu chorego lub na życzenie pacjenta bądź rodziny.

### LIMITOWANA KOLEJKA Pojęcia podstawowe

**Limit świadczeń.** Liczba świadczeń, których wykonanie gwarantowane jest przez płatnika (budżet czy ubezpieczyciela) w danym roku. Będzie ona wyznaczana każdorazowo w pierwszych dwóch miesiącach tego roku, na podstawie informacji (od zakładów opieki zdrowotnej) o bieżących i obrachunkowych dla mijającego okresu (roku) kosztach świadczenia, środkach w dyspozycji płatnika oraz liczby dotychczas wykonywanych świadczeń.

Zakłady opieki zdrowotnej mogą wykonywać więcej świadczeń niż wynikać to będzie z kwot limitów, o ile znajdują innego płatnika lub w przypadku obniżenia kosztów swych świadczeń. W obu wypadkach winny udowodnić, że nie nastąpiło to ze szkodą dla liczby i jakości innych świadczeń, w szczególności objętych limitami.

**Lista świadczeń limitowanych** – wykazy świadczeń (ogłaszany przez MZIOS w porozumieniu z Izbami Lekarskimi, Nadzorem Specjalistycznym i płatnikiem) do których dostęp w danym roku będzie ograniczony na zasadach kolejki, z uwagi na brak możliwości sfinansowania pełnego dostępu.

**Stopień pilności świadczenia dla pacjenta,** wyrażony dwoma parametrami, z których pierwszy jest nadrzędny (przy równości pierwszego – decyduje drugi).

**Zagrożenie życia** – wyrażane w skali umownej ustalonej przez reprezentowane gremia medyczne dla danej specjalności.

**Zagrożenie zdrowia** – (w aspekcie skrócenia czasu aktywności zawodowej) – mierzone na przykład w latach utraconych aktywności zawodowej.

**Wiek emerytalny** – wiek aktualny pacjenta.

**„Kolejka”** – Lista pacjentów oczekujących na świadczenie. Lista ta pozostaje pod nadzorem Komisji (w równych proporcjach?) reprezentującej personel medyczny oraz nieprofesjonalistów (np. reprezentantów Rady Nadzorczej). W wypadku procedury bardzo drogiej, kolejka będzie pod nadzorem komisji centralnej powołanej przez Ministra Zdrowia.

Podstawowe zasady tworzenia kolejki i jej obsługi.

–Na liście oprócz danych identyfikujących pacjenta, a także stopnia pilności świadczenia (zależnego od stanu pacjenta), wpisywana jest data rejestracji danego pacjenta.

–W dniu rejestracji wyznaczana jest data wykonania zabiegu (**data planowana**) – wpisywana na listę. Nie może być ona późniejsza niż jeden dzień po ostatniej (planowanej dacie wykonania świadczenia) występującej na liście – na dzień rejestracji danego pacjenta. Data ta i kolejne daty (o czym mowa poniżej) są każdorazowo rejestrowane.

–Integralnymi załącznikami listy są wyniki badań pacjenta oraz wszystkie dostępne o nim dane stanowiące podstawę do nadania mu stopnia pilności.

–**Data planowana** musi być podana pacjentowi w momencie wpisywania go do kolejki, a także w przypadku każdej kolejnej zmiany – na piśmie (z podaniem ew. przyczyn zmiany daty).

–Každorazowa zmiana każdej **daty planowanej**, wynikała z przyczyn innych niż wola pacjenta, musi uzyskać akceptację Komisji.

–W przypadkach nagłych (bezpośrednie zagrożenie życia) Komisja (następowo) aprobuje (bądź wyraża zastrzeżenie wobec zasadności pominięcia kolejki) na podstawie orzeczenia powołanego przez siebie eksperta, który ocenia w/g najlepszej wiedzy medycznej zasadność pominięcia kolejki.

–Ekspert ma obowiązek zażądać, do wglądu, danych o innych pacjentach ominiętych w kolejce, dla których stopień pilności jest większy lub równy.

–Jeżeli pominięcie kolejki, o którym mowa wyżej, wywoła konieczność zmiany daty dla oczekujących pacjentów, winni oni zostać powiadomieni o tym na piśmie.

–Pacjent ma prawo nie zgodzić się na proponowaną **datę planowaną**. Winien to uczynić na piśmie, jednakowoż:

–W przypadku, gdy wyrazi swój sprzeciw w chwili wpisywania na listę, ma prawo sam wyznaczyć dowolną (z zastrzeżeniem uwarunkowań organizacyjnych zakładu) późniejszą datę niż proponowana. Od tego momentu staje się ona **datą planowaną** wiążącą dla obu stron.

–W przypadku, gdy pacjent domaga się zmiany **daty planowanej**, w dowolnym innym momencie, zakład wyznacza mu pierwszy wolny termin, jednak nie późniejszy niż dzień po najpóźniejszej wpisanej na listę (na dzień zgłoszenia przez pacjenta chęci dokonania zmiany) **dacie planowanej**.

–Wszelkie spory między pacjentem a zakładem w sprawie oznaczenia daty rozstrzyga Komisja. Pacjentowi przysługuje odwołanie do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Prof. Maria Płachecka-Gutowska

# STANOWISKO NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

## z dnia 12 września 1992 r. w sprawie projektu o ochronie prawnej dziecka poczętego

Naczelna Rada Lekarska po zaznajomieniu się z projektem ustawy o ochronie prawnej dziecka poczętego – w nawiązaniu do uchwały I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie uchylenia ustawy o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz uchwały Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy – z dnia 12 grudnia 1991 r. zajmuje następujące stanowisko:

1. Tytuł ustawy należy zmienić na „Ustawa o ochronie prawnej dziecka nienarodzonego”.

2. Ustawa powinna dopuszczać możliwość działań niosących ze sobą ryzyko śmierci dziecka nienarodzonego wyłącznie w przypadkach, gdy ciąża zagraża życiu i zdrowiu matki lub gdy ciąża jest skutkiem przestępstwa. W ten sam sposób określa te warunki art. 37 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

3. Ustawa powinna przewidywać zwolnienie lekarza od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone dziecku w okresie życia płodowego, jeżeli szkoda ta jest następstwem koniecznych działań leczniczych, podjętych przez lekarza dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu i życiu kobiety ciężarnej lub dziecka nienarodzonego.

4. Lekarz, który naruszy przepis ustawy o ochronie prawnej dziecka nienarodzonego nie powinien ponosić za ten czyn odpowiedzialności karnej, a jedynie powinien odpowiadać z tytułu odpowiedzialności zawodowej przed sądem lekarskim.

5. W art. 4 ustawy powinno być zawarte jasno sformułowane i jednoznaczne zobowiązanie placówek służby zdrowia i oświaty do nauczania i propagowania planowania rodziny według współczesnych metod.

6. Projekty aktów wykonawczych do ustawy o ochronie prawnej dziecka poczętego powinny być przedstawione Sejmowej Komisji Nadzwyczajnej.

**SEKRETARZ:**

*Dr med. Wojciech Maksymowicz*

**PREZES:**

*Prof. dr med. Tadeusz L. Chruściel*

## WŁOCŁAWSKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE Komitet Organizacyjny XIII Konferencji Kardiologicznej

87-800 Włocławek, Pl. Wolności 1, tel. 32-28-08

### KOMUNIKAT NR 1

Włocławskie Towarzystwo Naukowe wzorem lat ubiegłych zamierza w dniach 10 i 11 czerwca 1993 r. zorganizować we Włocławku XIII Konferencję Kardiologiczną poświęconą POSTĘPOM DIAGNOSTYKI I TERAPII W KARDIOLOGII. Dwudniowa konferencja składać się będzie z kilku konferencji panelowych prowadzonych przez czołowych polskich kardiologów. Przewiduje się omówienie następujących tematów:

- CHORY PO ZAWALE SERCA,
- PRZEWLEKŁA ZATOROWOŚĆ PŁUCNA,
- LECZENIE PRZECIWBAKTERYJNE W KARDIOLOGII,
- ZABURZENIA RYTMU I PRZEWODNICTWA SERCA U DZIECI,
- WCZESNA DIAGNOSTYKA WAD WRODZONYCH U NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT,
- GRANICZNE WSKAZANIA DO LECZENIA OPERACYJNEGO CHOROBY WIĘCZOWEJ,
- UKŁAD KRAŻENIA U CHORYCH NA CUKRZYCĘ,
- LECZENIE HYPOTENSYJNE 93.

Komitet Organizacyjny Konferencji prosi wszystkich lekarzy, którzy mają zamiar wziąć udział w XIII Konferencji Kardiologicznej Włocławskiego Towarzystwa Naukowego we Włocławku o przesłanie zgłoszeń wstępnych do 31 grudnia 1992 r. Komunikaty następne informujące o szczegółowym programie oraz warunkach zakwaterowania i opłat organizacyjnych będą przesłane wyłącznie do tych lekarzy, którzy przesyła zgłoszenia wstępne.

Wszelkich informacji na temat XIII Konferencji Kardiologicznej udziela Włocławskie Towarzystwo Naukowe (adres jak wyżej).

**PRZEWODNICZĄCY KOMITETU ORGANIZACYJNEGO**

### Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii

*uprzejmie informuje, że Komitet Organizacyjny World Congresses of Gastroenterology zamierza zaprosić grupę młodych polskich gastroenterologów na Kongres do Los Angeles, który odbędzie się w dniach od 2.10. do 7.10.94. W skład grupy powinni wejść zarówno klinicyści (interniści, chirurdzy, pediatrzy, radiolodzy) jak i przedstawiciele nauk podstawowych (patomorfolodzy, immunolodzy itp.). Organizatorzy Kongresu pokrywają koszty podróży i pobytu.*

### Zarząd Główny PTG przyjął następujące kryteria kwalifikacyjne:

- członkostwo Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii potwierdzone przez odpowiedni Oddział Regionalny
- wiek kandydata (w 1994 roku nie powinien przekraczać 37 lat)
- kserokopie dyplomu doktora medycyny (lub równoważnego)
- spis publikacji w języku polskim i angielskim
- kserokopie najważniejszych prac (nie więcej niż 10)
- krótką opinię Kierownika Kliniki (Zakładu) w języku angielskim o dorobku i planach naukowych kandydata
- oświadczenie Kierownika Kliniki (Zakładu) o znajomości języka obcego kandydata, w stopniu, w którym umożliwi mu udział w Kongresie

Zgłoszenia z kompletem 5 egzemplarzy należy przesłać do 25.03.93. na adres: Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, Zarząd Główny ul. Poniatowskiego 2 50-326 Wrocław

Wstępnej kwalifikacji dokona Komisja powołana przez Zarząd Główny PTG, a decyzję ostateczną Organizatorzy Kongresu w Los Angeles.

*Sekretarz Zarządu  
dr hab. Leszek Paradowski  
Prezes Zarządu  
prof. dr hab. Zbigniew Knapik*

## PROFESOROWIE LWOWSCY W ANEGDOCIE I WSPOMNIENIACH

dokończenie ze str. 1

czasie, w rodzinie Profesora zachorowała jego wnuczka, zdaje się na szkarlatynę. Jako lekarza poproszono do niej pediatrę, moją Matkę, która stwierdziwszy w mieszkaniu zaduch i przegrzanie kazała je przewietrzyć. Rydygier, który wszedł do mieszkania, zapytał, dlaczego okno jest otwarte? Odpowiedziano, że z powodu zaduchu pani doktor kazała otworzyć. Rydygier imperatrywnie rozkazał: „zamknąć okno, od smrodu nikt nie umarł”.

Jako 8-letni chłopiec przechodziłem usunięcie trzeciego migdałka, do czego profesor Rydygier wyznaczył dr. Riticksteina i był obecny przy zabiegu; pacjent pamięta do dziś, że po operacji otrzymał lody. Rydygier lubił dzieci, był człowiekiem dobrym, trochę rubasznym.

Pierwszy w moim życiu samochód, którym jechałem, to był samochód prof. Rydygiera, otwarty, jasnożółty, koloru jajecznicy, z rękojeściami zmiany biegów i hamulca na zewnątrz. Rydygier po otrzymaniu go zaprosił nas na przejażdżkę po terenie szpitala, samochodem kierował umundurowany wojskowy szofer.

Pewnego dnia znalazłem małego wróbelka ze złamanym skrzydełkiem, zauważył go u nas Rydygier, złożył i zaopatrzył skrzydełko. Ptaszek ten długie miesiące był z nami w Bmnie i w roku 1916 przyjechał z nami do Lwowa, gdzie przez niebacznie otwarte okno, ku mojej rozpaczy, wyfrunął.

W kilka tygodni po odzyskaniu niepodległości i obronie Lwowa w roku 1918, już we Lwowie, odwiedził nas Rydygier w mundurze generała Wojsk Polskich, jako naczelny chirurg. Pamiętam jak pokazywał mi z dumą swój mundur z czerwonymi lamпасami i podszewką oraz rogatywkę z generalskim zygżakiem.

Opowiadano o egzaminie praktycznym z chirurgii, na którym Rydygier polecił studentce (Żydówce) skatetryzowanie chorego mężczyzny. Egzamin odbywały się zawsze publicznie, w amfiteatralnej sali wykładowej Kliniki. Zdenerwowana i speszona studentka chwyciła pensetą członek chorego, który zapewne syknął z bólu, a profesor wybuchnął: „weź Pani do ręki, a gdyby ktoś pensetą chwycił Panią za wargi sromowe” (wyrzucił się nieprzyzwoicie brzmiącą nazwą ludową). Podobno Rydygier nie lubił kobiet w roli lekarzy (opublikował na ten temat artykuł w „Gazecie Lekarskiej”, który stał się przyczyną polemiki). Do mojej Matki, jako asystentki przy operacjach w Bmnie, odnosił się zawsze przyjaźnie i kurtuazyjnie.



MOSKWA – rok 1901

Leon POPIELSKI, absolwent Wojskowej Akademii Medycznej w Petersburgu, docent fizjologii, habilitowany przez Iwanę PAWŁOWĄ, późniejszy profesor farmakologii Uniwersytetu Lwowskiego, odkrywca działania histaminy na wydzielanie soku żołądkowego, autor licznych prac z dziedziny fizjologii i farmakologii; z żoną Heleną, z domu Iwanow, od roku 1901 studentką Żeńskiego Wydziału Lekarskiego w Petersburgu, późniejszym dr med., pediatrą we Lwowie; z synem Wacławem, ur. w 1901 r. w Moskwie, późniejszym mgr inżynierem mechanikiem w Krakowie.

Inna anegdota, nie jestem pewien czy prawdziwa: wybitny anatom, organizator Wydziału Lekarskiego, profesor Kadyj, jeździł do pracy rowerem, w meloniku i podobno z futerałem skrzypiec pod pachą. Rydygier polecił portierowi, ażeby zawiadamił go, czy prof. Kadyj już wyjechał, wówczas wsiadał w swój samochód i kazał szoferowi jechać naprzeciw lub wyprzedzać jadącego rowerem Kadyja. Ulica Piekarska była wówczas niewybrukowana i zakurzona lub zabłocona. Samochód opryskiwał lub pokrywał kurzem Kadyja, a Rydygier uchylając kapelusza wołał: „moje

uszanowanie panu profesorowi”. Rower Kadyja odziedziczył syn następcy Kadyja, profesora Markowskiego – Adam, mój przyjaciel. Na tym rowerze uczyłem się jeździć, uganiając po pięknych gazonach w obrębie gmachów medycyny teoretycznej przy ul. Piekarskiej 52. Nielatwo było tym rowerem jeździć – nie miał wolnobiegu ani łańcucha, lecz wał kardanowy. W czasie jazdy trzeba było przez cały czas pedałować.

Rydygier nie był w dobrych stosunkach z częścią Rady Wydziału: zachował się jego list do mego Ojca, w którym skarży się na niechętnych habilitacji jego syna



Antoniego profesorów (wymieniając ich nazwiska). Wyrzucał im, że nie mając sami osiągnięć naukowych, z zawiści robią jego synowi trudności. Nawiasem mówiąc Jego syn Antoni, zdolny chirurg, nie uzyskał habilitacji i w związku z jakimś „skandalem” towarzyskim był „spalony” we Lwowie. Wyjechał do Brazylii, gdzie zdobył duże uznanie jako chirurg. W czasie wojny miał nieprzyjemności od Austriaków, którzy zarzucili mu „rusofilstwo” i obrazę majestatu cesarskiego, poprzez sponiewieranie portretu Franciszka Józefa w czasie okupacji rosyjskiej. Rydygier po powrocie z Berna, tylko dzięki swej pozycji, jako Hofrata, uratował syna od poważniejszych konsekwencji.

Rydygier zmarł nagle w czerwcu 1920 roku, podpisując w notariacie niekorzystny dla siebie akt sprzedaży swego majątku Fujna w Galicji. Z powodu inflacji poniósł podobno duże straty materialne.

W tymże roku 1920, w październiku zmarł mój Ojciec, profesor Leon Popielski. Pamiętam, jak w jakiś czas później, po zawarciu traktatu pokojowego w Rydze, wyraziłem żal, że „tatuś tego nie doczekał”. Ojciec przeżywał bardzo wojnę z Rosją bolszewicką i przygotowywał ewakuację ukochanego przez siebie Zakładu Farmakologii, przed podchodzącą pod Lwów armią Budionego. Na szczęście do tego wówczas nie doszło. Oddziałom tej armii zagroziła

drogę ochotnicza kompania młodzieży lwowskiej, która niemal w całości zginęła w słynnej bitwie pod Zadwórzem, zwanej „Lwowskimi Termopilami”.

Ojciec mój był łagodnym, dobrym człowiekiem, troskliwym i cierpliwym wobec dzieci. Nieraz chodziłem z Nim na spacer. Był polskim patriotą i w tym duchu nas wychowywał. Zachował się Jego list z września 1920 roku do mego starszego brata, będącego w wojsku (była to wojna polsko-bolszewicka), w którym pisze o honorze żołnierza polskiego. Pamiętam zdarzenie z października 1917 roku: siedłem z Ojcem przez plac Bernardyński, biegli ku nam gazeciarze głośno wołając: „nadzwyczajne wydanie, rewolucja w Rosji”. Ojciec kupił jednostronicowe wydanie, przeczytał krótki komunikat i powiedział coś w tym rodzaju: „to nic dobrego” albo „to bardzo źle”. Nie zdawałem sobie wtedy sprawy z wagi tej wiadomości.

Większość czasu spędzał Ojciec w Zakładzie Farmakologii, przy doświadczeniach z operowanymi psami lub przy biurku notując wyniki albo pisząc prace. Na stole obok leżały zawsze okopconego sadzą papieru z zapisami kimografu. Był On typem zafascynowanego nauk badacza, trochę roztargnionego uczonego. Matka opowiadała mi, że robiła Ojcu wymówki, że zbyt mało czasu poświęca Jej i domowi, na co odpowiadał: „nauka to wielka pani”. Rodzice byli dobrym małżeństwem, nie pamiętam sprzeczek.

Niekiedy chodzili do teatru. Jedynym, antyrosyjskim, ale żartobliwym powiedzonkiem Ojca było: „Kuszaj brat, mówię pies do Moskale” (żona Jego, moja Matka, była Rosjanką).

W okresie „przed lwowskim”, jeszcze w Rosji, Ojciec jako lekarz wojskowy był w czasie wojny rosyjsko-japońskiej delegowany do Mandżurii do zwalczania cholery. Zapamiętałem opowiadanie Ojca z tego okresu o „kumysie” – kobyliłim mleku. W tymże czasie, w Królestwie Polskim, Ojciec rozmawiał pewnego dnia ze swoim kolegą gimnazjalnym, na stacji kolejowej w Piotrkowie (często przyjeżdżał w te strony by odwiedzić swoją Matkę). Podszedł do Niego oficer żandarmerii ze słowami „wojenno służaszczim zapieszczeno goworit po polski”, zapisał go i po powrocie do Petersburga Ojciec musiał zameldować się w komendzie miasta i dostał tydzień aresztu domowego.

W roku 1908, już w Austrii, nie poszedł na galówkę w uniwersytecie lwowskim, z okazji jakiegoś jubileuszu, mówiąc że to święto zaborcy; z tego powodu był wzywany do raportu karnego w c.k. (cesarsko-króleskim) namiestnictwie. Za dwuletnią pracę w szpitalu wojennym w Brnie Morawskim Rodzice moi otrzymali odznaczenie „Pro patria et humanitate”, które jednak po taktacie brzeskim zwrócili w namiestnictwie, jak wiele osób w tym czasie.

## ZASZCZYTY, WYRÓŻNIENIA ...

Podczas VII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Immunologicznego, który odbył się w dniach 3-6.11.1991 przyznano dr hab. Andrzejowi Steciwko nagrodę imienia Ludwika Hirszfelda. Nagroda ta corocznie przyznawana jest tylko jednej osobie za najlepszą pracę opublikowaną w czasopiśmie „Polish Journal of Immunology. Immunologia Polska”. Po raz pierwszy otrzymał ją immunolog wrocławski, dr hab. Andrzej Steciwko, który jest pracownikiem Katedry i Kliniki Nefrologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. Jego praca przedstawia nowy model eksperymentalnego kłębkowego zapalenia nerek, wywołanego enzymem wirusa grypy (neuraminidazą).

Tylko dwóch wrocławskich kardiologów posiada godność Członka Honorowego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W roku 1990 na Zjeździe Towarzystwa Kardiologów w Polanicy otrzymał ten tytuł prof. dr habil. Seweryn

Łukasik, a ostatnio w październiku br. na 51 Kongresie PTK w Gdańsku obdarzono tą godnością prof. dr habil. Ludmiłę Hirnlową. To znaczące i nobilitujące wyróżnienie otrzymali także obecnie w Gdańsku: prof. dr hab. Maria Hoffmannowa wieloletni dyrektor Instytutu Kardiologicznego w Warszawie, prof. H. de Geest z Leuven w Belgii i prof. O. Penn z Maastricht w Holandii, którzy współpracując z polskimi lekarzami wprowadzili w naszym kraju nowe metody diagnostyczne i terapeutyczne. Prof. Ludmiła Hirnlowa przez ponad 20 lat sprawując funkcję ordynatora oddziału internistyczno-kardiologicznego w szpitalu im. Marciniaka jednocześnie pracowała naukowo i wykladała na Akademii Medycznej. Przez wiele lat była we Wrocławiu specjalistą wojewódzkim d/s kardiologii. Jest członkiem zwyczajnym Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego oraz przez trzy kadencje pełni funkcję przewodniczącej wrocławskiego oddziału PTK.

GRATULUJEMY!

## STOPNIE SPECJALIZACYJNE UZYSKALI ...

Na prośbę czytelników rozpoczynamy stałe publikowanie nazwisk lekarzy, którzy zostali specjalistami w obecnej sesji jesiennej.

1. 20.10.1992 r. Janusz Kubacki zdał egzamin specjalizacyjny I stopnia z patomorfologii.

2. 27.10.1992 r. egzamin specjalizacyjny I stopnia zdali:

- ze stomatologii ogólnej:

Bożena Smoczyńska

Ewa Filak

Maria Kędzior

Mariola Lenartowicz

Elżbieta Żolna

- z chirurgii stomatologicznej:

Piotr Dul

GRATULUJEMY!

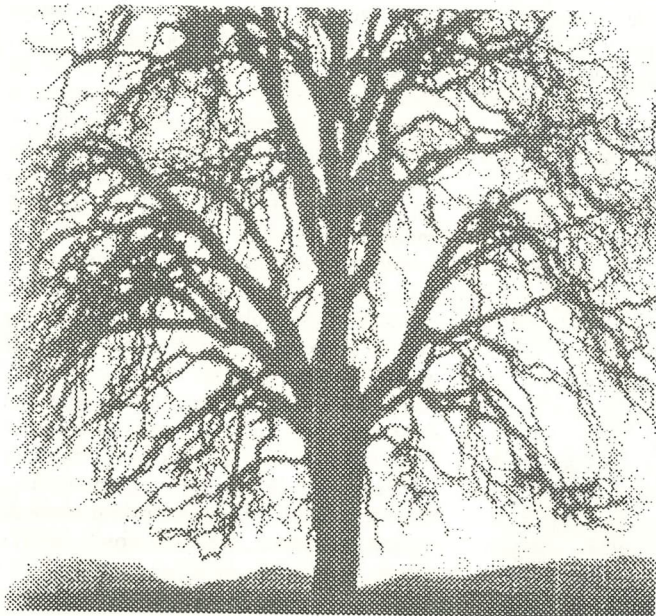
## Gruczoł tarczowy

Levothyroxin-Natrium

# L-Thyroxin 25 Berlin-Chemie

# L-Thyroxin 100 Berlin-Chemie

• sprawdzona jakość leku • ekonomiczny w podawaniu



**L-Thyroxin 25/100 Berlin-Chemie. Skład leku:** 1 tabletkę zawiera: Levothyroxin-Natrium 25 ug 100 ug. **Dziedziny zastosowania:** niedomoga tarczycy bez względu na jej genezę, wszystkie przypadki niedoboru hormonów gruczołu tarczowego, profilaktyka nawrotów choroby wola, leczenie dodatkowe w ramach terapii nadczynności tarczycy środkami hamującymi syntezę hormonów tarczycy, terapia wstrzymująca i zastępcza przy guzie złośliwym gruczołu tarczowego, test wstrzymujący gruczołu tarczowego. **Przeciwwskazania:** nadczynność tarczycy (za wyjątkiem leczenia dodatkowego przy terapii hamującej syntezę hormonów tarczycy). Zachować ostrożność w przypadku starszych pacjentów, przy wieńcowej chorobie serca, niewydolności serca i zaburzeniach w formie przyspieszonego rytmu. **Objawy uboczne:** przy przedawkowaniu występują objawy nadczynności tarczycy (np., drżenie palców, przyspieszony rytm serca, nadmierne pocenie się, biegunka, spadek wagi ciała, wewnętrzny niepokój). **Interakcje:** phenytoina, salicylany, furosemid (przy dużym dawkowaniu), clofibrat: podwyższona zawartość hormonu gruczołu tarczowego w osoczu; podawane doustnie antykoagulanty: przedłużenie czasu protrombinowego; leki przeciwcukrzycowe: zwiększone lub zmniejszone obniżenie stężenia cukru we krwi. **Stosowanie i dawkowanie:** patrz informacja o sposobie użycia leku; dawka podtrzymująca przy niedomodze tarczycy: pacjenci dorośli 125-250 ug, dzieci 100-150 ug/m<sup>2</sup> powierzchni ciała. Przyjmowanie dawki dziennej rano na 1/2 godziny przed śniadaniem. **Wielkości opakowania:** L-Thyroxin 25 Berlin-Chemie 30 tabletek L-Thyroxin 100 Berlin-Chemie: 30 tabletek (Stan z września 1991 r.).

## Nadciśnienie Niewydolność serca

Bloker ACE

# Enalapril 5 Berlin-Chemie

• ostrożnie rozpoczynać • pewna regulacja • ekonomiczne leczenie

**Enalapril 5 Berlin-Chemie. Skład:** 1 tbl zawiera 5 mg maleinianu enalaprilu. **Wskazania:** \*Enalapril jest wskazany przy wysokim ciśnieniu (także w połączeniu z lekiem moczopędnym) oraz jako lek wspomagający w niewydolności serca, które nie może być dostatecznie wyleczone glikozydami nasercowymi i/lub lekami moczopędnymi. **Przeciwwskazania:** Ciąża, okres laktacji, zwężenie aorty i inne zwężenia drogi odpływu, zwężenie tętnic nerkowych obustronne lub przy pojedynczej nerce, stan po transplantacji nerek, pierwotne schorzenia nerek, wrodzony obrzęk naczyniowy, obrzęk naczyniowy przy podaniu ACE-blokerów w wywiadzie, pierwotny hiperaldosteronizm, u dzieci. Ostrożnie przy niewydolności nerek (obniżenie dawki lub wydłużenie przerwy między dawkami), schorzenia immunologiczne, kolagenozy. **Działanie uboczne:** reakcje skórne, fotosensybilizacja, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, upośledzenie smaku, zapalenie żył, ortostatyczne zaburzenia funkcji nerek, podrażnienie oskrzeli, obrzęk naczyniowonercowy; bardzo rzadko zmiany obrazu krwi i zaburzenia funkcji wątroby. Poza tym donoszono o bólach głowy, zmęczeniu, osłabieniu, katarze, trudnościach w oddychaniu, astmie, zwężeniu oskrzeli, dolegliwościach typu angina pectoris, u pacjentów z grupą ryzyka zawału serca wzgl. udar mózgu, nerwowość, bezsenność, oszołomienie, rozdrażnienie, depresja, swędzenie, szum w uszach, uczucie gorąca, gorączka, bóle mięśni i stawów, zastój żółci, zaparcia, hyponatremia, wypadanie włosów, impotencja, niewyraźne widzenie, kurcze mięśni, omdlenia, hipotonia, kołatanie serca. **Zastosowanie i dawkowanie:** Do leczenia nadciśnienia zaleca się początkowo 5 mg 1 x dziennie, jako dawka podtrzymująca 10-20 mg. W niewydolności serca zaleca się początkowo 2,5 mg 1 x dziennie; zwykła dawka podtrzymująca wynosi 10-20 mg dziennie. **Interakcje:** substancje hamujące syntezę prostaglandyn, np. indometacyna, osłabiają działanie blokerów ACE. Wpływ alkoholu może zostać zwiększony. Środki immunosupresyjne, allopurinol, korykoidy i cytostatyki mogą wywołać zmiany obrazu krwi przy jednoczesnym podawaniu. Środki znieczulające nasilają spadek ciśnienia krwi. Znaczny dowóz soli zmniejsza działanie obniżające ciśnienie krwi. Przy równoczesnym podaniu leków moczopędnych oszczędzających potas, podwyższeniu ulega poziom potasu. Enalapril wydłuża wydalanie litu. Połączenie z innymi lekami przeciwnadciśnieniowymi prowadzi do nasilenia spadku ciśnienia. **Opakowanie, postać handlowa:** 25 tbl (N1), 50 tbl (N2), 100 tbl (N3) (Stan IX 91).

BERLIN-CHEMIE AG  
Glienicker Weg 125-127.0-1199 Berlin

BERLIN-CHEMIE AG, Oddział w Warszawie  
ul. Królowej Marysieńki 9 m.9  
02-954 Warszawa, tel./fax 642 33 48

## INFORMACJA

9 grudnia 1992 r. o godz. 10.30 w Klubie Międzynarodowej Książki i Prasy w Jeleniej Górze (Plac Ratuszowy 1) odbył się XVI Dzień Pneumonologiczny.

Tematy:

1. Gruźlica na świecie i w Polsce – dr n. med. Renata Moś Antkowiak
2. Sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w woj. jeleniogórskim – dr Teresa Grzegorzczak-Skibińska
3. Leki firmy Boeringer Ingelheim w leczeniu obturacyjnej choroby oskrzelowo-płucnej.



W dniu 22 stycznia 1993 roku o godzinie 12.00 w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, przy ul. Matejki 6 odbędzie się posiedzenie Koła Lekarzy Seniorów przy DIL, na które zaproszeni są P.T. Przedstawiciele Kół Terenowych DIL. Przedmiotem narady będzie rozeznanie sytuacji lekarzy emerytów w poszczególnych kołach terenowych.

Zapraszamy P.T. Przedstawicieli wszystkich Kół Terenowych DIL do uczestnictwa w posiedzeniu.

*Przewodniczący*

*Koła Lekarzy Seniorów przy DIL  
prof. dr hab. Bolesław Popielski*



Wielu kolegów zwracało się do Izby zapytaniem, co się dzieje z Narodowym Funduszem Zdrowia, na który płacili z przymusu przez wiele lat składki. Redakcja uzyskała „wiarygodną informację”, że 14.12.1989 r. zostało zarejestrowane przez Sąd Wojewódzki w Warszawie Stowarzyszenie Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia, które stało się prawnym następcą praw majątkowych łącznie ze składkami członkowskimi byłego NFOZ. Tak więc wszystkie składki płacone przez wielu z nas nie całkiem dobrowolnie stały się własnością prywatnego stowarzyszenia – w majestacie prawa i w cieniu grubej kreski!

Zwracamy się z prośbą do wszystkich absolwentów Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu – 1975 rok, o podanie aktualnego miejsca zamieszkania w związku z planowanym spotkaniem w dniach 28-29-30.05.1993r. – na adres:

Janusz Morasiewicz  
ul. Mierostawskiego 9  
51-682, Wrocław  
tel. 48-60-19

*Komitet Organizacyjny*

## ZBLIŻA SIĘ KOLEJNY ZJAZD DELEGATÓW

Odbędzie się on na przełomie lutego i marca 1993 r. Warto, aby członkowie naszej Izby byli poinformowani o delegatach, którzy nie byli na kilku Zjazdach. Może warto wybrać nowych?

## WYKAZ DELEGATÓW NIEOBECNYCH NA DOTYCHCZASOWYCH ZJAZDACH DIL

### DELEGACI

#### Z WOJ. JELENIOGÓRSKIEGO

##### nieobecni na pięciu Zjazdach

Drozdowski Tomasz – Jelenia Góra  
Duwadziński Jerzy – Lubań

##### nieobecni na czterech Zjazdach

Groehlich Norbert – Zgorzelec  
Janiak Bogusław – Jelenia Góra  
Rudnik-Wydra Anna – Lubań

##### nieobecni na trzech Zjazdach

Bernacka Barbara – Świeradów Zdrój  
Bokiej Juliusz – Karpacz  
Czerkasow Krzysztof – Kamienna Góra  
Kotlarski Jan – Jelenia Góra  
Tomczak Krzysztof – Bolesławiec

### DELEGACI

#### Z WOJ. LEGNICKIEGO

##### nieobecni na czterech Zjazdach

Calaba Zofia – Lubin  
Cieśllicki Stefan – Legnica  
Irzykiewicz Stanisław – Jawor  
Kowalik Wojciech – Legnica  
Mackiewicz Anna – Głogów  
Nowakowska Maria – Gogów

##### nieobecni na trzech Zjazdach

Bałchonowska-Gibek Aldona – Jawor  
Poniewierska Halina – Legnica  
Tudaj Władysław – Chojnów

### DELEGACI

#### Z WOJ. WAŁBRZYSKIEGO

##### nieobecni na pięciu Zjazdach

Kataszyński Stefan – Ząbkowice Śl.

##### nieobecni na czterech Zjazdach

Dulian Ryszard – Duszniki Zdrój  
Gacek Witold – Kłodzko  
Korolewicz Marek – Świdnica  
Kozaczek Jan – Ząbkowice Śl.  
Łopuszański Marek – Nowa Ruda

##### nieobecni na trzech Zjazdach

Buczkowski Roman – Nowa Ruda  
Gardulski Józef – Wałbrzych  
Kostrzycki Grzegorz – Bielawa  
Szykowska-Styszyn Joanna – Lądek Zdrój  
Totuszyński Jan – Bystrzyca Kłodzka  
Zabłocki Dariusz – Nowa Ruda  
Żabnicka Anna – Ząbkowice Śl

### DELEGACI

#### Z WOJ. WROCŁAWSKIE

##### nieobecni na czterech Zjazdach

Janicki Andrzej – Wrocław  
Ostapczuk Stefan – Wrocław  
Pióro-Kobierska Krystyna – Wrocław  
Szczudło Stanisław – Wrocław

##### nieobecni na trzech Zjazdach

Cisek Wiesław – Wrocław  
Cywińska Maria – Wrocław  
Dembowski Janusz – Wrocław  
Horoch-Hackamer Zofia – Wrocław  
Kaniowski Tadeusz – Wrocław  
Kibler Jacek – Wrocław  
Koprowski Piotr – Wrocław  
Libura-Małys Aniela – Wrocław  
Mioduszewska Jolanta – Wrocław  
Nawarkiewicz Ryszard – Oborniki  
Niżankowska Hanna – Wrocław  
Rosowski Józef – Milicz  
Sienkiewicz Anatol – Wrocław  
Stankowski Janusz – Wrocław  
Tarkowska-Gawron Barbara – Wrocław



## RECENZJE

**Jerzy Bogdan KOS: *Zapaść. Opowiadania szpitalne.***  
Wydawnictwo Dolnośląskie,  
Wrocław 1991.

**Jerzy Bogdan KOS: *Epitafium dla ospy.*** Wydawnictwo Silesia,  
Wrocław 1991.

Jerzy Bogdan Kos urodził się 24 marca 1931 r. w Myszkowie. W l. 1950-55 studiował na Wydziale Lekarskim AM we Wrocławiu, gdzie uzyskał dyplom lekarza. Od 1960 r. jest ordynatorem Oddziału Chorób Zakaźnych w Będkowie koło Trzebnicy. Napisał kilkanaście prac naukowych, wiele artykułów popularyzujących naukę oraz książki: *Choroby, których można uniknąć* i *W kręgu kultury niepodzielnej*. Jego wiersze, opowiadania i reportaże publikowały rozmaite pisma, m.in. „Odra”, „Życie Literackie”, „Więź”, „Tygodnik Kulturalny”. Poniżej przedstawiamy dwie nowe propozycje tego autora.

*Zapaść. Opowiadania szpitalne.* Zbiorek zawiera 23 krótkie utwory, najczęściej portrety lub impresje dotyczące jednej postaci (cykl *Natalia*). Bohaterami są pracownicy szpitala: salowa Hela z *Życie to nie je bajka*, która ciężką i nieprzyjemną pracą przy umierających oraz różnego rodzaju dodatkowymi zajęciami zarabia na siebie i dzieci, osobliwy pan Józeg pracujący w prosektorium i przekonany, że do tego właśnie najlepiej się nadaje, pani Sabina czuwająca nad magazynem z odzieżą pacjentów, pielęgniarka, lekarz.

Pozostałe teksty opowiadają o chorych. Przerażeni szpitalem, w których znaleźli się nagle – jak bohater utworu *Gołębie* – zostawiają za murami swoich bliskich, swój świat. Nowa rzeczywistość zamyka się w obrębie jednego budynku, czasem to już tylko kawałek przestrzeni widoczny ze szpitalnego łóżka. O świecie zewnętrznym przypominają fotografie, listy i inne drobiazgi pieczołowicie chowane w szafkach lub pod poduszką. Tu czeka ich cierpienie, bezsilność, często opuszczenie, powolne konanie. Boją się niepewności, którą niesie ze sobą choroba. Dręczą ich sny, makabryczne epizody z przeszłości: starzec z opowiadania *Dobranocka*, pamiętający jeszcze wojnę, ma stale przed oczami obraz szczurów żywiących się zwłokami zabitych żołnierzy. Józefowi

Łokuciu (Do Najwyższego Urzędu Kontrolującego) ucięto nogę. Usiłuje dojść, co się stało z amputowaną kończyną i dowiaduje się, że w szpitalu wszystkie usuwane narządy pali się w piecu centralnego ogrzewania, często niedopalone resztki roznoszą koty. Oburzony domaga się godniejszego traktowania ciała ludzkiego.

Pacjent to nie osobnik z objawami chorobowymi, które należy rozpoznać, na ich podstawie wystawić diagnozę, a chorego wpakować do łóżka i wykonywać rutynowe czynności zmierzające do usunięcia choroby. To człowiek – cierpiący, nieszczęśliwy, bezradny, tęskniący za światem, z którego został wyrwany wbrew własnej woli. Chyba ta właśnie refleksja była jednym z bodźców do napisania książki.

Opowiadania Jerzego Kosa przeznaczone są dla szerokiego grona czytelników – nie tylko dla środowiska lekarskiego. Sprawny styl, zróżnicowane formy wypowiedzi, język od poetyckiego w cyklu *Natalia* do potocznego, naszpikowanego kolokwializmami, czynią lekturę atrakcyjną i przyjemną.

„Niespodziewanie, po wielu dramatycznych perypetiach, ujawniono we Wrocławiu zachorowania na ospę, które dały początek szybko narastającej epidemii. 15 lipca ogłoszono stan pogotowia przeciwepidemicznego dla Wrocławia i Dolnego Śląska i podjęto, na niespotykaną dotychczas skalę, działania mające na celu ograniczenie skutków epidemii i jej likwidację. Wprowadzono surowe zasady stanu wyjątkowego we wszystkich dziedzinach życia miasta (...) Mieszkańcy miasta poddani zostali ciężkiej i wymagającej wielu wyrzeczeń próbie a pracownicy służby zdrowia sprawdzianowi o najwyższej skali trudności...” – pisze autor we wstępie do *Epitafium dla ospy*, tragedii, która rozegrała się w 1963 r. Książka Jerzego Kosa jest kroniką ówczesnych wydarzeń, pisaną na podstawie własnych notatek, diariusza, wywiadów, opinii, reportaży prasowych i relacji uczestników.

Książka opisuje przede wszystkim walkę służby zdrowia z epidemią: organizację działań, tworzenie izolatoriów i szpitali ospowych, masowe szczepienia, ustalanie osób mających kontakt z chorymi, walkę o życie każdego pacjenta. Opowiada o trudnościach, jakie stale musiano przezwyciężać, o niezwykłym poświęceniu i męstwie pracowników dobrowolnie zgadzających się na pracę w najbardziej zagrożonych miejscach. Im właśnie autor poświęca książkę.

W *Epitafium* nie brak również opisów osobistych tragedii chorych i ludzi

zamykanych w izolatoriach, nie mających kontaktu z rodzinami. Jerzy B. Kos pisze o niewystarczającym przygotowaniu izolatorów, niesubordynacji leczonych, wykonywaniu specyficznych warunków przez cwaniaków węszących za dobrym interesem. Tego typu zaniedbania, problemy, sytuacje uważa się za nieuniknione i w gruncie rzeczy marginalne. Z książki przebija przede wszystkim głęboki szacunek i podziw dla ludzkiej ofiarności i solidarności.

Katarzyna Pajdzik

**„ANTIDOTUM – ZARZĄDZANIE W OPIECE ZDROWOTNEJ” to miesięcznik ukazujący się od lutego 1992 r., prenumerowany już przez liczne zespoły opieki zdrowotnej, szpitale, instytuty, wydziały zdrowia, sejmiki samorządowe, uczelnie i przez osoby indywidualne.**

ANTIDOTUM jest jedną z form realizacji statutowych celów Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej. Tytuł czasopisma jest wyrazem opinii STOMOZ o tym, że nowoczesne metody zarządzania stosowane w praktyce powinny stać się środkiem zaradczym na wiele bolączek polskiej służby zdrowia.

ANTIDOTUM jest adresowane do kadry kierowniczej opieki zdrowotnej, a także do wszystkich osób zainteresowanych problemami zarządzania, do praktyków, przedstawicieli ośrodków naukowych, polityków, działaczy samorządowych, członków rad nadzorczych.

W ANTIDOTUM zamieszczamy artykuły z zakresu organizacji i zarządzania w opiece zdrowotnej, ekonomiki zdrowia, polityki zdrowotnej, prawnych podstaw opieki zdrowotnej, socjologii zdrowia. W dziale Miscellanea omawiamy problemy zarządzania opieką zdrowotną w różnych krajach. W każdym numerze czytelnik znajdzie informacje o działalności Stowarzyszenia, a także informacje o szkoleniach dla menedżerów, seminariach.

ANTIDOTUM można nabyć w cenie 18.000 zł bezpośrednio w redakcji lub dokonując wpłaty na konto STOMOZ: III Oddział PKO Warszawa 1531-115762-132 z dopiskiem na odwrocie ANTIDOTUM, z podaniem zamawianych numerów.

# Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU

## FUNDACJA AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU

Uprzejmie informuję, że postanowieniem sędziego Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawy z dnia 23 października 1992 r. dokonano rejestracji Fundacji Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Z chwilą wpisania do rejestru Fundacja naszej Uczelni uzyskała osobowość prawną i podejmuje przewidzianą w Statucie działalność gospodarczą.

Celem Fundacji jest:

1. udzielanie pomocy w rozwijaniu ochrony zdrowia przy nadzorze Akademii Medycznej we Wrocławiu,

2. wspomaganie badań naukowych prowadzonych przez placówki naukowe i badawcze Akademii Medycznej we Wrocławiu,

3. poprawianie zaopatrzenia Akademii Medycznej we Wrocławiu w aparaturę naukową, diagnostyczną i terapeutyczną oraz środki lecznicze,

4. pomoc w kształceniu i podnoszeniu kwalifikacji kadry naukowej i medycznej Akademii Medycznej.

Radę Fundacji tworzą:

1. J.M. Rektor A.M. prof. dr hab. Zbigniew Knapik

2. mgr inż. Jan Kryła

3. mgr inż. Edward Płatek

4. prof. dr hab. Maciej Zabel

5. prof. dr hab. Bogumił Halawa

6. prof. dr hab. Andrzej Kübler

7. dr Michał Jeleń

8. dr Henryk Owczarek

9. mgr Ryszard Chorostkowski

10. lek. Krzysztof Magier

Przewodniczącym Rady jest prof. dr hab. Maciej Zabel – kierownik Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii A.M., natomiast Prezesem Zarządu – inż. Wiesław Zawada.

Tymczasowa siedziba Fundacji mieści się przy ul. Chałubińskiego 6a, nr telefonu 209-760, tam też można otrzymać do wglądu Statut Fundacji i uzyskać bliższe informacje związane z działalnością Fundacji.

Oto konto Fundacji:

Bank Zachodni we Wrocławiu

I Oddz. 389206-622996-136

Wszystkich zainteresowanych serdecznie zapraszam do współpracy z Fundacją Akademii Medycznej we Wrocławiu.

**RZECZNIK PRASOWY A.M. WE  
WROCŁAWIU**  
dr hab. A. Steciwko

W związku ze zbliżającymi się wyborami nowych władz uczelni Senat Akademii Medycznej w dniu 19 października 1992 powołał Uczelnianą Komisję Wyborczą w składzie:

1. dr Włodzimierz Bednorz
2. dr Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska
3. Michał Drozdowski
4. mgr Witold Faldrowicz
5. dr Michał Jeleń
6. prof. dr hab. Urszula Kaczmarek
7. Joanna Kocęba
8. prof. dr hab. Helena Kustrzycka
9. dr Wanda Nawrocka
10. dr Barbara Nowak
11. Wojciech Oczkowski
12. Małgorzata Okończyk
13. Piotr Stawiński
14. prof. dr hab. Jacek Szechiński
15. prof. dr hab. Józef Szymczak
16. doc. dr hab. Ludmiła Waszkiewicz
17. dr Barbara Wojewoda
18. Ewelina Wróbel

W posiedzeniach Uczelnianej Komisji Wyborczej z głosem doradczym uczestniczy po dwóch przedstawicieli związków zawodowych działających w Uczelni.

Uczelniana Komisja Wyborcza zgodnie z §47 Statutu Akademii Medycznej wybrała **dr Włodzimierza Bednorza na przewodniczącego UKW** oraz trzech zastępców przewodniczącego:

- prof. dr hab. Urszulę Kaczmarek
- dr Michała Jelenia
- stud. Wojciecha Oczkowskiego

*Rzecznik Prasowy Akademii Medycznej  
dr hab. n. med. Andrzej Steciwko*

W dniu 23 listopada 1992 Senat Uczelni zatwierdził przygotowany przez Komisję nowy Regulamin Wyborów Rektora, Dziekanów, Senatu i Rad Wydziałów.

O wynikach wyborów będziemy informować na bieżąco.

Redakcja

Dnia 4.12.1992 r. w Auli Politechniki Wrocławskiej przy Wybrzeżu Wyspiańskiego 27 odbyło się wręczenie dyplomów lekarza medycyny i lekarza stomatologa. Podczas uroczystości po odśpiewaniu Gaudeamus i przemówieniu Dziekana Wydziału Lekarskiego prof. dr. hab. Jana Komafela złożono przyrzeczenie lekarskie. Następnie J.M. Rektor prof. dr hab. Zbigniew Knapik wręczył dyplomy lekarza medycyny 352 absolwentom, w tym 13 obcokrajowcom oraz dyplomy lekarza stomatologa 133 absolwentom, w tym 8 obcokrajowcom. Dyplomy z wyróżnieniem otrzymało 14 absolwentów.

W dniu 12.12.1992 r. w sali Zakładu Mikrobiologii AM dyplom magistra farmacji otrzymało 61 osób, analityki medycyny – 31, pielęgniarstwa – 45. Jak co roku uroczystość ta miała wyjątkowy charakter, gdyż dla wyżej wymienionych absolwentów jest to uwięźnienie ich wieloletniej systematycznej pracy studenckiej i wkroczenia w kolejny etap pracy.

## Zainteresowani pracą w Kuwejcie

(praca w szpitalu)  
w specjalnościach:

**radiolodzy  
chirurdzy  
stomatolodzy  
interniści  
kardiolodzy  
okuliści  
laboranci**

Warunek: znajomość języka angielskiego

Informacje: firma AGORA-PRO  
Wałbrzych  
tel. 727-76, 41-71-67

## Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy (ul. Kilińskiego 2, tel. 14-70-81) zatrudni lekarza radiologa oraz psychiatrę

z możliwością natychmiastowego zasiedlenia mieszkania funkcyjnego oraz lekarza okulistę z możliwością uzyskania pokoju hotelowego

## Dyrekcja Przemysłowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Jelczu-Laskowicach

zatrudni od 1 stycznia 1993 r. lekarza pediatrę w pełnym wymiarze godzin w przychodni rejonowej w Jelczu-Laskowicach.

Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Numer tel. z Wrocławia 380-61 w. 5284 lub z Oławy 352-84

# Kilka uwag o lakach szczelinowych

Prof. dr hab. Urszula Kaczmarek  
Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej

Próchnica zębów, mimo znacznej jej redukcji zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych, zaliczana jest do schorzeń o największym zasięgu. Polska, na podstawie wyników badań epidemiologicznych przeprowadzanych w 1987 roku w ramach tematu resortowego przy pomocy i pod nadzorem Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia, zaliczana jest do krajów o umiarkowanej intensywności próchnicy. Stosowanie metod zapobiegania próchnicy przy użyciu związków fluoru, ograniczenie spożycia węglowodanów, efektywne i systematyczne usuwanie płytki nazębnej przez szrotkowanie zębów zmniejsza istotnie występowanie próchnicy na powierzchniach gładkich zębów (od 35 – do 90%). Jednakże nie wpływa w znaczący sposób na powstawanie próchnicy na powierzchniach żujących. Badania epidemiologiczne wykazały obecność próchnicy na powierzchniach żujących pierwszych stałych trzonowców, wkrótce po ich wyrżnięciu, u 11% 5-6-letnich dzieci polskich. Odsetek dzieci 12-letnich z próchnicą tych zębów wynosił już 89%, a w wieku 18 lat u co czwartego badanego obserwowano usunięty przynajmniej jeden ząb. Od ponad 50 lat poszukiwano skutecznych sposobów zapobiegania próchnicy na powierzchniach żujących. W rezultacie opracowano metodę pozwalającą na długoczasowe odizolowanie od wpływów środowiska jamy ustnej sprzyjających retencji bruzd i zagłębień. Spełniające to zadanie materiały określa się jako wypełniacze szczelin, laki szczelinowe, uszczelniacze bruzd (an-

gielskie: fissure sealants, niemieckie: Fissuren versiegelung). Celem stosowania laków szczelinowych jest mechaniczne zamknięcie anatomicznych bruzd, szczelin i zagłębień na powierzchniach zębów przed penetracją do nich płynów z jamy ustnej, drobnoustrojów i ich substratów, które mogą zapoczątkować proces próchnicy.

W dobie przeobrażającej się struktury służby zdrowia, MZiOS opracowało szczegółowy program profilaktyczny na lata 1991-1995 pt. „Kierunki i metody zapobiegania próchnicy i chorobom przyzębia”. Program ten od roku szkolnego 1992/1993 jest poszerzony przez wprowadzenia laków szczelinowych do profilaktyki pierwszych stałych trzonowców. Laki te będą stosowane na obszarze całego kraju, w pierwszej kolejności u dzieci 7-letnich. W bieżącym roku na tę akcję Ministerstwo przeznaczyło sumę 2 miliardów 200 milionów zł. Zakupiono odpowiednie ilości materiału światłoutwardzalnego Helioseal firmy Vivadent i lamp halogenowych. Za szkolenie odpowiedzialny jest Krajowy Zespół Profilaktyczny w dziedzinie Stomatologii Zachowawczej, a za realizację Kierownictwo Wojewódzkich Przychodni Stomatologicznych w poszczególnych województwach. Lakowanie będą prowadzić 2-osobowe ekipy – higienistka stomatologiczna i asystentka, po odpowiednim przeszkoleniu, pod nadzorem stomatologa. W celu wyjaśnienia i jednolitego akcji prowadzone są przez Krajowy Zespół Profilaktyczny dwu-

dniowe szkolenia teoretyczne i praktyczne w 7 regionach kraju dla przedstawicieli stomatologów i średniego personelu z poszczególnych województw. Dalsze szkolenia przeprowadzane będą przez poszczególne województwa. Po upływie 2 lat od czasu przeprowadzenia akcji przewiduje się badania oceniające skuteczność laków.

Efektywność stosowania tej formy profilaktyki zależy od wielu czynników, m.in. od wieku dziecka i związanego z tym czasu przebywania wyrżniętego zęba w jamie ustnej.

W handlu dostępne są różne materiały uszczelniające produkowane przez wiele firm. Mają one skład zasadniczo zbliżony do materiałów kompozycyjnych służących do wypełniania ubytków twardych tkanek zębów. Jednakże konsystencja ich jest bardziej płynna, co sprzyja całkowitemu wypełnieniu szczelin i dobrej retencji. Najogólniej można je podzielić na materiały polimeryzujące chemicznie i pod wpływem światła halogenowego. Materiały światłoutwardzalne w porównaniu z chemo-utwardzanymi mają korzystniejszy, nieograniczony czas pracy, co pozwala na dobrą ich penetrację do wąskich bruzd i szybkie utwardzenie w ciągu 20-40 sekund. Ponadto są ekonomiczniejsze; jak obliczono, przy użyciu buteleczki 8 ml Heliosealu można wypełnić bruzdy na powierzchniach żujących czterech trzonowców u 153,5 dzieci.

Umieszczenie laku szczelinowego powinno być poprzedzone oczyszczeniem powierzchni żującej zęba za pomocą wodnego roztworu pumeksu i szczoteczki odpowiedniego kształtu zamontowanej w wolnoobrotowej końcówce maszyny. Następnie po dokładnym wymyciu i osuszeniu powierzchni oraz zapewnieniu ochrony przed dostępem wilgoci, nakłada się na bruzdę wytrawiacz (np. Email Preparator) na okres 1 minuty. Wytrawioną powierzchnię szkliwa dokładnie wymywa się wodą i osusza. Materiał uszczelniający zakłada się za pomocą plastikowej łopatki bezpośrednio z buteleczki lub/i plastikową końcówkę w kształcie kuleczki. Pokrytą materiałem powierzchnię utwardza się przez 20-40 sekund w zależności od używanej lampy halogenowej. Następnie należy sprawdzić wysokość zwarcia. W przypadku nałożenia w nadmiarze, wysokość koryguje się kamieniem diamentowym. Na powierzchnię wytrawioną, a nie pokrytą lakiem szczelinowym należy zastosować preparat fluorowy.

Lakowanie zębów jest kosztownym przedsięwzięciem, ale może przyczynić się do dużej poprawy stanu uzębienia polskich dzieci.

# MIĘDZY ŻYCIEM I ŚMIERCIĄ A NIEKOMPETENCJĄ I IGNORANCTWEM

W „Trybunie Wałbrzyskiej” z dnia 17/19 listopada 1992 roku ukazał się artykuł podpisany przez redaktora Zbigniewa Ingę przedstawiający pełne horroru dzieje młodej matki, która rodziła w szpitalu w Świebodzicach. W artykule tym matka zarzucała szpitalowi, iż jej dziecko było trzymane trzydzieści dni w szpitalu żywe, a ktoś po porodzie poinformował ją, że już jest martwe. Zarzucała, że w trakcie pobytu nie była w jakikolwiek sposób leczona. Niepogodzona z myślami w szpitalu dobie po porodzie opuszcza szpital, natomiast pochówkiem martwego dziecka interesuje się dopiero po dwóch tygodniach na skutek interwencji administracji szpitala.

Redaktor Zbigniew Inga jako doświadczony dziennikarz (przynajmniej na takiego wyglądał) powinien sobie zdawać sprawę, iż prasowa dyskusja nad tą konkretną sprawą niewątpliwie tragedii młodej matki przynieść może tylko pogłębienie depresji psychicznej pacjentki, podważanie zaufania do personelu medycznego i całego szpitala w oczach ewentualnych przyszłych pacjentów. Sądzimy, iż legitymacja prasowa obliuguje dziennikarza nie tylko do pogoni za sensacją za wszelką cenę, lecz również do odpowiedzialności za publikowane słowo.

Wracając do przypadku opisanego w wyżej wymienionym artykule pragniemy poinformować (w oparciu o posiadaną dokumentację medyczną), z zachowaniem tajemnicy lekarskiej oraz kierując się dobrem pacjentki, iż nie znaleźliśmy żadnej formy niedopatrzenia lub zaniedbania ze strony personelu medycznego naszego szpitala.

Wykonano wszystkie konieczne badania laboratoryjne oraz, właściwe dla stanu pacjentki, leczenie farmakologiczne. Prowadzono również kartę stałego nadzoru akcji serca i ruchów płodu od pierwszego dnia pobytu do momentu odbycia porodu. Pacjentka w czasie pobytu postępowała wbrew zaleceniom lekarskim. Mając zalecone leżenie spacerowała po oddziale, czym prowokowała przedwczesną czynność porodową.

W każdym procesie leczniczym, obok zaangażowania lekarza, potrzebna jest też odrobina dobrej woli ze strony pacjenta. Tej w tym wypadku nie było. I dlatego była to również przyczyna, w wyniku której doszło do takiego, a nie innego

rozwiązania ciąży. Zdarzają się przypadki utrzymania przy życiu płodów z taką wagą urodzeniową (800 g), ale leżą one na pograniczu cudu. Wyjątkowym sukcesem było więc utrzymanie przy życiu płodu 800-gramowego przez okres dwóch tygodni. W tym momencie nasuwa się kolejne pytanie: kto pacjentkę poinformował o fakcie zgonu dziecka 20 minut po porodzie i dlaczego pacjentka przez okres dwóch tygodni nie usiłowała zobaczyć swego „martwego dziecka”. W trakcie pobytu rzekomo martwego dziecka w oddziale noworodkowym położna środowiskowa osobiście udała się do młodej matki i powiadomiła ją o konieczności pilnego zgłoszenia się do szpitala w celu pobrania od niej krwi do próby krzyżowej. Było to potrzebne do przetoczenia krwi dziecku.

Zastanawiający jest brak reakcji matki. Bezspornym faktem jest to, że mimo intensywnego leczenia dziecka w oddziale noworodkowym dziecko zmarło w dniu 29 października 1992. Nie przytaczamy w artykule sposobu leczenia noworodka ze względu na duży zakres i rozległość terapii.

Z naszej strony nasuwają się następujące pytania: Czym kierował się p. Inga w swej poprzedniej publikacji: czy troską o zdrowo pojęty interes pacjentki, czy też totalnym brakiem odpowiedzialności i etyki zawodowej za cenę jeszcze jednej źle pojętej sensacji?

Jedyne co pozostało po lekturze tekstu – to szalone rozgoryczenie środowiska medycznego i wielki niesmak. Pan Inga swymi korzeniami tkwi głęboko w epoce, która znalazła się na śmietniku historii. Antagonizowanie grup społecznych i szukanie kozłów ofiarnych wśród lekarzy, rzemieślników, prawników, odeszło w przeszłość lat temu kilka. Należy to sobie uświadomić, albo zmienić wykonywaną profesję. Jeżeli nadal będzie się kulturować stare postawy, to znów wrócimy do czasów pełnych rozkułaczenia, walki o handel, bądź ludową medycynę. Nie oczekujemy odpowiedzi p. Inga w następnym numerze „Trybuny Wałbrzyskiej”. Sprawę kierujemy na drogę sądową.

*Z poważaniem  
Dyrekcja Szpitala i Delegatura DIL  
w Świebodzicach*

**Trybuna  
Wałbrzyska**

Indeks 348066 CENA 2.000 Zł

80/115/1980 17 - 19.11.1992 r.

## Między życiem, a śmiercią

**Młoda matka wyszła ze szpitala zdruzgotana. Jej dziecko, jak ją poinformowano, zmarło 20 minut po porodzie. 13 dni później administracja szpitala w Świebodzicach zawiadomiła ją telegramem, że ma... "zgłosić się do szpitala w sprawie zgonu dziecka". Moje dziecko żyło, a ja nic nie wiedziałam...**

## BADANIA DIAGNOSTYCZNE W NIEMCZECH

Dr n. med. Marek Bolanowski  
Klinika Endokrynologii A.M.

Podczas niedawnego pobytu w Wiesbaden miałem możliwość poznania nowoczesnego centrum diagnostycznego – Deutsche Klinik für Diagnostik (DKD). Niemiecka Klinika Diagnostyki jest placówką specjalizującą się w badaniach szczególnie trudnych przypadków diagnostycznych, wykonuje kompleksowe badania profilaktyczne w grupach zagrożonych zwiększoną zachorowalnością oraz prowadzi lub tylko zapoczątkowuje specjalistyczne leczenie w określonych przypadkach.

Placówka zatrudnia około 80 wysoko kwalifikowanych lekarzy (w większości profesorów i docentów) z prawie wszystkich specjalności medycznych, obejmujących swoją opieką około 40 000 pacjentów rocznie. Klinika wyposażona jest w najnowocześniejszy sprzęt diagnostyczny: tomografy komputerowe, aparat do badania przy pomocy rezonansu magnetycznego, mammograf, angiografy, ultrasonografy i laboratoria. Kilka sal operacyjnych umożliwia wykonywanie zabiegów w dziedzinie chirurgii przewodu pokarmowego, urologii, proktologii, chirurgii plastycznej, ginekologii, okulistyki i laryngologii.

Dewizą DKD jest możliwość przeprowadzenia pełnego rozpoznania choroby, na miejscu, w ciągu dwóch dni. 90% pacjentów jest załatwianych w trybie ambulatoryjnym, do ich dyspozycji pozostaje hotel położony obok Kliniki. Pozostałe 10% wymagające dłuższego pobytu związanego z podjętym leczeniem ma możliwość przebywać w kilku oddziałach szpitalnych liczących łącznie 80 łózek.

Średni czas pobytu pacjenta hospitalizowanego nie przekracza 5 dni. Klinika dziennego pobytu dzieci umożliwia leczenie przewlekłe chorych dzieci w ciągu dnia (w obecności rodziców) i powrót na noc do domu rodzinnego.

Regułą jest, że pacjent jest kierowany do DKD przez swojego lekarza domowego celem wykonania określonego badania lub wyjaśnienia wątpliwości, ale istnieje także możliwość indywidualnego, osobistego zgłoszenia się chorego. Terminy przyjęcia są ustalane telefonicznie lub korespondencyjnie przez lekarza pełniącego dyżur w „Izbie Przyjęć” w zależności od pilności, ciężkiego stanu czy też możliwości technicznych Kliniki. 60% pacjentów stanowią pacjenci, których koszty badań i leczenia pokrywają towarzystwa ubezpieczeniowe, pozostali to tzw. pacjenci prywatni.

Ciekawa jest historia Kliniki. DKD powstała w 1970 r., wzorowana na Mayo Clinic w Rochester, USA. Początkowo DKD była w rękach prywatnych, przyjmowano tylko prywatnych pacjentów, DKD przynosiła straty. Po kilku latach DKD została przejęta (wraz z długami) przez władze lokalne, zmieniła się struktura przyjmowanych pacjentów. Pacjenci ubezpieczeni „pozwolili” poprawić stan finansowy Kliniki, później ponownie została sprywatyzowana, jej obecni właściciele utworzyli Fundację na rzecz Kliniki, działającą na zasadzie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.

W DKD badani są pacjenci z całego

świata. Bardzo liczną grupę stanowią pacjenci z Japonii i krajów Arabskich, diagnozowani przy okazji pobytu w Europie. Celem ułatwienia kontaktu z tymi pacjentami Klinika zatrudnia personel pochodzenia japońskiego i arabskiego, a w pokoju przyjęć jest wydzielone osobne okienko dla Arabów. Akwizycję pacjentów zagranicznych prowadzą przedstawicielstwa Lufthansy, pracownicy DKD przejmują gości na lotnisku we Frankfurcie i pilotują ich aż do zakończenia procesu diagnostycznego czy terapii.

Pacjent przyjęty do Kliniki zostaje przydzielony osobistemu lekarzowi, który po przeprowadzeniu wstępnego badania ustala harmonogram badań dodatkowych i konsultacji, uczestniczy w konsultacjach, analizuje wyniki, przedstawia je pacjentowi oraz następnie przekazuje pełną informację wraz ze wskazówkami terapeutycznymi lekarzowi domowemu lub innemu wskazanemu przez pacjenta.

Ponadto dwa razy w tygodniu na otwartych zebraniach, często z udziałem zaproszonych gości, odbywa się omawianie najciekawszych i najtrudniejszych przypadków oraz kształcenie podyplomowe.

Mając na uwadze fakt, że Wrocław i Wiesbaden są miastami partnerskimi i planowane jest podjęcie bliższej współpracy między środowiskami medycznymi obu miast, widzę możliwość odbywania kursów, wspólnych konferencji naukowych, wykładów i innych form współistnienia w dziedzinach ochrony zdrowia i kształcenia podyplomowego.

Nie jest także wykluczone, że znajdą się osoby, które będzie stać na pokrycie kosztów badań w DKD w przypadku zaistnienia takiej potrzeby.

### **I Spotkanie Polsko-Niemieckie Chirurgów Jelenia Góra – Würselen**

W dniach 22-25.10.1992 r. II Oddział Chirurgiczny Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Jeleniej Górze – Cieplicach gościł grupę chirurgów niemieckich ze



szpitala Marienhöhe Würselen wraz z jego Ordynatorem Prof. Dr. med. S. v. Bary.

Goście zapoznali się z warunkami pracy w naszym oddziale, uczestnicząc jednocześnie przy zabiegach operacyjnych.

W dniu 24.10.92 r. II Oddział Chirurgiczny Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Jeleniej Górze-Cieplicach zorganizował I spotkanie naukowe chirurgów polskich i niemieckich. Program spotkania obejmował następujące referaty:

MORBUS CROHN  
INFUZJA WSTECZNA W  
STOPIE CUKRZYCOWEJ I  
ZESPOLE POZAKRZEPYNYM  
POSTĘPY W LECZENIU  
ŻYŁAKÓW KOŃCZYN  
DOLNYCH  
KRIOCHIRURGIA  
AIDS W CHIRURGII

Miejscem spotkania był Dom Zdrojowy w parku Cieplickim. W spotkaniu wzięło udział około 100 lekarzy z województwa jeleniogórskiego oraz zaproszeni goście. Po części naukowej niemieccy koledzy zwiedzili miasto Jelenia Góra i jej okolice.

W kolejnym dniu pobytu goście udali się do Świebodzic, aby tam złożyć hołd słynnemu chirurgowi Mikuliczowi-Radeckiemu, którego grób znajduje się na tamtejszym cmentarzu.

P.S. Serdecznie dziękujemy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej za wsparcie finansowe w zorganizowaniu powyższego spotkania.

*Z poważaniem* ORDYNATOR  
II Oddziału Chirurgicznego Wojewódzkiego  
Szpitala Zespołowego Jeleniej Górze  
Dr hab. n. med. Michał Pelzer

Prezydium obrad sympozjum. Od lewej: doc. Pelzer, prof. S. v. Bary, prof. Bielawski, dr Bednorz, dr Jankiewicz



**Podczas sympozjum dużym zainteresowaniem lekarzy praktyków cieszyła się metoda perfuzji wstecznej. Poniżej drukujemy opis tej metody z nieznacznymi skrótami (pomijamy tabele). O szczegóły techniczne metody można zwrócić się do redakcji.**

# PERFUZJA WSTECZNA W ZESPOŁACH CHOROBY KOŃCZYN DOLNYCH

M. Pelzer, Zb. Markiewicz, M. Bednarski

Perfuzja wsteczna jest w naszym oddziale (II Oddział Chirurgiczny Woj. Szp. Zesp. w Jeleniej Górze) nową metodą leczenia schorzeń kończyn dolnych opornie reagujących na konwencjonalne metody leczenia zachowawczego. Technika ta polega na wykorzystaniu zasady wstecznej perfuzji końcowego przepływu (kapilar) systemu żylnego. Po raz pierwszy metoda ta została zastosowana do znieczulenia miejscowego w 1908 roku przez Biera. W początkowym okresie metodę stosowaliśmy do leczenia procesów zapalnych w stopie cukrzycowej, następnie poddaliśmy leczeniu owrzodzenia żyłkowe w przebiegu zespołów pozakrzepowych, powierzchowne zapalenie żył, owrzodzenia pourazowe i procesy zapalne w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych.

Główne założenia metody stosowanej przez Profesora (GAVINI-FERREIRA) z Brazylii polegało na tym, że przy iniekcji pewnej wystarczającej ilości roztworu i po osiągnięciu zamknięcia naczyń końcowych, następuje dyfuzja wsteczna tego roztworu przez system żylny do mikrokrażeń, stwarzając przez to możliwość dotarcia do końcowych tętniczek. Dodatkowo, jeżeli układ krwionośny pozostaje wystarczająco długo zamknięty, dochodzi do uwarunkowanej niedokrwieniem osobliwej przemiany materii, która ułatwia dyfuzję leków przez śródbłonek naczyń i pozwala podwyższyć ich koncentrację w przestrzeni okołonaczyniowej. Po przerwaniu zacisku naczyniowego i powrocie cyrkulacji, podane leki rozprowadzane są przez krwioobieg z taką samą szybkością jak przy iniekcji domięśniowej.

Po zabiegu pacjent otrzymywał 500000 j Aprotyminy (Trascolan) we wlewie dożylnym. Cykl leczniczy trwał około 10 dni, u niektórych kurację powtarzano po tygodniowej przerwie. Przy wygojeniu zmian przed upływem 10 dni zabieg przerywano. Po wypisaniu z oddziału pacjent otrzymywał preparat Agapurin.

W naszym oddziale tą metodą leczonych było 40 pacjentów; 24 kobiety i 16 mężczyzn. Najstarsza pacjentka miała 85 lat, natomiast najmłodsza 23 lata. Tolerancja zabiegów była bardzo zróżnicowana, część znosiła zabiegi bardzo dobrze, ale byli tacy, którym czas zabiegu trzeba było skrócić, a także zdarzały się przypadki, w których na prośbę pacjentów przerywano dalsze leczenie tą metodą.

Z przedstawianych na sympozjum tabel można wywnioskować, że pacjenci, u których jest już znaczne upośledzenie krążenia w kończynie, gorzej tolerują zabiegi, niejednokrotnie trzeba było zmniejszyć ilość zabiegów, oraz skrócić czas wykonywanego zabiegu ze względu na reakcję bólową. Najbardziej cierpieli chorzy z przewlekłym niedokrwieniem kończyny oraz pacjenci ze zmianami martwiczymi w przebiegu stopy cukrzycowej.

Najlepszy efekt uzyskaliśmy w przypadku 23 letniej pacjentki chorującej od 11 roku życia na cukrzycę insulinozależną. Od około roku rozpoczęły się dolegliwości bólowe kończyny dolnej, szczególnie stopy prawej z towarzyszącymi parezjami bez zmian troficznych.

Na dwa tygodnie przed przystąpieniem do leczenia wystąpił naciek zapalny palucha prawego schodzący na stopę, po uprzednim zadrapaniu. Po zastosowaniu sześciu dwudziestominutowych zabiegów, zmiany zapalne wycofały się bez śladu, natomiast dolegliwości ze strony kończyny ustąpiły całkowicie. Obecnie w dziesięć miesięcy po zastosowanym leczeniu pacjentka nie zgłasza dolegliwości bólowych.

Zdecydowaną większość leczonych stanowią pacjenci z zespołem pozakrzepowym, a w szczególności z otwartym owrzodzeniem. Efekt uzyskany przy zastosowaniu tej metody można uznać za dobry, przy czym u jednej z pacjentek uzyskaliśmy całkowite zabliznienie owrzodzenia, które obejmowało dalszą

połowę podudzia lewego na całym obwodzie. U pacjentów bez owrzodzenia uzyskaliśmy zmniejszenie dolegliwości bólowych, miękkość podudzia i zmniejszenie się obszaru przebarwień.

Bardzo dobre efekty uzyskaliśmy przy powierzchownym zapaleniu żył, gdzie praktycznie wyleczenie nastąpiło u wszystkich pacjentów przed ukończeniem cyklu 10 zabiegów.

Przy stopie cukrzycowej dobre efekty uzyskaliśmy u pacjentów bez zmian martwiczych, proces zapalny wycofywał się. W procesach ropowiczych wykonywaliśmy dodatkowo drenaż zbiorników ropnych.

Natomiast chorzy z zaawansowanym procesem martwiczym, stwierdzali bardzo dużą bolesność w trakcie zabiegów i efekt końcowy pozwalał na czasowe polepszenie stanu miejscowego, lecz po krótkiej przerwie dolegliwości i stan miejscowy przybierały postać pierwotną. Dwa ostatnie schorzenia tj. owrzodzenia pourazowe oraz zmiany zapalne w przewlekłym niedokrwieniu kończyny, ze względu na zbyt małą ilość pacjentów, nie pozwalają na wyciągnięcie jakichkolwiek miarodajnych wniosków. Trzej pacjenci poddani zabiegom stwierdzili subiektywną poprawę dolegliwości i zmniejszenie obrzęku kończyny. U pacjenta z niedokrwieniem znacznie przyspieszył się proces częściowej suchej demarkacji palucha, natomiast naciek zapalny schodzący na stopę ustąpił. Dolegliwości bólowe uległy zmniejszeniu.

Wyciągając wnioski z efektów leczniczych nowo zastosowanej metody należy stwierdzić, że jest to kolejna możliwość podjęcia próby leczenia tak uciążliwych dla pacjenta, jak i trudnych do efektywnego leczenia schorzeń.

Rozwijanie i propagowanie tej metody leczenia jest szansą dla pacjentów z przewlekłymi chorobami kończyn dolnych, których można uznać za zaniedbanych z powodu braku metody efektywnego leczenia.

# IMPRESJE AFRYKAŃSKIE

„Sanu Likita’ ... Witaj Doktorze!  
(w jęz. ludu Hausa)

**Autor wspomnień pt.  
Impresje afrykańskie, dr nauk  
med. Aleksander Białas,  
specjalista chirurg, ordynator  
oddziałów chirurgicznych  
szpitali w Kowarach, Jeleniej  
Górze, Cieplicach oraz w  
Lubinie – przez sześć lat  
przebywał wraz z żoną na  
kontrakcie w Nigerii.  
Prowadził 200 łóżkowy  
oddział chirurgiczny 44  
Centralnego Szpitala  
Wojskowego w Kadunie (700  
tys. mieszkańców) o pełnym  
profilu zabiegów  
specjalistycznych oraz dużą  
ilością konsultacji i leczenia  
ambulatoryjnego z dużego  
regionu Nigerii Centralnej.**

Z roku na rok wzrasta ilość osób wyjeżdżających na dłuższe pobyty w jakże odmiennych, ciężkich klimatycznie, tropikalnych warunkach krajów Afryki. Polskich specjalistów można spotkać w Libii, Nigerii, Algerii, Maroku, Ghanie i Nigrze, nie brak ich też w Sudanie, Zairze, Kamerunie i innych krajach afrykańskich.

Nasi lekarze, najczęściej doświadczeni specjaliści, cieszą się uznaniem i szacunkiem czarnych pacjentów i oficjalnych władz.

Wiadomości o tym ciekawym dla Europejczyka środowisku, jego specyfice i wielu zaskakujących w pracy sytuacjach można przekazać, choć fragmentarycznie – na zasadzie impresji, na przykładzie Nigerii, gdzie autor tego opracowania spędził kilka lat.

Życie w krajach tropikalnych, gdziekolwiek by nie było, jest życiem cyklicznym, kształtowanym przez okresy upałów i suszy oraz pory deszczowe. Nie wpływa to jednak w sposób istotny na organizację miejscowej służby zdrowia, olbrzymie rzesze pacjentów zgłaszają tu bowiem o

każdej porze roku potrzebę korzystania z lecznictwa podstawowego i specjalistycznego.

W strukturze organizacyjnej nigeryjskiej służby zdrowia wiodącą rolę odgrywa Federalne Ministerstwo Zdrowia oraz podległe mu Stanowe Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Ministry of Health and Social Welfare). Te ostatnie posiadają w swoim pionie specjalne jednostki, zajmujące się bezpośrednio lecznictwem (Health Management Board) – zarówno otwartym jak i zamkniętym.

Na obszarze Nigerii działa rozległa sieć prywatnych szpitali, szpitalików i klinik (tak są tam nazywane prywatne gabinety lekarskie), z których korzystać mogą – oczywiście za sutą opłatą – tylko bogaci pacjenci. Istnieją również szpitale kliniczne przy poszczególnych uniwersytetach (Teaching Hospitals), pojedyncze szpitale misyjne (na dość zadowalającym poziomie usług) i wreszcie lecznictwo resortowe (wojsko, kolej itp.).

Z uwagi na dość duży niedobór własnej kadry lekarskiej, zwłaszcza specjalistycznej, rząd Nigerii sprowadza rokrocznie większą ilość lekarzy z krajów pozaafrykańskich, co w znaczny sposób wspomaga miejscowe lecznictwo. Równoległe wielu lekarzy nigeryjskich zdobywa ostrogi specjalistyczne w takich krajach, jak Wielka Brytania, USA, RFN i – co z przyjemnością należy podkreślić –

również w Polsce. W wielu szpitalach spotkać można lekarzy nigeryjskich mówiących zupełnie poprawnie po polsku. Polska szkoła medyczna święci triumfy i cieszy się bardzo dobrą opinią w tym kraju.

Niedobory kadrowe wykorzystują różnego rodzaju pseudolekarze i miejscowi znachorzy, rozwijający swoje praktyki w sposób zastraszający, najczęściej oczywiście ze szkodą dla leczonych przez siebie pacjentów.

Lecznictwo otwarte dysponuje bazą praktycznie wyłącznie na terenie szpitali w tzw. OPD (Out Patient Department), gdzie różni specjaliści, a gdy ich brak, niejednokrotnie bardzo młodzi lekarze, przyjmują codziennie setki pacjentów. Nikogo tutaj nie dziwi, że w obliczu potrzeby laryngolog będzie się zajmował dla przykładu chorobami skóry, a pediatra – psychiatrią. A potrzebę taką stwarza tu samo życie, zdominowane warunkami środowiska. Zmusza to z kolei do pogłębiania wiedzy z zakresu nieraz bardzo krańcowych specjalności.

Duża sieć szpitali będących w gestii państwowej (General Hospitals), dość skromnie wyposażonych i cierpiących na chroniczny brak leków, materiałów opatrunkowych itp., przyjmuje codziennie 10-20 razy więcej pacjentów, niż wynika z obowiązujących norm. Spotyka się chorych, którzy przez wiele dni szli z dalekiego buszu w poszukiwaniu pomocy



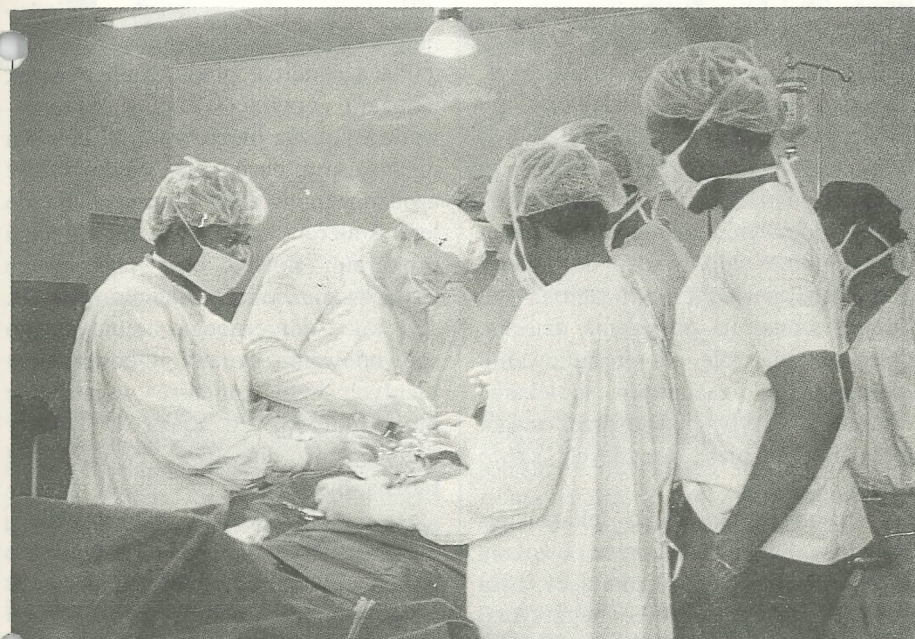
Autor wspomnień z tubylcami. Fot. A. Białas

lekarskiej. Jak można ich nie przyjąć? A ilu z nich nie doszło? Szpitale przypominają nieraz obozy warowne, obleżone przez pacjentów i ich rodziny w oczekiwaniu na swą kolejkę i łóżko.

Nietrudno sobie wyobrazić, w jak ciężkich warunkach pracuje wielu polskich lekarzy. System organizacyjny zezwala (teoretycznie) na tzw. krótką drogę z OPD na łóżko szpitalne, ale ta możliwość istnieje bardzo rzadko. Na prosty planowy zabieg operacyjny przepukliny pachwinowej chory oczekuje miesiącami, a nawet latami. Czasem już podłoga szpitalna jest równoznaczna z wymarżonym łóżem królewskim. Nie sposób też choć w kilku słowach nie wspomnieć o specyficznej psychice większości afrykańskich pacjentów. Są to ludzie na ogół bardzo cierpliwi, mało

spokoju żądany zabieg najczęściej wykonywano.

W przypadku awarii bądź braku klimatyzacji na sali operacyjnej biały chirurg musi nieraz wykonać kilkanaście operacji dziennie, a czekały go jeszcze następne dni, tygodnie i miesiące pracy w podobnych warunkach. Ludzie przyzwyczajeni do pracy w chłodzie lub zimnie z dużą trudnością wykonują ją w cieple. Często, zwłaszcza w okresie aklimatyzacji czyli w pierwszych tygodniach pobytu w Afryce, u wielu białych występują objawy wyczerpania cieplnego: pojawiają się skurczowe bóle brzucha, wymioty, zawroty głowy, bicie serca, duszności, bezsenność, zmniejszona potliwość, a nawet zapaść krążeniowa. Zespoły te sprawiają wiele kłopotów diagnostycznych i leczniczych, zwłaszcza dla



Na bloku operacyjnym. Fot. A. Białas

wybuchowi, bardzo wdzięczni za okazaną pomoc oraz wierzący bezgranicznie w wiedzę lekarzy (zwłaszcza białych). Przekonanie o magicznych właściwościach otrzymanego leku stwarza konieczność znacznego ograniczenia ilości przepisywanych specyfików, gdyż istnieje niebezpieczeństwo, że chory jednorazowo spożyje je w całości.

Typowy jest brak jakiegokolwiek obawy przed koniecznym lub mniej koniecznym zabiegiem operacyjnym, co jest ewenementem nie spotykanym w Europie. Autor był wielokrotnie nagabywany przez pacjentów, a szczególnie przez ich rodziny, co do konieczności natychmiastowego (w ich mniemaniu) zabiegu operacyjnego w przypadkach chronicznych o wieloletnim przebiegu. Z uwagi na przeciągające się „pertraktacje” na ten temat oraz dla zapewnienia sobie

lekarzy o mniejszym doświadczeniu. Nie wspominam już o nieraz bardzo nagłym zaburzeniu funkcji ustroju, jakim jest udar cieplny, który na szczęście dzięki bezpośredniej profilaktyce oraz uświadomieniu osób przebywających w warunkach dużego nasłonecznienia – nie jest tak częsty, jak by się można było spodziewać.

Autor niniejszej publikacji spotykał się w swojej codziennej pracy z wieloma chorobami, których nigdy przedtem nie miał okazji zobaczyć. Sprawiało to niejednokrotnie dużo kłopotów diagnostycznych i leczniczych. Koleżeństwo i serdeczność bardziej doświadczonych kolegów lekarzy oraz personelu umożliwiła jednak zdobycie niezbędnej wiedzy i praktyki, a w konsekwencji pozwoliła doznać wspaniałego uczucia, jakim jest możliwość wyleczenia chorego człowieka.

**Dolnośląska Izba  
Lekarska z siedzibą we  
Wrocławiu uprzejmie  
informuje  
o możliwości zamieszczenia  
w naszym Biuletynie  
Lekarskim informacji  
dotyczących:**

*leków  
przetworów galenowych  
preparatów ziołowych  
aparatury medycznej  
sprzętu ortopedycznego  
rehabilitacyjnego  
środków opatrunkowych  
komputerów  
konkursów na ordynatorów  
dyrektorów szpitali i wszelkich  
innych związanych  
z lecznictwem*

Biuletyn w swoim założeniu jest miesięcznikiem, a jego adresatem jest około 8000 lekarzy z województw: jeleniogórskiego, legnickiego, wałbrzyskiego, wrocławskiego.

**Aktualny  
cennik:**

ogłoszenia drobne – 6000 zł  
za słowo, ogłoszenia duże –  
10 000 zł za 1 cm<sup>2</sup> – w  
jednym kolorze wewnątrz  
numeru, 15 000 zł za 1 cm<sup>2</sup> –  
w dwu kolorach na stronach  
wewnętrznych okładki,  
18 000 zł za 1 cm<sup>2</sup> – w dwu  
kolorach na okładce  
zewnątrznej.

Zastrzegamy sobie prawo zmiany cen. Teksty ogłoszeń można składać i opłacać bezpośrednio w biurze Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, ul. Matejki 6 lub przysłać pocztą z załączonym dowodem przelania zapłaty za druk (w wysokości odpowiedniej do wielkości, rodzaju i miejsca usytuowania w piśmie, stosownie do życzenia klienta) na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

BGŻ O/Wrocław 893022-9537-2710

# Czy lekarz mógł rozpoznać ciążę?

Barbara Świątek

41-letnia kobieta stanęła w drzwiach gabinetu ginekologicznego szpitala wojewódzkiego. Lekarz przywitał ją słowami: ale się pani „spasła”, a słowa te uzasadnione były tuszą pacjentki. W wywiadzie pacjentka podała, że od wielu lat cierpi na zaburzenia hormonalne, ma cukrzycę, miesiączkuje nieregularnie, jest od wielu lat mężatką, ale mimo leczenia w ciążę nigdy nie zachodziła. Od około pół roku nie ma miesiączki a ostatnio zaczęła odczuwać, że coś się jej rusza w brzuchu. Do ginekologa skierował ją internista celem konsultacji.

Lekarz ginekolog – po zbadaniu fizykalnym – rozpoznał „ruchomy guz w jamie brzusznej” i uznał za konieczne wykonanie badania histopatologicznego wyskrobiny z jamy macicy. Bezwzględnie pobrał materiał do takich badań. W dokumentacji lekarskiej nie odnotował ani stanu narządu rodniczego kobiety ani też sposobu uzyskania materiału do badań i jego charakteru. Wyzначzył kobiecie termin kolejnej wizyty.

Kobieta wróciła do domu. Była sama, gdyż mąż wyjechał w podróż służbową. Po krótkotrwałej krzątaninie w mieszkaniu poczuła się dziwnie i stwierdziła, że z dróg rodnych wycieka jej jakiś płyn. Przerażona zawołała sąsiadkę. Ta – mająca doświadczenie położnicze – zrozumiała, że to poród i odchodzą wody płodowe. Wezwała karetkę Pogotowia Ratunkowego. Kobietę przewieziono na dyżurujący oddział położniczy, na którym urodziła syna. Dziecko urodziło się żywe, wykazywało cechy znacznej niedojrzałości, jego rozwój fizyczny odpowiadał około 6 miesiącowi ciąży. Mąż kobiety, po powrocie z delegacji

dowiedział się, że żona jest w szpitalu. W Izbie Przyjęć szpitala poinformowano go, że został ojcem. Uznał to co najmniej za kpinę, doszło do nieprzyjemnej wymiany zdań, w końcu już na oddziale musiał w to uwierzyć. Dziecko – mimo wysiłków lekarzy – po kilku dniach zmarło. Rodzice złożyli w Prokuraturze skargę na lekarza ginekologa, twierdząc w niej, że swym nieprawidłowym i nieodpowiedzialnym zachowaniem doprowadził do śmierci ich syna, niweczając tym samym ich jedyną szansę na posiadanie dziecka. Niebagatelną rolę w sformułowaniu skargi odegrało zachowanie się lekarza w trakcie wizyty i użyte przez niego, obraźliwe zdaniem skarżących, słowo „spasła”.

Ocena postępowania lekarza ginekologa, dokonywana przez powołany w tej sprawie Zespół Opiniujący, była niestety jednoznacznie negatywna. Lekarz nie próbował bowiem nawet ustalić, jaki to rodzaj „ruchomego guza” istniał w jamie brzusznej kobiety, która od około pół roku nie miesiączkowała, a była jeszcze w wieku prokreacyjnym. Chyba nawet o ciąży nie pomyślał, a zdaniem biegłych powinien był w pierwszym rzędzie ciążę wykluczyć, a dopiero potem przystąpić do dalszej diagnostyki „guza”. Samo osłuchiwanie brzucha, gdyby je w ogóle podjął – mogłoby nie doprowadzić do wysłuchania tętna płodu i byłoby to wytłumaczalne wobec tuszy pacjentki. Jednakże w warunkach szpitala wojewódzkiego były do przeprowadzenia inne metody, pozwalające na rozpoznanie 6-miesięcznej ciąży z żywym płodem. Nieprawidłowe postępowanie lekarskie stanowiło zatem zawiniony błąd lekarski diag-

nostyczny. A jakie, karalne skutki spowodował ten błąd?

Prokurator interesował się związkiem przyczynowym między nieprawidłowym postępowaniem lekarza a śmiercią płodu. Taki związek należało przyjąć. Zabieg przeprowadzony przez niego wywołał bowiem niewczesny poród, a niedojrzałość urodzonego dziecka doprowadziła do jego śmierci. Przy takiej interpretacji prokurator musiał brać pod uwagę zastosowanie w kwalifikacji czynu art. 152 k.k., dotyczącego nieumyślnego spowodowania śmierci. Obowiązkiem biegłych było jednakże wyjaśnienie prokuratorowi, że ciąża u kobiety należała do ciąż tzw. ryzyka. Nie można było zatem w sposób pewny przyjąć, że – gdyby nie błąd lekarski – ciąża została donoszona, a urodzone dziecko byłoby żywe, zdolne do życia poza łonem matki. Po takich wyjaśnieniach ostateczna kwalifikacja należała do przedstawicieli prawa. W praktyce raczej rzadko dochodzi w podobnych przypadkach do procesów sądowych. Niezależnie od kwalifikacji karnej czynu, zawiniony błąd lekarski popełniony jest zawsze z winy nieumyślnej. Zagrożenie karą takich czynów jest na tyle niskie, że podlegają one wszelkim amnestiom i abolicjom. Zazwyczaj więc sprawy takie są umarzane na podstawie np. amnestii – lekarz, gdy czuje się winny, może przyjąć to dobrodziejstwo, gdy natomiast czuje się niewinny może żądać dalszego postępowania i postawienia go przed Sądem. Takie przypadki zdarzają się – jeden z nich, w którym sama uczestniczyłam, skończył się skazaniem lekarza.

- Paweł Połonecki, jeden z najpopularniejszych polskich bioenergoterapeutów miał kiedyś następującą przygodę – uśiłował pomóc leżącej w szpitalu znajomej. Ordynator grzecznie lecz stanowczo wyprosił go z jej pokoju. Po cichu jednak włożył Połonieckiemu do fartucha kartkę o takiej treści: „Panie Pawle, proszę pomóc mojej żonie”. Czy ta historia nie obrazuje stosunku lekarzy do bioenergoterapeutów?

- Należy zacząć od tego, że nie wiemy czym właściwie jest bioenergoterapia. Przekazywanie bioenergii nie jest bowiem pojęciem naukowym. Do tej pory nie

Dlatego często stwierdzenie choroby przez bioterapeutę jest nieprawidłowe. Staramy się, aby medycyna była nauką, dlatego musi być naukowo sprawdzalna. Pracując z pacjentem musimy dokładnie wiedzieć, w jakim był stanie przed podjęciem leczenia, a w jakim po jego zakończeniu. Dlatego trzeba wykonać wiele badań. Wiele przypadków tak zwanych uzdrowień bioterapeutycznych dotyczy ludzi, którzy nie zostali zdiagnozowani, albo spotkali się z lekarzem, który postawił niewłaściwą diagnozę. Ludzie o tym nie wiedzą i rozprzezestrzeniają plotki, że uzdrowiciel jest cudotwórcą. Trzeba jednak przyznać,

- O tego typu współpracy mówi kodeks etyki lekarskiej. Takie postępowanie lekarza jest nieetyczne. Poza tym, jestem już od dwudziestu trzech lat lekarzem i jeszcze nie widziałem nikogo, kto zostałby wyleczony przez jakiegokolwiek bioenergoterapeutę. Może są koledzy, którzy znają takie przypadki, ale po analizie naukowej zawsze się okazuje, że postawiona przed leczeniem diagnoza była bardzo wątpliwa, a nawet błędna. Niektóre choroby cofają się zresztą bez leczenia. Na przykład stwardnienie rozsiane, na którym wielu szarlatanów zbiło majątek, należy do chorób wśród których zdarzają się samoistne remisje.

# LECZYĆ MOŻE TYLKO LEKARZ

Rozmowa z dr nauk med. WŁODZIMIERZEM BEDNORZEM, przewodniczącym Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

stwierdzono naukowo istnienia żadnych „fal”, żadnego nośnika energii, o którym mówią bioenergoterapeuci. Niewątpliwie jednak istnieją osoby, które potrafią korzystnie wpłynąć na psychikę innego człowieka. Tym zagadnieniem zajmuje się psychoterapia. Od wielu lat wiadomo, że lepszymi lekarzami wcale nie są ci, którzy mieli lepsze stopnie na dyplomie. Istnieje pewien obszar oddziaływania – którego nie udaje się ująć w ramy nauki – lekarza na pacjenta. Wiemy, że wpływ psychiki, stresu korzystnego i ujemnego na różne funkcje organizmu jest ogromny. Może dlatego ustalenie ram bioenergoterapii jest bardzo trudne. Leczyć zaś może tylko lekarz. W myśl ustawy o zawodzie lekarza, nie można oddać leczenia w ręce nielekarzy.

- Bioenergoterapeuci używają jednak formuły „uzdrawiam”, a nie „leczę”. Słowo „uzdrawiam” stawia ich nieco wyżej w hierarchii osób pomagającym innym.

- Oni używają tego terminu, aby nie podpaść pod ustawodawstwo karne. Zdają sobie doskonale sprawę z tego, że bezpieczniej jest mówić „uzdrawiam” niż „leczę”. Z tym, że jeżeli „uzdrawiam” to bardzo trudno jest określić z czego i za ile. Określenie rodzaju choroby wymaga dużego nakładu sił, badań i diagnostyki.

że często kontakt z kimś przyjaznym i sympatycznym, który ma czas dla pacjenta, może pomóc. Tu działa pewna magia. Pacjent inaczej się nastawia, gdy idzie do lekarza, a inaczej, gdy do bioenergoterapeuty. Trudno jest uchwycić naukowe ramy oddziaływania na tego pacjenta. Gdy przychodzi do porządnego, lśniącego czystością gabinetu lekarskiego to czuje się onieśmielony, natomiast gdy uda się do brudnego typu, który położy na nim ręce, to to zadziała. Od razu lepiej się czuje. Szalenie istotny jest tu element sugestii.

- Czy w takim razie państwo nie powinno ingerować w relacje pacjent – udrowiciel?

- Uważam, że to sprawa każdego pacjenta. Z drugiej strony, gdy chory już padnie, to i tak będzie go musiała leczyć służba zdrowia, i wyda się na niego więcej pieniędzy, niż gdyby leczył się od początku. Poza tym istnieje pewien porządek prawny, chory człowiek będzie pobierał rentę nie od bioterapeuty ... A, niestety, znam wiele przypadków, gdy pacjenci zrezygnowali całkowicie z leczenia konwencjonalnego, zdając się na łaskę i niełaskę bioterapeuty.

- Istnieją jednak zalegalizowane przychodnie bioterapeutyczne, współpracują z nimi nawet lekarze.

Dlatego nie ma obiektywnych kryteriów, co naprawdę pomaga. Chciałbym tylko, aby w każdym wypadku zostały wykorzystane wszystkie możliwości współczesnej medycyny.

- Czy w takim razie Izba Lekarska zamierza się w jakikolwiek sposób przeciwstawić rosnącej fali bioterapii?

- Jedynym sposobem przeciwstawienia się bioterapii jest postawienie medycyny na wyższym poziomie. Izba Lekarska powinna dbać o to, aby lekarz wykonywał swój zawód we właściwych warunkach i za godziwe pieniądze. Po drugie powinna też wskazywać społeczeństwu zagrożenia wynikające z niewłaściwego leczenia. Dzisiaj przecież bioterapeutą może być każdy. Wystarczy zgłosić działalność gospodarczą. Znam kilka osób, które odkryły w sobie nagle zdolności bioterapeutyczne, ponieważ chciały sobie postawić domek. Gdybym ja się lekko przebrał, podretuszował, zdjął krawat i marynarkę, pojechał na drugi koniec Polski i podał się za bioterapeutę, to zapewniam, że miałbym znakomite wejście. Wydaje mi się, że mam dobre podejście do ludzi i zrobiłbym na tym lepszy interes niż przy leczeniu naukowym.

## Sejmowa Komisja Zdrowia na fotelu stomatologicznym

04.11.92 r. odbyło się spotkanie Sejmowej Komisji Zdrowia RP z przedstawicielami Naczelnej Rady Lekarskiej. W wyniku tej rozmowy uzgodniono wiele wspólnych stanowisk, które Komisja Sejmowa przedstawi Rządowi do załatwienia w postaci „dezyderatów”.

Sejmowa Komisja Zdrowia zaniepokojona jest pogarszającą się opieką stomatologiczną w sektorze publicznym, wzrastającymi trudnościami w uzyskiwaniu świadczeń stomatologicznych szczególnie w środowisku dzieci i młodzieży. Samorząd lekarski zwraca uwagę na trudności, jakie napotykają lekarze stomatolodzy zatrudnieni w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w wykonywaniu zawodu.

**Uważamy za konieczne:** Powołanie przez MZiOS zespołu roboczego z udziałem przedstawicieli lekarzy stomatologów reprezentantów samorządu lekarskiego oraz Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

**Zespół ten powinien:** – określić cele strategiczne i przedstawić propozycje modelu funkcjonowania opieki stomatologicznej w ramach proponowanych zmian organizacyjnych opieki zdrowotnej w Polsce – określić w przedstawionej propozycji rolę państwa, samorządu terytorialnego, jak i sposób realizacji

zadań przez publiczne ZOZ, przychodnie prywatne, prywatnie praktykujących lekarzy oraz pracowni stomatologiczne (protetyczne).

Niezbędne jest rzeczywiste zrównanie sektorów publicznego i prywatnego także w zakresie kształcenia podyplomowego w tym specjalizacji i orzecznictwa lekarskiego. Niezbędne jest pilne prawne uregulowanie możliwości zawierania kontraktów między dysponentem środków publicznych (wojewoda, burmistrz, wójt), a wykonawcą. Do zawierania umów kontraktowych niezbędne jest uwzględnienie systemu wartościowania pracy lek. stom. (projekt taki ma Komisja Stomatologiczna NRL) oraz określenie faktycznych kosztów świadczeń stomatologicznych. Ustalenie zakresu stomatologicznych świadczeń gwarantowanych przez państwo wymaga wydzielenia w budżecie środków finansowych na te świadczenia. Min. Zdrowia i Opieki Społecznej w uzgodnieniu z NRL winno dokonać pełnego rozpoznania dotyczącego zatrudnienia lekarzy stomatologów we wszystkich sektorach w Polsce.

Analiza powinna objąć również liczby absolwentów Oddziałów Stomatologicznych i określić wskaźnik zatrudnienia lek. stom. co najmniej do 2010 r. z uwzględnieniem sytuacji epidemiologicznej i rzeczywistych potrzeb profilaktyczno-leczniczych. MZiOS powinno dokonać przeglądu aktów prawnych dotyczących opieki stomat. w tym dot. warunków BHP w poradniach w

pracowniach stomatologicznych (protetycznych), a w rozporządzeniu do Ustawy o ZOZ uwzględnić sprawy dotyczące opieki stomatologicznej.

Należy również rozważyć propozycje samorządu lekarskiego dotyczące wzmocnienia pozycji opieki stomatologicznej w strukturze administracyjnej MZiOS oraz umożliwić przeznaczenie na place wykonawców części środków finansowych pozyskiwanych przez tych wykonawców na tzw. konta specjalne (ustawa budżetowa).

Sejmowa Komisja Zdrowia podziela przedstawione stanowisko samorządu lekarskiego dot. staży podyplomowych lekarzy stomatologów. Proponuje się zobowiązać Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, aby w trybie pilnym przekazał swoje uprawnienia wynikające z Rozp. Prezydenta RP w sprawie praktyki lek. dentyst. z 1927 r. Lekarzom Wojewódzkim, którzy w uzgodnieniu z O. ustalili wykaz zakładów, w których lekarze stom. będą mogli odbywać staże na obszarze województwa.

Równocześnie uważa się za celowe, by w budżecie MZiOS na 1993 r. wydzielić środki finansowe dla lekarzy stażystów i lekarzy stom. stażystów.

Proponowano także, aby w razie ustalenia etatów specjalizacyjnych wydzielić 400 etatów specjalizacyjnych w Polsce dla lekarzy stomatologów.

Ryszard Łopuch

## II Sympozjum Promocyjne GLP – Diagnostyka Laboratoryjna

7 października br. na terenie Wojewódzkiego Szpitala w Budowie (Jelenia Góra, ul. Ogińskiego 6) z inicjatywy Polfa Jelenia Góra S.A. i Wojewódzkiego Szpitala w Budowie odbyło się II Sympozjum Promocyjne „GLP – Diagnostyka Laboratoryjna”.

W sympozjum uczestniczyli diagnostycy z woj. jędrzejowskiego, włobzyskiego, jeleniogórskiego: kierownicy laboratoriów mikrobiologicznych Polfa z całego kraju, dyrektorzy d/s lecznictwa woj. jeleniogórskiego, dyrektorzy jednostek służby zdrowia woj. jeleniogórskiego.

Uczestniczyli również zaproszeni goście: Prof. K. Hrynczewicz – Kier. Katedry i Zakł. Mikrobiologii AM Wrocław, Prof. W. Parnowska – Kier. Zakł. Mikrobiol. Farmaceut. Instytutu Leków, Prof. J. Barancewicz – Kier. Nauk. Ośrodka Medycyny Społecznej, mgr M. Lach – wojewódzki inspektor

farmaceutyczny, lek. stom. Aldona Białas – Izby Lekarskie, lek. med. R. Jankiewicz – lekarz wojewódzki.

Swoją obecnością sympozjum zaszczylicili przedstawiciele władz wojewódzkich z wojewodą jeleniogórskim – J. Nalichowskim i przewodniczącym sejmiku samorządowego gmin woj. jeleniogórskiego – A. Jeżowskim.

Sesja „A” „Dobra Praktyka Laboratoryjna” to 3 referaty:

Referat programowy GLP – Andrzej Wieczorek, Kierownik Kontroli Jakości firmy BRAUN AG – Berlin;

„Kontrola Higieny Personelu i Pomieszczeń Jałowych” – mgr Henryk Madej, specjalista mikrobiolog – Polfa Jelenia Góra S.A.;

„Integracja badań mikrobiologicznych w woj. jeleniogórskim” – mgr Anna Bliźniuk – Kierownik Laboratorium Serologiczno-Bakteriologicznego WSZ, mgr Sławomir Matkowski – Kierownik pracowni mikologicznej Szpital. Woj. W Budowie.

W sesji promocyjnej „B” –

„Diagnostyka Laboratoryjna” z krótkimi wystąpieniami promocyjnymi i ekspozycją wystaw wystąpili przedstawiciele firm uczestniczących w sympozjum: bio Merieux Polska Ltd, SARSTED KO-MED-LAB, AOUA-MED, CEBO, ANALCO-GBG, ALEXIM, WELLCOME, Dom Handlowy Nauki PAN, ABBOTT, Fundacja Rozwoju Nauki Polskiej

Uczestniczące firmy organizowały stoiska reklamowe w tym również Polfa Jelenia Góra S.A. oraz Jeleniogórskie Zakłady Optyczne. Sponsorami imprezy oprócz w.wym. byli również Centur Karkonosze oraz EVA-POST.

Duża liczba uczestników (150) świadczyła o wielkim zainteresowaniu tematyką organizowanego drugiego już z kolei sympozjum.

Należy spodziewać się, że III Sympozjum Promocyjne odbędzie się wiosną następnego roku.

Za organizatorów  
Specjalista Bakteriolog  
mgr Henryk Madej

# L LISTY

Dolnośląska Rada Lekarska skierowała do Lekarza Wojewódzkiego we Wrocławiu pismo, w którym stwierdza, że w związku z powstaniem Wydziału Szkolenia Podyplomowego AM we Wrocławiu, a w konsekwencji planami rozwiązania WODKM, uważamy za konieczne przejęcie przez DIL pełnego nadzoru w kwestii prawidłowego przebiegu i ukończenia specjalizacji a także współdziałania w nadawaniu odpowiedniego tytułu lekarzom we wszystkich dziedzinach medycyny, nie umniejszając w najmniejszym stopniu dotychczasowych uprawnień Lekarza Wojewódzkiego.

Zródłem informacji o potrzebach województwa, co do poszczególnych specjalistów, powinien być nadal Lekarz Wojewódzki, w oparciu o opinię konsultantów różnych dziedzin medycyny.

W związku z powyższym, należałoby przy przejmowaniu WODKM, zapewnić środki finansowe przez Lekarza Wojewódzkiego na trzy etaty i przejąć do DIL zatrudnionych tam trzech pracowników posiadających duże doświadczenie w prowadzeniu dokumentacji lekarzy specjalizujących się oraz zgłaszania, tym razem do Wydziału Szkolenia Podyplomowego, zapotrzebowania na kursy niezbędne dla właściwego przebiegu szkolenia specjalizacyjnego.



Polanica Zdrój 1992.06.28

Pan dr W. Bednorz  
Dolnośląska Izba Lekarska

My, lekarze Szpitala Chirurgii Plastycznej chcemy stanowczo zaprotestować przeciwko artykulowi p.t. „Twarze do wymiany”, jaki wydrukowano w Tygodniku „Wprost” z dnia 21.06.1992 r.

Artykuł ten obliczony na efekt zdyskredytowania profesora Kazimierza Kobusa, niszczy przede wszystkim „atmosferę pracy” i dobrą opinię jedyne w Polsce Szpitala Chirurgii Plastycznej, na którą cały zespół pod jego kierownictwem pracuje od szesnastu lat. Szereg insynuacji i przekłamań artykułu, choćby w postaci perfidnych sugestii podkreślonych tłustym drukiem, należy

natychmiast wyjaśnić i sprostować:

1. Jak można w obecnych czasach, gdy tylu biednych ludzi czeka, licząc na pomoc tego Szpitala pisać, że trzeba „dać”, aby dostać się w najlepszą rękę, a operacja kosztuje 500 do 2000\$, skoro setki operowanych tu osób stać było ledwie na zapłacenie biletu kolejowego ... To ma być ta jedna z dwóch „żył złota”, które ma miasto? W dolarach płacili na konto Ministerstwa Zdrowia tylko pacjenci zagraniczni, zgodnie z obowiązującym cennikiem.

2. Co do siedmioletniej kolejki oczekiwania na zabieg, to nie ulega wątpliwości, że doszło do absurdu sytuacji, którą miał rozwiązać nowo budowany szpital z niespełna 240 łózkami chirurgii plastycznej i 8 salami operacyjnymi, zamiast dotychczasowych 75 łóżek i 3 sal operacyjnych. Inicjatywę budowy nowego szpitala i trud zabiegów o jego realizację podjął nie kto inny, a właśnie prof. Kazimierz Kobus w 1981 r., czyli na długo przed tym, kiedy w Polanicy pojawiły się osoby „z wizją budowy nowego obiektu”. Wyśliki Profesora zostały uwieńczone sukcesem w postaci rozpoczęcia budowy.

Z konieczności opracowano zasady przyjmowania pacjentów w terminach pilnych i normalnym trybie oczekiwania:

Bez kolejki przyjmowane są przypadki:

- świeżych urazów (rozległe oparzenia, rany ręki i twarzy),

- wady rozszczepowe (które muszą być operowane w ściśle określonym okresie życia),

- wady czaszkowo-twarzowe (będące szczególnie ciężkimi zniekształceniami, wymagającymi często wieloetapowego leczenia),

- złożone wady rozwojowe rąk,

- nowotwory złośliwe,

- odleżyny i rany ziarninujące oraz przewlekłe owrzodzenia,

- wyjątkowo ciężkie deformacje ograniczające życiowo ważne funkcje organizmu.

Dobra opinia i chęć leczenia się w naszym szpitalu powoduje, że co roku rośnie liczba zgłaszających się, w tym uprawnionych do leczenia bezkolejkowego. Przy ograniczonych możliwościach bloku operacyjnego, w którym i tak operowanych jest około 1800 pacjentów rocznie, okres oczekiwania musi się wydłużać. Co tu więc „ma nie grać”, jak sugeruje reporterka?!

3. Zgodnie z obowiązującymi przepisami zabiegi kosmetyczne są odpłatne i od tego typu pacjentów pobiera się pełne opłaty za pobyt w szpitalu, a kwoty przekazywane na szpital nie przekraczają 2-3 mln zł. Jednak zawsze stanowiły one znikomy procent przeprowadzanych operacji.

Od lutego br. zabiegi te wykonywane są również w ramach Fundacji Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej. Operacje przeprowadza się po godzinach normalnej pracy i biorą w nich udział wszyscy zatrudnieni na bloku operacyjnym (tj. lekarze, pielęgniarki i salowe). Taka forma organizacyjna pozwala na wykorzystanie bloku operacyjnego w godzinach wieczornych, a jednocześnie daje dodatkowe zatrudnienie i możliwość dorobienia do skromnych pensji szpitalnych. Pacjenci Fundacji są leczeni w systemie ambulatoryjnym i tylko część z nich przebywa w szpitalu 1-3 dni. Nie ograniczają oni dostępu „państwowych pacjentów” do łóżek szpitalnych, gdyż chorzy operowani poprzez Fundację są umawiani w okresach, w których ze względu na ograniczone możliwości bloku operacyjnego istnieją wolne łóżka. Dla zobrazowania skali problemu można dodać, że w ciągu 5 miesięcy wykonano około 30 zabiegów, co odpowiada 3 dniom operacyjnym w szpitalu.

4. Fundacja Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej podejmuje działania mające na celu wszechstronny rozwój tej dziedziny medycyny wraz z utrzymaniem i rozbudową jej bazy materialnej. Podobnie do wielu innych fundacji jest formą wsparcia szpitala, a nie „mafią” jak chce to widzieć inż. Tymeński. Należy się cieszyć, że w ramach fundacji chcą bezinteresownie funkcjonować osoby ze sfery biznesu.

5. „Feudalna struktura”, to jak na razie wszędzie, w Polsce i na świecie stosowany układ, w którym dyrektor – ordynator odpowiada jednoosobowo prawnie i moralnie za zdrowie i życie pacjentów. Nie jest to więc wynalazek specjalnie stworzony przez pana Profesora w Polanicy, a wypróbowany, sprawnie działający system organizacyjny. Inną sprawą jest, że każdy szef ma swoją osobowość i nie zawsze „aksamitny” sposób bycia. Nie da się jednak zaprzeczyć, że zespoły w wiodących ośrodkach różnych specjalności tylko w tym systemie organizacyjnym, przy fanatycznej pracy uzyskują pozycję i wyniki. W polanickim szpitalu jest tak samo.

6. Rotację lekarzy da się łatwo uzasadnić, chociaż jej skala jest dużo mniejsza niż przedstawia to „anonimowy chirurg polanicki”. Fakt, że przyjeżdżają tu młodzi, ambitni i zdolni ludzie, świadczy sam za siebie. Cenią oni wynoszoną stąd wiedzę i doświadczenie, z czego wielu przez długie lata korzysta.

Niektórzy z nich z góry zakładają okresowy pobyt, wybierając ten a nie inny ośrodek chirurgii plastycznej w celu odbycia stażu specjalistycznego. Jeszcze inni trafiają tutaj na zasadzie czasowego

oddelegowania jako stażyści. Nie da się zaprzeczyć, że niektórzy po kilku latach forsownej pracy, dojazdów do rodziny i mieszkania w prymitywnych warunkach baraku hotelowego, wyczerpują swój potencjał „zauroczenia chirurgią plastyczną” i odchodzą. Wyjątkowo zdarzały się odejścia w atmosferze skandalu, w niewybrednym stylu.

7. Były zastępca dyrektora do spraw technicznych i inwestycji inż. Tymeński, jakkolwiek „zapalił się do budowy szpitala – wizytówki polskiej chirurgii plastycznej”, to przez minione trzy lata zatrudnienia w praktyce nie zaznaczył tej swojej postawy odnośnie budowy. Po to właśnie był zatrudniony, aby „walczył o budowę”. Jeżeli „od ponad roku zajmował się niemal wyłącznie udowadnianiem nadużyć na placu budowy” i niczego nie udowodnił, świadczy to o braku skuteczności działania.

To, że „dzisiaj całą energię wkłada w udowodnienie, iż budowa jest konieczna”, jest działaniem niepotrzebnym, gdyż o tym przekonani są wszyscy. Miał też wprowadzić program komputeryzacji przyjęć, dokumentacji leczenia i ewidencji pacjentów. Komputery były zakupione dwa lata przed jego przyjściem, a asystenci na zlecenie Profesora opracowali założenia medyczne.

Rejestrację i dokumentację pacjentów konwencjonalną metodą zawsze prowadził sekretariat i wersja komputerowa, na pewno wygodniejsza i szybsza, nie wywołałaby żadnej „burzy”.

Przez dyskrecję nie mówimy, jaka „wizja zastępcy d/s inwestycji zwała nam się w gruzy”, ale na pewno stanowczo protestujemy, aby ten Pan za pośrednictwem „Wprost” obalął „wizję lekarza o czystych rękach”.

13 podpisów Lekarzy Szpitala Chirurgii  
Plastycznej w Polanicy Zdroju



Sz. Pan  
dr Włodzimierz Bednorz

W związku z artykułem „Zawieszane kursy” wydrukowanym w Biuletynie nr 9 z września br., uprzejmie proszę o przyjęcie wyrazów gorącego poparcia dla przedstawionych postulatów dotyczących konkursów na ordynatorów.

Pomysł na konkurs pielęgniarki oddziałowej jest zupełnie niedorzeczny.

Nie wyobrażam sobie pielęgniarki oddziałowej nie akceptowanej przez ordynatora.

Przedstawiciele związków zawodowych niezależnie od ich liczby, powinni posiadać jeden głos (po uzgodnieniu między sobą). Wyrażam obawę, że w obecnej sytuacji ordynatorzy mogą być wybierani niekiedy na zasadzie układów znajomościowych, a nie w oparciu o rzeczywiste wartości zawodowe.

Od dawna postuluję, by o członkostwie w komisji konkursowej decydowały wyłącznie Towarzystwa Naukowe różnych specjalności medycznych.

Z wyrazami poparcia i szacunku  
Prof. Konstanty Tukallo  
Senator RP



Dolnośląska Izba Lekarska  
we Wrocławiu

Dziękuję za przesłane wydawnictwa Waszej Izby Lekarskiej. Będą one przydatne w mojej pracy parlamentarnej.

Z wyrazami szacunku  
Bolesław Szudejko  
Senator Rzeczypospolitej  
Polskiej



Z Naczelnej Rady Lekarskiej otrzymaliśmy 2 pisma Z.U.S. w sprawie szczegółowych zasad zawieszania lub zmniejszania emerytury i renty w odniesieniu do osób wykonujących prywatną praktykę lekarską:

1. W nawiązaniu do pisma z dnia 2.07.1992 r., znak: SE-11-751-13/92 oraz w związku z opublikowaniem tego pisma w „Gazecie Lekarskiej” z września 1992 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych – Departament Emerytur i Rent uprzejmie informuje:

Z dniem 6 sierpnia 1992 r., tj. z dniem ogłoszenia, weszły w życie przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 22 lipca 1992 r. w sprawie szczegółowych zasad zawieszania lub zmniejszania emerytury i renty (Dz.U. Nr 58, poz. 290).

Zgodnie z w/wym. rozporządzeniem – do ustalenia kwoty mającej wpływ na zmniejszenie lub zawieszenie emerytury i renty dochód osiągną z dwóch lub więcej tytułów sumuje się.

W przypadku lekarza-emeryta (rencisty), wykonującego pracę na podstawie umowy o pracę oraz prowadzącego równocześnie prywatną praktykę lekarską należy sumować

wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia oraz dochód z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej, jaką jest prowadzenie prywatnej praktyki lekarskiej.

W związku z tym uzgodnione wcześniej z Ministerstwem Pracy i Polityki Socjalnej stanowisko Zakładu, wyrażone w piśmie z dnia 2.07.1992 r., musiało ulec zmianie.

Departament przekazuje w załączeniu kopię pisma zmieniającego stanowisko i jednocześnie uprzejmie przeprasza za opóźnienia w przekazaniu tych wyjaśnień.

2. W związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 22 lipca 1992 r. w sprawie szczegółowych zasad zawieszania lub zmniejszania emerytury i renty (Dz.U. Nr 58, poz. 290) Zakład Ubezpieczeń Społecznych – Departament Emerytur i Rent anuluje dwa ostatnie zdania pisma z dnia 2.07.1992 r., znak: SE-11-751-9/92 dot. stosowania art. 24 ustawy z dnia 17.10.1991 r. o rewaloryzacji emerytur i rent ..., w odniesieniu do osób wykonujących prywatną praktykę lekarską i jednocześnie wyjaśnia, co następuje. Zgodnie z w/wym. rozporządzeniem – do ustalenia kwoty mającej wpływ na zawieszenie lub zmniejszenie emerytury i renty dochód osiągną z dwóch lub więcej tytułów sumuje się.

W przypadku lekarza emeryta (rencisty) należy zatem sumować wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia wykonywanego w ramach stosunku pracy oraz dochód z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej, jaką jest prowadzenie prywatnej praktyki lekarskiej.

Wicedyrektor Departamentu



## LEKARZE – CUDZOZIEMCY

Aktualnie obowiązujące prawo przewiduje, że:

1. lekarz może wykonywać zawód na terenie RP wyłącznie wówczas, gdy posiada prawo wykonywania zawodu lekarza,

2. lekarz-cudzoziemiec (tak ze wschodu jak i z zachodu, północy i południa) może otrzymać takie prawo od Ministra Zdrowia i Opieki Socjalnej po uzyskaniu pozytywnych opinii z Okręgowej Izby Lekarskiej i Naczelnej Izby Lekarskiej,

3. zgodnie z „Kodeksem etyki lekarskiej” lekarz nie może współdziałać z szarlatanami różnej maści.

DIL zwróciła się do Rejonowego Biura Pracy i do burmistrzów o szczególnie



wnikliwe wydawanie zezwoleń na pracę lekarzom cudzoziemcom wg zasad wymienionych powyżej.

NIL zwróciła się do Ministra Spraw Zagranicznych z następującym pismem:

Warszawa, 1992.07.10

Pan  
Krzysztof Skubiszewski  
Minister  
Spraw Zagranicznych  
Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

Pragnę Pana uprzejmie poinformować, że Naczelna Rada Lekarska stwierdziła, iż poziom przygotowania zawodowego lekarzy – absolwentów szeregu uczelni medycznych działających na terenie państw – sygnatariuszy Konwencji o wzajemnym uznawaniu równoważności dokumentów ukończenia szkół średnich, szkół średnich zawodowych i szkół wyższych, a także dokumentów o nadawaniu stopni naukowych i tytułów naukowych sporządzonej w Pradze dnia 7 czerwca 1972 r. (Dz.U. Nr 5 z 1975 r., poz. 28 i 29) jest znacznie niższy niż poziom przygotowania zawodowego lekarzy, absolwentów polskich uczelni medycznych.

Mając to na uwadze, Naczelna Rada Lekarska przyłącza się do stanowiska Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego z dnia 23 kwietnia 1992 r. dotyczącego cudzoziemców lekarzy i lekarzy dentystów starających się o prawo wykonywania zawodu w Polsce, w którym Rada Główna Szkolnictwa wyraziła opinię o konieczności renowacji Konwencji Praskiej z dnia 7 czerwca 1972 r.

Naczelna Rada Lekarska będzie zobowiązana za informacje o stanowisku Pana Ministra w tej sprawie.

Łączę wyrazy szacunku  
WICEPREZES

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
dr Bożena Pietrzykowska

## WSPOMNIENIE POŚMIERTNE

Dnia 29.08.1992 r. zmarł nagle nasz starszy kolega, dr Kazimierz MAJDOWSKI, były ordynator oddziału Wewnętrznego A szpitala w Kłodzku. Pogarszające się zdrowie i ciężar lat sprawił, że przebywał na emeryturze od kilku lat.

Dr Kazimierz MAJDOWSKI rozpoczął pracę w Kłodzku 1.11.1952 r. po ukończeniu studiów medycznych we Wrocławiu. Od kwietnia 1956 r. aż do przejścia na emeryturę w 1987 r. pełnił funkcję ordynatora oddziału wewnętrznego A Szpitala Rejonowego w Kłodzku.

Jego praca wyróżniona była odznaczeniami państwowymi, resortowymi i regionalnymi. Kolega Kazimierz MAJDOWSKI należał do grona lekarzy z prawdziwego powołania. Swoją postawą wobec chorego człowieka dawał zawsze wspaniałą ocenę zawodu lekarskiego. Chory stanowił dla Niego najwyższe dobro a miejsce pracy drugi dom, w którym każdy potrzebujący mógł znaleźć pomoc i ulgę w chorobie.

Nieodżałowanej pamięci dr Kazimierz MAJDOWSKI był wielkim lekarzem, posiadał dużą wiedzę i wieloletnią praktykę. Wiadomości swoje rozdawał hojnie kształconym przez siebie asystentom. Wykształcił duże grono specjalistów I i II. Pracę w oddziale łączył z pełnieniem funkcji kierowniczych w szpitalu. Przez wiele lat był z-cą dyrektora szpitala.

Odszedł człowiek dużego wymiaru, którego pozostawimy w swojej pamięci jako wzór do naśladowania w naszej odpowiedzialnej pracy i posłannictwie względem chorego człowieka.

Pamiętać będziemy, ażeby tak jak On nieść choremu pomoc z sercem na dłoni.

KOŁO ZIEMI KŁODZKIEJ DŁ  
P. Radzikowska

## Terminy dyżurów członków Prezydium i spotkań komisji problemowych

### Poniedziałek

R. Łopuch 12.00 – 13.30  
B. Bruziewicz-Miklaszewska 13.00 – 15.00

### Wtorek

A. Szmida 13.00 – 15.00  
J. Kasprzak-Wójtowicz 13.00 – 15.00  
W. Bednorz 13.00 – 15.00  
M. Myśków 13.00 – 15.00

### Środa

Z. Plamieniak 13.00 – 15.00

### Czwartek

W. Iwanowski 10.00 – 11.00  
R. Łopuch 13.00 – 14.00  
M. Jagas 14.00 – 15.00  
L. Czarnecki 14.00 – 15.00  
R. Maj 10.00 – 11.00  
J. Piekarski 10.00 – 14.00

### Piątek

T. Bujko 11.30 – 13.30

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności

Zawodowej – T. Heimrath  
czwartek 12.00 – 13.00

Przewodniczący Dolnośląskiego Sądu Lekarskiego

L. Żynda  
Środa 14.00 – 15.00

Przewodniczący Komisji Skarg i Wniosków

M. Przesalski  
Poniedziałek 14.30 – 15.00

## Spotkania Komisji problemowych i zespołów

1. Komisja Legislacyjna  
każdy parzysty wtorek miesiąca 13.00 – 15.00
2. Komisja Kształcenia  
pierwszy piątek miesiąca 13.00 – 15.00
3. Komisja Współpracy z Zagranicą  
trzeci piątek miesiąca 13.00 – 15.00
4. Komisja Etyki i Komisja Skarg i Wniosków  
pierwszy piątek miesiąca 13.30 – 15.00
5. Komisja Socjalna  
trzeci piątek miesiąca 13.00 – 15.00
6. Komisja Placy i Warunków Pracy  
pierwszy wtorek miesiąca 12.00 – 14.00
7. Zespół ds. Prywatnych  
Praktyk Lekarskich  
pierwszy wtorek miesiąca 13.30 – 15.00
8. Zespół ds. Przyznawania Prawa Wykonywania  
Zawodu Cudzoziemcom  
czwartek raz w miesiącu 10.00 – 11.00
9. Komisja Stomatologiczna  
pierwszy wtorek miesiąca 12.30 – 13.30

## Dyżury członków

### Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej

w każdy czwartek 13.00 – 14.00  
Zarząd Kasy  
w każdą roboczą sobotę 13.00 – 14.00  
Wpłaty i deklaracje do Kasy  
przyjmowane są  
we wtorki i czwartki 11.00 – 13.00

## DELEGATURY DŁ

### Wałbrzyska

Adres biura: Al. Wyzwolenia 22, 58-300  
Wałbrzych  
Telefon: 248-38  
Przew.: Jan Adamus

### Jeleniogórska

Adres biura: ul. Sobieszowska 8, 58-500

Jelenia Góra-Cieplice

Telefon: 520-41

Przew.: Aldona Białas

### Legnicka

Adres biura: Pl. Słowiński 1 Szpital, ul.  
Murarska 5  
Telefon: 59-220 Legnica  
662-03 221-01  
Przew.: Jerzy Paluch

WYDAWCA: DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA 50-333 Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 22-50-56, 22-50-57. Konto BGŻ Wrocław 893022-9537-2710.

Komitet redakcyjny: W. Bednorz – redaktor naczelny, K. Pajdzik, J. Piekarski, A. Wojnar – z-ca red. nac. Zdjęcia: Paweł Golusik.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania materiałów oraz zmian w tytułach. Numer zamknięto 26.11.92 r.

Opracowanie graficzne i projekt winiety: Piotr Kawecki.

Skład komputerowy: Orpha sp. z o.o., tel. 44-60-95.

Druk: Agencja Wydawnicza Apla.

# WHO IS WHO?

Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy!

Mińły 3 lata historycznej pierwszej kadencji Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Od I Zjazdu Delegatów w grudniu 1989 r. wiele się zmieniło, choć może nie tyle, ile planowaliśmy, gdy z entuzjazmem zabieraliśmy się do pracy.

Do wszystkich pracujących społecznie w Izbie rozesłaliśmy ankiety „Kto jest kim w DIL”. Odpowiedzi drukujemy w „Biuletynie” – aby wszystkim przybliżyć ich sylwetki, aby „ślad po nas pozostał i pamięć ...”



**TADEUSZ  
HEIMRATH**

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Dyplom uzyskał 2.08.1952 r. we Wrocławiu na Akademii Medycznej, gdzie obecnie pracuje jako profesor w I Katedrze i Klinice Położnictwa. W l. 1985-88 sekretarz generalny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. W kadencji 1990-93 jest prorektorem d/s klinicznych AM.

Żonaty, dwoje dzieci. W wolnych chwilach zajmuje się historią medycyny. Naczelną zasadą, którą kieruje się w życiu, jest: „robić swoje”.

O działalności DIL mówi:

„DIL dokonała ogromnej, nowatorskiej pracy. Umacniając się, przeżyła wstrząsy. Niekiedy pozwoliła na wykorzystanie swego autorytetu do nie najlepszych decyzji, wyborów i wystąpień! Nieuchronnie rola Izby będzie wzrastać. Cieszę się, że mogłem uczestniczyć w życiu samorządu lekarskiego”.

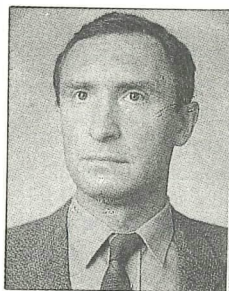


**MARIA  
AGATA  
WÓJCIK**

Zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej DIL. Dyplom uzyskała 16 września 1959 r. na AM we Wrocławiu. Jest specjalistą medycyny przemysłowej, organizacji i ochrony zdrowia. Kieruje wrocławską Przychodnią Międzyzakładową TECHMA-ASPA. Ma za sobą 20 lat pracy w Przychodni Zakładowej PZL-HYDRAL.

Interesuje się fizjologią pracy i ergonomią. Lubi podróże. Chce pracować uczciwie, zgodnie ze swoim sumieniem, niezależnie od układów politycznych i społecznych.

2,5-letnią kadencję Izby podsumowuje: „Nieco rozczarowania. Lekarze nie mają rozeznania w obowiązującym ustawodawstwie. W wypowiedziach często dominuje bezkrytyczność, brak tolerancji”.



**JERZY  
LIBERGAL**

Członek Rady Okręgowej DIL. Dyplom lekarza otrzymał w 1979 r. na AM we Wrocławiu. Specjalizacja II stopnia w chorobach wewnętrznych. W 1991 r. uzyskał doktorat na podstawie pracy „Pierwotne nadciśnienie krwi a zaburzenia rytmu serca”. Jest zastępcą ordynatora II Oddziału Wewnętrznego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Jeleniej Górze.

Żonaty, troje dzieci. Jego hobby to historia i numizmatyka. Twierdzi, że należy postępować uczciwie, posuwać się do przodu krokami a nie skokami.

O Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej wypowiada się następująco: „Zrobiono bardzo dużo a jednocześnie niewiele. Bar-

dzo dużo, bo stworzono strukturę organizacyjną, opracowano ramy statutowe i rozpoczęto mozolną pracę, nie mając jednak jasno określonego kierunku. Wysunięto szereg ważnych inicjatyw i propozycji rozwiązań systemowych. Wielu kolegów przekazywało je dalej, do różnych centrów decyzyjnych z ministerstwem włącznie, poświęcając bezinteresownie swój czas kosztem kariery i życia rodzinnego. Zwykle mieli przeciw sobie urzędników różnego szczebla, a nie zawsze czuli za sobą poparcie naszego lekarskiego środowiska. Nie ocenia nas ono pozytywnie. Dlaczego? Po prostu zabrakło spektakularnych sukcesów. Nie udało się wywalczyć istotnych jakościowo zmian w modelu funkcjonowania naszego systemu opieki zdrowotnej, w modelu, z którego wszyscy są niezadowoleni: i lekarze, i pacjenci, i państwo. Utknęliśmy w pułapce niemożności, w której zginęła każda wartościowa myśl, jeżeli nie dojdzie do rzeczywistej konwersji w skali całego kraju”.



**TERESA  
ELJASZ-  
RADZIKOWSKA**

Przewodnicząca Koła DIL Ziemi Kłodzkiej. Członek Komisji Reformy Służby Zdrowia. Skończyła Akademię Medyczną w Krakowie, tam też uzyskała dyplom w 1963 r. Specjalizacja I i II stopnia w dermatologii. Od 1964 r. pracuje w kłodzkiej służbie zdrowia. Obecnie jest ordynatorem oddziału dermatologicznego w Zespole Opieki Zdrowotnej. Mężatka, dwie córki. W wolnym czasie uczy się języków obcych, chętnie zajmuje się robotkami ręcznymi, uprawia turystykę pieszą. Jej motto: „walka o odrobinę optymizmu”.

Krytycznie ocenia możliwości pracy DIL:

„Działalność samorządu lekarskiego ograniczona jest istotnymi uwarunkowaniami – stąd niewielkie efekty także w pracy Koła Ziemi Kłodzkiej, które uzyskało także obywatelstwo wśród społeczności lekarskiej i władz terenowych służb zdrowia”.

# KOMA

Spółka z o.o.

Wrocław, ul. Sądowa 2 pok. 60, tel/fax 44-64-12 tel. 44-36-41 w. 249

**Od początku roku obowiązuje powszechny podatek dochodowy.**

## **PŁACIĆ BĘDĄ WSZYSCY**

Na koniec roku każdy musi rozliczyć się z Urzędem Skarbowym, wypełnić deklarację podatkową, obliczyć i zapłacić należny podatek. Spółka KOMA prowadzi kompleksową obsługę finansową i prawną, specjalizuje się w obsłudze środowisk twórczych i wolnych zawodów. Wypełnia deklaracje podatkowe, przestrzega terminów, oblicza podatki, dbając, aby nie były niepotrzebnie wysokie, płaci je w imieniu swoich klientów, reprezentuje ich wobec Urzędów Skarbowych.

*Zapraszamy do korzystania z naszych usług.*

Do wynajęcia **gabinet stomatologiczny** – Krzyki  
tel. 61-10-30

Sprzedam tanio: sigmoidoskop Olympus, gastroskop, kolonoskop.  
Możliwość sprowadzenia innego sprzętu.  
Tel. 22-43-88 i 25-09-65.

Koło Dolnośląskiej Izby Lekarskiej oraz Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lubinie z głębokim żalem zawiadamiają, że w dniu 7.11.1992 r. zmarła

**lekarz chorób wewnętrznych**

## **Julia Niebylska**

W zmarłej tracimy wspaniałego człowieka, ofiarnego lekarza, dla którego najwyższym dobrem było zdrowie i życie pacjenta. Pozostanie na zawsze w pamięci koleżanek, kolegów, pacjentów i współpracowników.  
Cześć jej pamięci.

*Koło Izby Lekarskiej przy ZOZ w Lubinie, Dyrekcja,  
Związki Zawodowe i współpracownicy*

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 22.XI.1992 zmarła była ordynator Oddz. Dermatologicznego Woj. Szpitala Zespołonego im. J.Babińskiego

## **lek. med. Jadwiga Walichiewicz**

wyrazy serdecznego współczucia rodzinie zmarłej  
składa

Koło Izby Lekarskiej  
przy Woj. Szpit. Zesp. we Wrocławiu

# IPERTROFAN

**MEPARTRYCYNA – Z GRUPY POLIENÓW**

**Niehormonalny preparat skuteczny w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego, stosowany od szeregu lat w praktyce klinicznej w wielu krajach. Blokuje na poziomie jelitowo-wątrobowym reabsorpcję cholesterolu i jego metabolitów, a także niektórych frakcji estrogenów dając w efekcie zmniejszenie odkładania się cholesterolu i epoxy-cholesterolu w obrębie prostaty.**

**Zablokowanie wchłaniania tych sterydów jest istotne ze względu na ich stymulujący wpływ na hiperplazję komórek zrębu i nabłonka gruczołu.**

**70% wyników dobrych i bardzo dobrych w ocenie lekarzy i chorych. Według najnowszych doniesień skutecznie zmniejsza nasilenie objawów klinicznych w zapaleniu gruczołu krokowego. Preparat dobrze tolerowany w leczeniu przewlekłym.**

DAWKOWANIE: 1 tabl. 3 x dziennie przez 30-90 dni  
OPAKOWANIA: 30 tabl. po 50.000 j. mepartrycyny  
PRODUCENT: SPA – Mediolan. Lek zarejestrowany w RP

DYSTRYBUTOR  
MEDAGRO INTERNATIONAL LTD  
05-551 ŁAZY K/ WARSZAWY  
UL. PODLEŚNA 67  
tel.56-10-20-(22)  
fax. 56-10-23

Preparat jest osiągalny w:  
Apteka, ul. Bulwar Ikara 10

# PODATKI

Wielu lekarzy pracuje dodatkowo w prywatnych gabinetach, których działalność opodatkowana jest w formie karty podatkowej. Ze względu na to, że osiągają dochody również z innych źródeł – pracując na etacie w zakładzie opieki zdrowotnej – będą musieli rozliczyć się osobiście w urzędzie skarbowym właściwym według miejsca zamieszkania, składając tam do kwietnia 1993 roku zeznanie podatkowe o osiągniętych dochodach obejmujące:

- zarobki otrzymane w pracy podstawowej (zaświadczenie z ZOZ)
- zarobki z tytułu pełnienia dyżurów (zaświadczenie z ZOZ)
- dochód uzyskany w ciągu roku w prywatnym gabinecie
- inne zgodnie z ustawą z dnia 26 lipca 1991 o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. nr 80 poz. 350 z późniejszymi zmianami).

Prowadzenie działalności gospodarczej (prywatnej praktyki lekarskiej) opodatkowanej w formie karty podatkowej wyklucza możliwość łącznego opodatkowania dochodów z dochodami współmałżonka (§5 pkt.5 rozporządzenia Ministra finansów z dnia 20 grudnia 1991 w sprawie karty podatkowej Dz. U. nr 124 poz. 551). Dochody lekarza X osiągnięte ze stosunku pracy na etacie w ZOZ podlegać będą opodatkowaniu na zasadach ogólnych.

Obliczanie podatku należnego od dochodu uzyskanego ze stosunku pracy dokonane zostanie w następujący sposób:

- do dochodu ze stosunku pracy zostanie doliczony zeznany przez lekarza X lub ustalony przez urząd skarbowy dochód z prywatnej praktyki lekarskiej
- od tak ustalonego dochodu zostanie obliczony podatek dochodowy
- ustalona zostanie tym samym stopa podatku, którą zastosuje się do dochodu osiągniętego ze stosunku pracy w ZOZ.

Na przykład: lekarz X ze stosunku pracy osiągnął przychód w wysokości 48 mln złotych, z prywatnej praktyki lekarskiej 60 mln złotych. Jednocześnie w 1992 roku poniósł udokumentowane

wydatki na remont i modernizację mieszkania w wysokości 25 mln złotych.

Przychód ze stosunku pracy:	48.000.000
-1.944.000 (koszty uzyskania przychodu)	
	46.056.000
-18.750.000 (wydatki na remont i modernizację mieszkania – przyjęto, że dochody lekarza X stanowią 75% dochodów jego i żony zgodnie z art. 26 ust. 8 wymienionej ustawy)	
	27.306.000
60.000.000 (dochód z prywatnej praktyki lekarskiej)	
87.306.000 razem	

Podatek dochodowy wyniesie: od 64.800.000 20% – tj. 12.096.000 zł, a od 22.506.000 (różnica między 87.306.000 a 64.800.000) 30% czyli 6.751.800 zł czyli razem 18.847.800 zł. Kwota ta stanowi 21,6% podstawy opodatkowania

Stopę podatku 21,6% stosuje się do dochodu uzyskanego ze stosunku pracy w ZOZ. Podatek lekarza X wyniesie 5.848.000 zł (27.306.000 zł x 21,6%).

Zachęcamy PT koleżanki i kolegów do wcześniejszego zasięgnięcia porady w urzędzie skarbowym lub wyspecjalizowanych agencjach d/s podatkowych.

## ZAPISKI EMERYTA

### Noc wigilijna

- Kto Panią operował – chyba jakiś partacz – przecież ta blizna jest skandaliczna!

- Takie leki na nadciśnienie? – kochany Panie, tak leczyto się kilkadziesiąt lat temu! Proszę już nie chodzić do tego nieuka.

- Jak ja zeszyję przepuklinę to szew trzyma proszę Pana. A w tym przypadku – sam Pan widzi – w tej klinice często operują studenci!

- Co za idiota założył Pani takie plomby?! Pewnie wziął za to majątek! One zaraz wypadną, to czeski kit. Założę teraz nowe, amerykańskie.

W pewnej klinice było dwóch profesorów – starszy, bardzo sumienny, o dużej autorytecie i wiedzy i młodszy – agresywny i szybki. Zdarzało się, że chodził wieczorami po oddziale i namawiał pacjentów, aby nie pozwalali operować się przez starszego – swojego przełożonego. Mówił – ja taką operację zrobię w pół godziny, ten sklerotyk będzie Panią męczył kilka razy dłużej!

Każdy z moich czytelników, szczególnie starszych, umie przytoczyć takich przykładów dużo, dużo więcej. Z drugiej strony aż człowieka korci, aby coś takiego powiedzieć. Sprawa wydaje się taka oczywista. Ale – czyż umiemy po upływie czasu precyzyjnie ocenić warunki diagnozy i terapii? Czy my także nie popełniamy błędów? Mamy patent na jedyną mądrość?

Wygląda czasem tak, jakby lekarz lekarzowi był wilkiem. Ale przecież w noc wigilijną nawet wilki mówią ludzkim głosem i śpiewają koledy.

Dokonajmy cudu i niech ta Noc trwa w nas jak najdłużej.

dr Józef – eme

## WESOŁYCH ŚWIAT!

