



BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

LUTY 1992

UWAGA RECEPTY!

NA ZIELONO

Leszek Pałka

Od 27 października, tj. od dnia wejścia w życie ustawy o zasadach odpłatności za leki, wszyscy, których ona dotyczy, znaleźli się w pułapce, jak ją stosować. Ustawa bowiem nie doczekała się w terminie aktów wykonawczych.

Do dzisiaj zresztą wiele zapisanych w niej artykułów nie może być zrealizowanych z tej właśnie przyczyny.

Wymienić tu można choćby art.6 ust.2 pkt 2 ...o konieczności dokonywania adnotacji w książeczce zdrowia; art. 11 -- do dzisiaj nie opublikowano wykazu schorzeń przewlekłych uprawniających do otrzymania leków, preparatów diagnostycznych i sprzętu jednorazowego bezpłatnie

ciąg dalszy str. 6

W lipcu ub. roku powołano Wojewódzki Zespół Nadzoru Farmaceutycznego, który przeprowadził kontrolę 9 aptek prywatnych. Ogółem skontrolowano ponad 300.000 recept, w tym sprawdzono w dokumentacji lekarskiej zasadność wystawienia ok. 1000 recept 140 lekarzy.

ciąg dalszy str. 6

USTAWOWY OBOWIĄZEK MÓWIENIA PACJENTOWI PRAWDY

August Wasik

Ogłoszona 14 X 1991 r. w Dzienniku Ustaw nr 91 ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wprowadza zapis o uprawnieniach pacjenta nie tylko do świadczeń zdrowotnych, ale także o uprawnieniach uzyskiwania od lekarza informacji o stanie swojego zdrowia. Z tym wiąże się również prawo do wyrażenia zgody na proponowane leczenie lub cofnięcie tej zgody w czasie trwania terapii.

Zapis ten nakłada na lekarza obowiązek obiektywnego przedstawienia choremu stwierdzonego stanu klinicznego, co może stwarzać pewne problemy mogące pociągnąć za sobą skutki nie tylko w wymiarze etycznym, ale również skutki prawne.

Czy lekarz rzeczywiście powinien powiedzieć choremu całą prawdę o stanie jego zdrowia, o zagrożeniu i perspektywach dynamiki chorobowej, prowadzącej w wielu jednostkach klinicznych do śmierci? Czy powinien rozważyć i ukryć tragiczną prawdę, aby pacjent mógł żyć z nadzieją na szansę wyzdrowienia?

Pacjent ma prawo do prawdy, ale ma także prawo do nadziei. Biegański, wielki lekarz humanista, tak sformułował swoje przekonanie: „gdybym był ciężko i beznadziejnie chory, to nie pytałbym mojego lekarza o wiedzę, lecz o serce. Wolalbym, żeby mi zamknęto powieki z nadzieją na ustach,

ciąg dalszy str. 2

21

CO DALEJ Z KARDIOCHIRURGIĄ DZIECIĘCĄ - artykuł dyskusyjny
A. Dumański

19

PODATKI
J. Krzciuk

6

JAK PISAĆ ZWYKŁĄ RECEPTĘ?

8

KTO BYŁ OJCEM?
B. Świątek

18

KORESPONDENCJA ZE SZWAJCARII
E. Kuchar

17

HIPOCHONDRIA
J. Lisowski

14

DIALIZOTERAPIA DZIECI
Z. Morawska

11

OFERTY PRACY

15

LISTY

12

POSIEDZENIA NAUKOWE

USTAWOWY OBOWIĄZEK MÓWIENIA PACJENTÓWI PRAWDY

dokończenie ze str. 1

anieliby powiedziano mi prawdziwą diagnozę, mój wyrok śmierci”.

Część chorych ma wobec swojej choroby ambiwalentną postawę: chcieliby znać prawdę, jeśli była to była prawda korzystna i dająca szansę -- nie chcieliby poznać prawdy tragicznej. Tu jawi się lęk przed śmiercią, lęk atawistyczny, który uruchamia nieświadome mechanizmy wyparcia. Dlatego pacjent akceptuje z głęboką wiarą korzystną hipotezę choroby, z możliwością na wyleczenie, odrzuca natomiast kliniczną prawdę. Jest zdumiewające, że nawet lekarze znający symptomatykę nieuleczalnej choroby czekają na podsuniecie im niezgodnej z prawdą biologiczną hipotezy, w którą wierzą, wierzą irracjonalnie, bo to łagodzi i redukuje lub nawet wypiera zupełnie lęk przed śmiercią. Psychologiczne mechanizmy wypierania lęku są nieświadome, dlatego pacjent formalnie pyta o prawdziwe rozpoznanie, a czeka na owe etyczne, lub może nieetyczne, kłamstwo. Pacjent może nie chcieć znać prawdy, wówczas nie pyta o nią. Należy wtedy zachować milczenie, chyba że wiąże się to z szansą zabiegu chirurgicznego, farmakoterapii, radioterapii. Trudniej jest wyjawiać niechcianą przez chorego prawdę, jeśli trzeba uregulować sprawę spadkową, zmienić organizację życia rodzinnego. Względem na innych, np. w przypadku stwierdzenia infekcji HIV, zobowiązuje do powiadomienia o rozpoznaniu.

Pomijając szczególne wskazania do prawdomówności, lekarz powinien sobie zadać pytanie: czy pacjent jest aktualnie w takiej kondycji psychofizycznej, że można mu powiedzieć prawdę o stanie jego zdrowia. Tutaj zobowiązanie prawne, z jednej strony zasada medyczna, z drugiej *primum non nocere* -- mogą pozostać w kolizji.

Doświadczenia w krajach zachodnich, a zwłaszcza w USA wskazują, że lekarz może być postawiony przez pacjenta wobec rozszczeń o odszkodowanie za niepoinformowanie go o pełnym ryzyku zabiegu i szansach jakie taki zabieg stwarza. Zagadnienie to znane w piśmiennictwie niemieckim jako *Aufklärungspflicht* jest kontrowersyjne w cywilnym prawodawstwie wielu krajów, a dotyczy zwłaszcza zabiegów mających ułatwić postawienie rozpoznania oraz zabiegów kosmetycznych.

Pacjent w porównaniu z lekarzem jest ignorantem w dziedzinie medycyny, ale zależnie od sposobu informowania można pozyskać jego zaufanie i zgodę, albo wzbudzić w nim lęk powodujący niewyra-

żenie zgody. Istnieją również osobowości z podatnością do reakcji rozszczeń. Wówczas niepowodzenie dokonanego zabiegu, częściowy tylko efekt lub brak efektu spodziewanego może spowodować oskarżenie lekarza, w czym mogą być pomocni obrońcy znający złożoność problemów lekarsko-prawnych. Procesy sądowe są trudne, tym bardziej że w medycynie często opieramy się na większym lub mniejszym prawdopodobieństwie i dlatego nie można w sposób pewny przewidzieć przebiegu i skutku zabiegu. Kodeksy cywilne wielu krajów przewidują materialną odpowiedzialność za skutki ujemne w czasie eksperymentalnego leczenia.

Pacjent ma prawo do prawdy o stanie swojego zdrowia, ale ma także prawo do zachowania tajemnicy. Dlatego trudno akceptować wywieszanie kart gorączkowych na łóżku pacjenta, na których pisze się, obok stosowanego leczenia, także rozpoznanie choroby.

Obecnie medyczna wiedza popularna na temat schorzeń jest dość powszechna i takie słowa łacińskie jak: *carcinoma*, *tumor*, są przez wielu rozumiane. Wówczas schorzenie pacjenta jest niejako podawane do szerokiej wiadomości. Także zapis o stosowanym leczeniu może być pośrednio informacją o schorzeniu. Niektórzy pacjenci niedowierzają informacji lekarza i sami szukają bliższego wyjaśnienia w książkach lub pytając innych o znaczenie pisanych na gorączkowych kartach informacji. Otrzymują wówczas informacje cząstkowe, nieścisłe lub wręcz fałszywe, co zmniejsza zaufanie do lekarza, wywołuje lęk, reakcje depresyjne, rzadziej agresywne. Skłania ich ta niepewność do szukania pomocy paramedycznych, znachorskich.

Problemem tym zajmują się także lekarskie kodeksy deontologiczne, nakazujące mówienie prawdy choremu o stanie jego zdrowia, pozostawiając lekarzowi decyzję kiedy, w jakiej formie i w jakim zakresie powinien ujawnić tę prawdę. Nie jest to, w przypadkach nieuleczalnych i groźących rychłym zejściem śmiertelnym, łatwe. Każdy lekarz powinien ten problem indywidualnie przemyśleć i starać się przewidywać reakcje chorego -- w oparciu o własne doświadczenie lekarskie i poznanie osobowości chorego -- tak, aby ten ustawowo sformułowany obowiązek, nie stał się ciężkim urazem psychicznym dla człowieka, który wszedł w gęstniejący cień śmierci.

August Wasik
13 XII 91

Prof. dr habil. med. August Wasik jest profesorem Katedry i Kliniki Psychiatrycznej.

Z PRAC PREZYDIUM I RADY DIL

Sprawozdanie z posiedzeń Prezydium DRL (2 i 9 stycznia 1992) oraz Rady DIL (16 stycznia 1992)

Na wszystkich spotkaniach omawiano sprawy związane z wprowadzeniem doraźnych posunięć oszczędnościowych w służbie zdrowia, na terenie województwa wrocławskiego.

W posiedzeniach, które odbyły się 9 i 16 stycznia, uczestniczył Lekarz Wojewódzki, Kazimierz Sroczyński, zapoznając zebranych ze stanem środków budżetowych jakimi dysponować będzie służba zdrowia w roku bieżącym. Poinformował, że przy uwzględnieniu ubiegłorocznych zadłużeń w wydatkach rzeczowych (70 miliardów zł) oraz konieczności przeprowadzenia tzw. „ubruttowienia plac” sytuacja finansowa jest dwukrotnie gorsza niż w roku 1991. Referował także przygotowany przez Wydział Zdrowia, trójwariantowy program polegający na dostosowaniu działalności jednostek opieki zdrowotnej do posiadanych środków finansowych.

Drugi najbardziej drastyczny wariant tego programu przewiduje między innymi:

- centralizację usług medycznych w obrębie rejonów i ZOZ-ów, likwidację mniejszych przychodni;

- zamykanie niektórych oddziałów szpitalnych takich jak np. urologia, dermatologia, pediatria;

- zmniejszenie ilości łóżek na oddziałach,

- ograniczenie wydatków rzeczowych;

- zmniejszenie do minimum tzw. badań dodatkowych.

Propozycja ta spotkała się z krytyką większości biorących udział w dyskusjach członków Rady i Prezydium DIL. Podkreślali oni konieczność ochrony żywotnych interesów środowiska lekarskiego i całej służby zdrowia, zagrożonych bezrobociem (przewidywana redukcja zatrudnienia o 30%).

Próbowano określić rolę i zakres działań izby zmierzających do zabezpieczenia lekarzy przed utratą pracy.

Zwracano uwagę na konieczność intensyfikacji prac prywatyzacyjnych, większą dynamikę poszczególnych jednostek organizacyjnych w wypracowaniu tzw. środków własnych oraz nawiązanie ścisłej współpracy z organami samorządowymi, które w formie dotacji lub całkowitego finansowania niektórych placówek służby zdrowia mogłyby przyczynić się do złagodzenia istniejących zagrożeń.

Postanowiono określić rolę i zakres specjalne spotkania przedstawicieli Rady DIL z kierownikami wydziałów zdrowia na terenie województw: wrocławskiego, legnickiego i jeleniogórskiego, poświęcone rozwiązaniu nasilających się problemów związanych z prawidłowym funkcjonowaniem służby zdrowia.

Drugim ważnym zagadnieniem omawianym na posiedzeniach Prezydium i Rady DIL była sprawa staży lekarskich absolwentów uczelni medycznych.

Sygnalizowano także problem wypowiadania umów o pracę w części usługowej niektórym lekarzom zatrudnionym w Akademii Medycznej.

Na wszystkich spotkaniach podnoszono, że koniecznym jest znowelizowanie „Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej”, która w obecnie obowiązującej formie nie jest w stanie uporządkować funkcjonowania służby zdrowia. Podkreślono potrzebę nasilenia działań izby lekarskiej, jako tzw. grupy nacisku na organa ustawodawcze i ministerstwo zdrowia, w celu właściwego ukierunkowania reformy w służbie zdrowia.

Na spotkaniach Prezydium i Rady omawiane były także zagadnienia związane z działalnością wydawniczą DIL.

Sekretarz DIL i Przewodniczący Komisji Informacyjnej, Włodzimierz Bednorz poinformował o zmianach, jakie poczyniono przy wydawaniu Biuletynu polegających na zmniejszeniu formatu wydawnictwa, nowej szacie graficznej oraz zwiększeniu nakładu do 7, 8 tysięcy egzemplarzy.

Zaakceptowana została propozycja wysyłki „Biuletynu DIL” i „Gazety Lekarskiej” do wszystkich członków izby i opłacania kosztów tej wysyłki ze środków DIL. Wnioskowano również, aby poniesione z tego tytułu nakłady finansowe zostały uwzględnione przy wpłatach na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej (pomniejszenie wpłat o sumę wydatkowaną na kolportaż).

Włodzimierz Bednorz zwrócił się do członków Rady o zaakceptowanie przez izbę nowego czasopisma lekarskiego, kwartalnika „Sztuka i Medycyna”, zamieszczającego dłuższe artykuły o tematyce medycznej, drukowanego w barwnej szacie graficznej, w części finansowanego z zamieszczonych w nim reklam. Wydawnictwo to przeznaczone będzie do sprzedaży, cena jednego egzemplarza wyniesie 15 tysięcy zł. Za artykuły zamawiane do tego czasopisma płacone będą honoraria ustalone przez zespół redakcyjny. Przewidywane jest także stałe wynagrodzenie dla redaktora naczelnego.

Propozycja ta uzyskała poparcie Rady. Postanowiono przyznać jednorazowo kwotę 34 mln zł na wydanie wymienionego kwartalnika.

Ustalony został termin najbliższego Zjazdu Lekarzy DIL na 28 marca br. Wszystkie materiały na ten Zjazd zostaną wydrukowane w „Biuletynie DIL” i z odpowiednim wyprzedzeniem rozesłane do wszystkich delegatów.

Przewodnicząca Komisji Rewizyjnej, Helena Marek informowała o prowadzeniu kontroli finansowej działalności DIL za rok 1991, uzupełnionej badaniem bilansu, przeprowadzonym przez biegłego księgowego. Poruszyła także sprawę potrzeby wprowadzenia zmian w uchwale DIL dotyczącej środków przeznaczonych na działalność kół terenowych. Sprawę tę postanowiono rozpatrzyć na najbliższym Zjeździe.

Rada i Prezydium analizowały także problemy związane z wpłacaniem składek na rzecz izby przez poszczególnych jej członków. Podkreślano

konieczność wyegzekwowania należnych wpłat od osób, które nie dopełniają tego obowiązku. Tym bardziej, że w ostatnim czasie wpłynęły do izby informacje o zaprzestaniu wpłacania składek przez kilku lekarzy, co jest niezgodne z obowiązującymi przepisami.

Przewodnicząca Komisji Współpracy z Zagranicą, Barbara Bruzewicz-Miklaszewska poinformowała o wystąpieniach do prokuratury o wszczęcie postępowania w przypadkach lekarzy cudzoziemców podejmujących działalność medyczną bez uzyskania prawa wykonywania zawodu na terenie RP. Z inicjatywy tej komisji Prezydium DIL wystąpiło również do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej o unieważnienie specjalizacji I o w zakresie chirurgii stomatologicznej obywatelce Egiptu. W sprawie tej wystosowano pismo do Rektora Akademii Medycznej informując go o uchybieniach, jakie zostały popełnione przy przeprowadzeniu egzaminu specjalizacyjnego, w którym brali też udział pracownicy Akademii Medycznej.

Komisja Współpracy z Zagranicą wystąpiła także do Prorektora d.s. Klinicznych z prośbą o rozważne przyjmowanie podań lekarzy obcokrajowców starających się o specjalizację, działając w interesie lekarzy polskich, którym grozi bezrobocie.

Specjalny zespół działający przy komisji rozpatrywał podania lekarzy cudzoziemców starających się o uzyskanie prawa wykonywania zawodu na terenie działania DIL.

Pozytywnie zaopiniowane zostały tylko dwa podania: - lekarza jugosłowiańskiego, absolwenta polskiej uczelni medycznej posiadającego prawo stałego pobytu, mającego zagwarantowaną pracę w ośrodku zdrowia w Starej Łomnicy - na okres jednego roku oraz na czas potrzebny do ukończenia stażu podanie obywatela arabskiego, absolwenta wrocławskiej Akademii Medycznej, mającego deklarację o przyjęciu do pracy w Ziębicach.

Prezydium DIL zajęło także stanowisko, w związku z przeprowadzonymi zmianami organizacyjnymi w Akademii Medycznej, dotyczącymi renowacji Kierowników Katedr i Klinik, podnosząc konieczność głębokiej analizy kandydatów na te stanowiska.

W piśmie skierowanym do Dziekana Wydziału Lekarskiego wyrażono nadzieję, że nowo wybrani kierownicy katedr i klinik będą odpowiadali najwyższym wymaganiom etycznie-moralnym, a nie tylko naukowym.

Na spotkaniach Rady i Prezydium omawiane były także konflikty istniejące w niektórych kółach terenowych.

Postanowiono zorganizować wybory w kole terenowym przy Zespole Opieki Zdrowotnej Dzielnicy Fabryczna i kole w Lubaniu Śląskim.

Dolnośląska Rada Lekarska na posiedzeniu 16 stycznia br. zatwierdziła następujący skład Komisji Wyborczej w Rejonach Wyborczych nr 9 i 10 (ZOZ Fabryczna): dr Ryszard Fedyk, dr Teresa Łopuszańska, dr Artur Koterwa, dr Anna Murmyllo, dr Włodzimierz Sodulski, dr Elmira Żukowska.

Na przewodniczącego Komisji został powołany dr Włodzimierz Sodulski. Ponadto postanowiono, że do momentu zorganizowania wyborów i wyłonienia nowego Zarządu Koła

obowiązki i uprawnienia przewodniczącego Koła zostają przekazane Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej.

Ryszard Maj informował o działaniach poczynionych w celu przejścia przez DIL obiektów przy ulicy Kazimierza Wielkiego, tzw. „Klubu Lekarza” na potrzeby środowiska lekarskiego. Zdał relację ze spotkania z Zarządem Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich, które to spotkanie odbyło się 8 stycznia. Przedstawione zostały na nim założenia współpracy DIL i SLD dotyczące współpracy obu organizacji i ogólnych zasad przejścia wymienionych obiektów przez izbę.

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich zostało zobowiązane do udzielenia ostatecznej odpowiedzi dotyczącej tej sprawy do 23 stycznia.*

Na posiedzeniu Prezydium 9 stycznia wzięły udział przedstawicielki Nadzoru Farmaceutycznego - dr Teresa Łabińska i mgr Lidia Tenler. Złożyły one informację dotyczącą pojawiających się nieprawidłowości przy ordynowaniu leków i wypisywaniu recept, takich jak:

- zapisywanie leków psychotropowych na okres od 3 do 8 miesięcy,
- wypisywanie tzw. „recept grzecznościowych”,
- brak pieczątek na drukach recept itp.

Powiadomily, że w trzech przypadkach rażących przekroczeń sprawy zostały skierowane do Sądu Lekarskiego. Prosiły również o przypomnienie wszystkim lekarzom o obowiązku zgłaszania faktu zaginięcia lub kradzieży pieczątek lekarskich oraz o pobieraniu zleceń na wyrób pieczątek w Dziale Ewidencji DIL.

Prezydium postanowiło wystąpić do odpowiednich organów administracji państwowej o zobowiązanie wszystkich zakładów pieczętarskich do wykonywania pieczątek lekarskich wyłącznie na wniosek (zlecenie) pochodzące z izby.

Rozważana była także ewentualność zorganizowania specjalnego spotkania informacyjnego odnośnie zasad wypisywania recept.

Na Radzie DIL 16 stycznia Jerzy Piekarski poinformował o powołaniu przy Izbie Komisji Stomatologii, na której Przewodniczącego został wybrany. Biorący udział w dyskusji podkreślali, że stomatolodzy, jako odrębna grupa zawodowa, powinni mieć swoich reprezentantów w DIL. Inicjatywa ta spotkała się z pełnym poparciem członków Rady, którzy zalegalizowali jej działalność jako odrębnej komisji DIL-u.

Na spotkaniach Rady i Prezydium rozpatrywane były także sprawy finansowe związane z pracą kół terenowych. Przyznane zostały fundusze na działalność Delegatury Wałbrzyskiej w wysokości 13 mln zł., 1,5 mln zł. dla Koła Terenowego w Oleśnicy, 2 mln zł. dla Koła Przemysłowego Zespołu Opieki Zdrowotnej Dzielnicy Fabryczna we Wrocławiu. Udzielono także bezzwrotnych zapomóg pieniężnych na łączną kwotę 6 mln zł.

U. P.

* Z ostatniej chwili:
Stowarzyszenie przysłało odpowiedź odmowną!

OŚWIADCZENIA I UCHWAŁY

Wrocław, dnia 16.01.1992

Do Pana Prezesa Rady Ministrów
Jana Olszewskiego
W a r s z a w a

Rada Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zwraca się do Pana Premiera z apelem o podjęcie, drogą dekretu, decyzji wprowadzenia częściowej odpłatności za niektóre działania Zakładów Opieki Zdrowotnej nie związane bezpośrednio z leczeniem chorych, np. opłata hotelowa za dobę szpitalną, opłata za wyżywienie w czasie leczenia szpitalnego, opłata za transport karetką pogotowia ratunkowego w wypadku nieuzasadnionego jego wezwania.

Proponujemy, aby pieniądze z opłat zasiliły budżet Zakładów Opieki Zdrowotnej.

Dr n. med. Ryszard Maj

Oświadczenie Rady Dolnośląskiej Izby Lekarskiej z dnia 16 stycznia 1992

W związku z wystąpieniem prasowym Lekarza Wojewódzkiego o tragicznej sytuacji finansowej służby zdrowia i podjętymi przez niego działaniami zdecydowanie protestujemy i nie przyjmujemy do wiadomości możliwości powiększenia bezrobocia wśród lekarzy.

Żądamy przestrzegania ustaw sejmowych odnośnie indeksacji sfery budżetowej oraz protestujemy przeciwko przekazywaniu pieniędzy z funduszu specjalnego na skarb państwa.

Zdecydowanie przeciwstawiamy się chaotycznym działaniom Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej i administracji państwowej.

*Przewodniczący
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dr n. med. Ryszard Maj*

Oświadczenie Konwencji Praw Dziecka

Konwencja ta jest prawnym członkiem ONZ z siedzibą w Genewie.

Konwencja ta w swoich artykułach od 23-26 dokładnie ustala obowiązki Państwa w stosunku do dzieci.

W imieniu Wrocławskiego Towarzystwa Konwencji Praw Dziecka protestuję przeciw drastycznym ograniczeniom opieki nad chorym dzieckiem zawartych w programie oszczędnościowym Lekarza Wojewódzkiego we Wrocławiu, dr K. Sroczyńskiego.

*Prof. A. Jankowski
Prorektor Konwencji Praw Dziecka*

Oświadczenie

Członkowie Rady Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zobowiązują się aktywnie uczestniczyć w spotkaniach z Dyrektorami ZOZ -- na prośbę Kół -- w negocjowaniu warunków płacy i pracy lekarzy.

Oświadczenie Skarbnika DIL

Informuję, iż w roku 1991 DIL udzielała tylko pożyczek zwrotnych oprocentowanych. Na rok 1992 w preliminarzu budżetowym przewiduje się 500 mln zł. na pożyczki oprocentowane. Pieniędźmi tymi będzie dysponować Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiejk.

Ryszard Łopuch

Oświadczenie Komisji Socjalnej z dnia 23 stycznia 1992

W związku z pogarszającą się sytuacją materialną lekarzy, Komisja Socjalna przeznacza obecny swój fundusz tylko na zapomogi i zasiłki dla lekarzy.

T. Bujko

Oświadczenie

I.
Stawiam wniosek o sprostowanie w przedstawionym projekcie racjonalizacji działań służby zdrowia woj. wrocławskiego zapisu o wysokości udziału plac w ogólnych kosztach funkcjonowania opieki zdrowotnej w województwie.
Uzasadnienie: przedstawiony udział 82% nie obejmuje innych funduszy funkcjonowania służby zdrowia, tj.:
funduszu na dopłaty do leków,
funduszu na zwalczanie HIV,
funduszu na przeciwdziałanie alkoholizmowi,
funduszy na resortowe służby zdrowia,
funduszy w zakładach pracy przeznaczonych na utrzymanie służby zdrowia,
funduszy uzyskiwanych przez służbę zdrowia samą dla siebie,
funduszy fundacji, dobrowolnych datków i świadczeń w naturze.

II.
Opracowanie musi zwracać aspekt ekonomiczny podjętych decyzji po uzgodnieniach ze wszystkimi samorządami, organami na każdym szczeblu.

*lek. med. Leszek Pałka
Dyrektor METORGU*

EGIPCJANKA SPECJALISTKA?

Wrocław, 1991.12.24

*Pan Prof. dr hab. Jan Kuś
Dyrektor Centrum Medycznego
Kształcenia Podyplomowego
ul. Marymoncka 99
01-813 Warszawa*

Uprzejmie zawiadamiamy, że w dniu 20.12.1991 r. odbyło się specjalne posiedzenie Komisji ds. Współpracy z Zagranicą pod przewodnictwem Prezesa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, dr n. med. Ryszarda Maja dotyczące budzącej wątpliwości specjalizacji cudzoziemki.

Na podstawie przedstawionych dokumentów i po wysłuchaniu wyjaśnień Pani dr B. Grzywińskiej, dr. A. Maciejewskiego i zainteresowanej Pani Sanny Abdal Aziz Ferig Hamed domagamy się unieważnienia tej specjalizacji, gdyż stwierdzono szereg uchybień i naruszeń przepisów prawa:
– brak nostryfikacji dyplomu
– brak prawa wykonywania zawodu
– drastycznie krótkie staże
– egzamin odbył się 5.12.br. po sesji jesiennej bez udziału przedstawiciela okręgowej rady lekarskiej.

Szczególne zdziwienie wzbudziło pozwolenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej Departament Nauki i Kształcenia nr PNZ/W/Sp/91 z dnia 15.04.90 r. wystawione przez głównego specjalistę mgr Wandę Walawską określające początek szkolenia na dzień 01.05.1990 r., podczas gdy dyplom został potwierdzony przez ambasadę polską w Kairze dopiero 09.12.1990 r., a specjalizację rozpoczęto (?) 19 kwietnia 1990 r.

*Z poważaniem
p.o. Przewodniczący
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dr n. med. Ryszard Maj*

*z-ca Sekretarza
dr Barbara Bruzewicz-Miklaszewska*

Z PRAC KOMISJI REWIZYJNEJ

Wrocław dnia 9.01.1992r.

W odpowiedzi na pismo skarbnika DIL/2270/91 Komisja Rewizyjna DIL informuje, że przeprowadziła rozmowę ze skarbnikiem Rady DIL, kol. R. Łopuchem i skarbnikiem Delegatury Wałbrzyskiej, kol. Skobrtalem oraz dokonała kontroli rachunków dotyczących wniosku o dotację dla tej Delegatury.

W wyniku powyższych działań stwierdzamy co następuje:

1. brak uchwały Rady DIL o przyznaniu dotacji przed dokonaniem wydatków,
2. na załączonych do wniosku rachunkach brak podpisów osób upoważnionych do dysponowania środkami finansowymi Delegatury, stwierdzających celowość dokonanych wydatków,
3. wniosek o dotację oraz rachunki wpłynęły do sekretariatu izby w dniu 26.09.1991,
4. powyższe dokumenty przekazane na posiedzenie Rady DIL w dniu 19.10.1991 nie były zaopiniowane przez skarbnika Rady lub Komisję Finansową.

W wyniku powyższych ustaleń Komisja Rewizyjna DIL stwierdza, że:

1. zostały naruszone zasady dotyczące przyznawania dotacji (uchwała Rady DIL nr 19/90 z 24.05.1990 oraz aneks do tej uchwały nr 36/90),
2. właściwe przygotowanie i załatwienie tej sprawy leżało w kompetencji organów finansowych Rady, a nie Komisji Rewizyjnej DIL.

Dokonałiśmy jednak analizy zapisów księgowych, w wyniku której stwierdzamy, że:

1. suma pobranych dotacji przez Delegaturę Wałbrzyską łącznie z zawartą w rozpatrywanym wniosku wynosi 49.390.520,- i stanowi 38% wniesionej przez Delegaturę Wałbrzyską składek w 1991 r.,
2. kontrola rachunków załączonych do wniosku o dotację, a uzupełnionych na polecenie Komisji Rewizyjnej nie budzi zastrzeżeń pod względem formalnym, rachunkowym i merytorycznym.

Wobec powyższych stwierdzeń Komisja Rewizyjna proponuje, aby wysokość kwoty refundującej wydatki Delegatury Wałbrzyskiej była ustalana uchwałą Rady DIL na poziomie możliwości dotowania kół i delegatur w roku 1991.

Komisja uważa, że konieczność rozpatrywania powyższej sprawy w takim trybie jest wynikiem m.in. braku

szczegółowego trybu działania skarbnika i Komisji Finansowej w relacji Prezydium i Rada DIL oraz Koła i Delegatury DIL. Ponadto wskazuje na potrzebę zweryfikowania uchwały Rady DIL nr 19/90 i 36/90 w odniesieniu do danego roku budżetowego.

KOMENTARZ

Wrocław dnia 21.01.1992 r. Analizując przedstawione powyżej przemyślenia Komisji Rewizyjnej DIL nieodparcie nasuwa się myśl, że Dolnośląska Rada Lekarska w chwili podejmowania w dniu 24.05.90 r. Uchwały nr 19/90 „w sprawie wydatkowania składek” kierowała się życzeniowym sposobem myślenia. Zakładano bowiem, że wszyscy członkowie DIL płacą i będą w przyszłości płacić składki. Jak wynika z aktualnych danych spora część Kolegów nie dokonuje tego obowiązku.

I Krajowy Zjazd Lekarzy uchwalił, że 20% z zebranej ze składek kwoty ma być przekazywana na rzecz NIL. Nasza Izba powinna przekazywać powyższą kwotę stosownie do ilości członków. Płyń z tego prosty wniosek: 20% odpis na rzecz NRL w przypadku Kolegów, którzy nie płacą powinien być uzupełniony z funduszy stanowiących oszczędności złożone na koncie. Nie trzeba udowadniać, że ogranicza to możliwości wydatkowania większych sum na działalność bieżącą Delegatur i Kół, udzielanie zapomóg itp. Określenie mówiące o możliwości wykorzystania do 50% składek generuje postawę -- nam należy się 50%.

Gdyby rzeczywiście dokonać próby uszczęśliwienia wszystkich, to ostatnie z Kół w kolejce nie otrzymałyby ani grosza lub należałoby zaprzestać opłacania czynszu za siedzibę, nie mówiąc o zapomogach.

Biorąc powyższe pod uwagę wydaje się, że problem dojrzał do poważnej analizy na najbliższym Zjeździe, planowanym na dzień 28.03.1992 r. Nie czekając jednakże na wyniki dyskusji zjazdowej koniecznym jest wzmoczenie dyscypliny wnoszenia składek jak i sposobu realizacji uchwał dotyczących ich wydatkowania.

Przypominam brzmienie stosownych uchwał Dolnośląskiej Rady Lekarskiej: Uchwała Nr 19/90 z dnia 24.05.1990 r. i Uchwała Nr 36/90.

**Przewodniczący Komisji
Finansowej
Marek Myśków**

Uchwała nr 19/90 Rady Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

*w sprawie wydatkowania składek
podjęta na posiedzeniu Rady w dniu
24 maja 1990 r.*

I.

Zgodnie z decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej składka wynosi 2% uposażenia

zasadniczego, uchwałą I Krajowego Zjazdu Lekarzy 20% zebranej kwoty przekazywane jest na potrzeby Naczelnej Rady Lekarskiej.

II.

Dolnośląska Rada Lekarska upoważnia Koło Terenowe DIL do podejmowania decyzji o wydatkowaniu na działalność statutową do 50% zbieranych składek.

1. Koło Terenowe powiadamia Radę DIL o sposobie wydatkowania pieniędzy i uzyskuje akceptację Rady DIL.

2. Gospodarka finansowa podlega kontroli Dolnośląskiej Komisji Rewizyjnej.

III.

Po wyczerpaniu w.w. kwoty Koło Terenowe może w uzasadnionych przypadkach uzyskać dotację decyzją Rady DIL.

Uchwała nr 36/90 Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

*w sprawie poprawki do uchwały nr
19/90*

1) Zmienia się punkt II uchwały jak niżej:

II. Dolnośląska Rada Lekarska upoważnia Koło Terenowe DIL do wydatkowania na działalność ustawową maksymalnie do 50% zbieranych składek.

1. Koło Terenowe DIL zgłasza Radzie DIL zamiar wydatkowania pieniędzy z określeniem ich przeznaczenia celem uzyskania akceptacji Rady.

Dolnośląska Izba Lekarska z siedzibą we Wrocławiu uprzejmie informuje o możliwości zamieszczania 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 – 3000 zł za słowo,
ogłoszenia duże – 5000 zł za cm².

Zastrzegamy sobie prawo zmiany cen.

UWAGA RECEPTY!

dokończenie ze str. 1

W wyniku kontroli stwierdzono następujące uchybienia lekarzy:

- brak pieczętek lekarskich, podpisów lekarzy i pieczętek zakładów służby zdrowia,

- używanie niewłaściwych pieczętek (ordynatorskich, bez adresu, bez nr prawa wykonywania zawodu),
- nieczytelne recepty (brak adresu pacjenta, nieczytelnie wypisywane leki, brak daty, lub budząca wątpliwość data wystawienia),
- wypisywanie na receptach ilości leku cyframi rzymskimi, a nie arabskimi - co powoduje dopisywanie przez osoby zainteresowane kreskę i realizacji przez apteki zwiększonej ilości leków,
- wypisywanie leków w opakowaniach większych niż podane w USL oraz leków nie objętych USL,
- wypisywanie recepty tzw. „grzecznościowych”, nie dokumentowanych,
- wystawianie recept na środki psychotropowe bez znajomości przepisów,
- dokumentacja w kartach chorobowych często lakoniczna, nieczytelna i nie potwierdzająca konieczności ordynowania stwierdzonych na receptie leków;
- wypisywanie leków jak: Codeina tabl i Reladorm niezgodnie z obowiązującymi przepisami na receptach MZ/Pom 31,
- nie zgłaszanie bezzwłocznie zagubionej lub skradzionej pieczętki lekarskiej,
- udostępnianie pieczętki lekarskiej osobom postronnym,

- wypisywanie recepty przez osoby nie-upoważnione (rejestratorki, pielęgniarki).

W wyniku stwierdzenia powyższych uchybień skierowano do Izby Lekarskiej sprawę:

- 14 lekarzy za nadużywanie uprawnień do wystawiania recept bezpłatnych,
- 1 lekarza celem przeszkolenia w zakresie USL,
- 1 lekarza za nadużywanie uprawnień do wystawiania recept na Cyelobarbital,
- sprawę 1 lekarza skierował do Izby Lekarskiej Wydział Zdrowia w innym województwie,
- 21 recept fałszywych przekazano do Wydziału Zdrowia w Sieradzu, który skierował sprawę do Policji Państwowej,
- 32 recepty fałszywe przekazano Policji Państwowej we Wrocławiu,
- anulowano pieczętki 15 lekarzy,
- sprawy 8 lekarzy wystawiających recepty na ponad miesięczną kurację skierowano do specjalistów wojewódzkich,
- 2 lekarzy zobowiązano do zwrotu 4.227.000 zł. - za zrealizowane recepty dla pacjentów nie wymagających leczenia zaordynowanymi lekami.

W celu uniknięcia w przyszłości wyżej podanych uchybień należy zabezpieczyć odpowiednio osobiste pieczętki lekarzy oraz druki recept i pieczętki nagłówekowe. Nie stemplować na zapas druków recept oraz nie udostępniać druków recept osobom

postronnym. Niezwłocznie zgłaszać do Izby Lekarskiej fakt kradzieży lub zagubienia pieczętki lekarskiej, która winna wydać skierowanie do zakładu pieczętkarskiego z treścią nowej pieczętki, oraz zobowiązać lekarza do pilnego podania w formie pisemnej treści zagubionej i nowej pieczętki w Nadzorze Farmaceutycznym (Pl. Powstańców Warszawy 1, p. 312).

Jednocześnie prosimy o pilne uregulowanie sprawy z zakładami pieczętkarskimi zmierzając do wyeliminowania wyrabiania fałszywych pieczętek; zakłady winny realizować zlecenia tylko na podstawie skierowania z Izby Lekarskiej.

Ordynowane leki winny posiadać odpowiednie uzasadnienie w dokumentacji pacjenta.

Ponadto w związku z wejściem w życie Ustawy o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne apelujemy o zapoznanie się z Ustawą i Zarządzeniami Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 listopada 1991 r. w sprawie:

- recept uprawniających do nabycia leku i artykułu sanitarnego za opłatą ryczałtową, za częściową odpłatnością lub bezpłatnie
- ilości leku recepturowego sporządzonego w aptece, za który wnosi się opłatę ryczałtową,
- wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz o przestrzeganiu powyższych zasad.

Mamy nadzieję, że kontrole przeprowadzone przez Nadzór Farmaceutyczny w bieżącym roku nie wykażą przedstawionych powyżej uchybień.

lek. med. *Teresa Łabińska*
mgr *Lidia Temler*

Od redakcji:

Kontrola pisania i wydawania recept jest, jak widać, coraz ostrzejsza. Jak zatem pisać zwykłą receptę, aby nie popaść w tarapaty z Nadzorem Farmaceutycznym i nie narażać chorego na kłopoty?

Otóż muszą one być napisane na druku standardowym (MZ/Pom 31), z pieczętką zakładu leczniczego (państwowego lub prywatnego). Istotne jest obok nazwiska umieszczenie wieku chorego i adresu. Konieczne trzeba zaznaczyć odpłatność (ryczałt, 30%, bezpł. według tabeli leków.) Jeśli nie dopełnimy tych formalnych wymagań, to pacjent może zapłacić 100% za lek (wg paragrafu 13 Rozporządzenia Min. Zdrowia). Poza tym ilość opakowań trzeba napisać cyfrą arabską, a nie rzymską jak tego wymagano zawsze na ćwiczeniach z receptury. Oczywiście nie musimy przypominać, że przepisane leki powinny być wpisane do historii choroby pacjenta w szpitalu, przychodni lub gabinecie prywatnym, a ponadto w specjalnym kartoniku w książeczce ubezpieczeniowej! Po tym wszystkim odechciewa się właściwie pisać recept.

Tabletka dla Ministra!

NA ZIELONO

dokończenie ze str. 1

(do czasu opublikowania tego wykazu obowiązują dotychczasowe przepisy, a zapisywać leki należy na białych receptach); art. 12 ust. 2 -- określający zasady pomocy finansowej dla pacjentów miał nawet delegację czasową najpóźniej do „miesiąca” -- do dzisiaj, tj. 15.01.92 r. nie doczekał się publikacji.

Wracając do książeczek zdrowia ministerstwo wydrukowało znaczną ilość tzw. wkładek do dokumentu uprawniającego do bezpłatnego leczenia, których dystrybucja została wstrzymana do 1 lutego 92 r. Moim zdaniem spowoduje to dodatkowe restrykcje w stosunku do pacjenta, któremu apteka nie zrealizuje recepty w przypadku braku wkładki. Służba zdrowia będzie obciążona dystrybucją, wydaniem tego rodzaju dokumentu, wielokrotnością „powrotów pacjenta” do lekarza lub apteki, jeżeli pacjent zapomni wkładki, oraz wieloma innymi niekorzystnymi zjawiskami, powodującymi jedynie frustrację społeczeństwa.

Ustawa wprowadza nowy typ recept -- druk Mz/Pom-32, tzw. „zielone recepty”, które budzą wiele zastrzeżeń (czemu mają służyć?), nieporozumień, mnogość interpretacji w zależności od tego, kto jej dokonuje: administracja, farmaceuci czy lekarze. Postaram się więc przedstawić w skrócie podstawowe fakty wynikające z Ustawy i zarządzenia ministra zdrowia z 18.11.91r., oraz własne przemyślenia:

- recepty MZ/Pom-32 są drukami ścisłego zarachowania

- zapisywane są na nich leki i artykuły sanitarne znajdujące się poza listą leków podstawowych w przypadku chorób przewlekłych i konieczności przyjmowania danego leku z bezwzględnych zaleceń lekarskich (art.8.1 art.9.2.).

- recepta uprawnia do nabycia leku za opłatą ryczałtową (z wyjątkiem paragrafu 6 ust.2 Zarz. M.Z.).

- zaopatrzenie w recepty Mz/Pom-32 następuje bezpłatnie dla lekarzy społecznej służby zdrowia i odpłatnie wszystkim pozostałym za pokwitowaniem w księdze kontroli druków ścisłego zarachowania (w woj. wrocławskim w miejscach wskazanych przez dyrekcję ZOZ lub szpitala).

- każdy lekarz powinien posiadać dwa bloczki recept Mz/Pom-32 (par.10 pkt 3 Zarz. M.Z.), następny otrzymuje się po zwrocie użytego, po pokwitowaniu i ew. uiszczeniu opłaty. Taka interpretacja w/w przepisu zapobiegnie sytuacji, gdy lekarz nie będzie mógł wypisać pacjentowi recepty z powodu jej braku;

- na druku MZ/POM-32 można zapisać lek dla pacjenta tylko tej jednostki

organizacyjnej, której pieczęć jest odcisnięta na recepcie;

-- każde wydanie recepty MZ/POM-32 musi mieć merytoryczne uzasadnienie w dokumentacji pacjenta, dokonane przez daną jednostkę organizacyjną, której pieczęć jest na recepcie. Nie dotyczy to recept wystawionych dla siebie i rodziny (małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej), które też w tym wypadku nie mogą mieć odcisniętego stempla jednostki organizacyjnej (par.5 ust.3 Zarz. M.Z.). Uwaga: W każdym przypadku, gdy recepta ma stempel jednostki, musi być w danej jednostce dokumentacja chorego, oraz wpis uzasadniający zastosowanie danego leku.

-- na recepcie muszą być zawarte następujące informacje (par.6 Zarz. M.Z.): imię, nazwisko, wiek i adres chorego; zaznaczenie, że pacjent jest lub nie jest „ubezpieczony”; zaznaczenie, że pacjent jest zasłużonym honorowym dawcą krwi i nr legitymacji (leki bezpłatne); zaznaczenie, że pacjent jest inwalidą wojskowym lub wojennym „IW” i nr legitymacji (leki bezpłatne); dla „nieetatowych” wojskowych (okresowo powołany do wojska) zaznaczenie „P.O.O.” (leki bezpłatne); pieczęć lekarza; pieczęć jednostki organizacyjnej (z wyłączeniem recept dla siebie i rodziny) (par.5 Zarz. M.Z.); zaznaczenie odpłatności (w woj. wrocławskim zniesione).

Jeżeli recepta zawiera uchybienie formalne, aptekarz wyda lek za 100% odpłatnością, a lekarz na wniosek pacjenta może ponieść odpowiedzialność finansową. Uważam za zupełnie nieuzasadniony, nałożony na lekarzy obowiązek określenia odpłatności (w woj. wrocławskim został uchylony).

Tego rodzaju informacjami zainteresowani są aptekarze i oni powinni to określać. Czas lekarza jest zbyt cenny, aby zajmował się wyszukiwaniem informacji dla niego zupełnie bezwartościowych, nie mających też żadnego znaczenia dla terapii. Sądzę natomiast, że pozostałe informacje powinny znajdować się na każdej recepcie, a ich brak może narazić lekarza nie tylko na zarzut o niesolidność, ale i na konsekwencje finansowe. We wszystkich krajach europejskich recepty zawierają dane, o których mówi ustawa, w wielu zawierają muszą nawet o wiele więcej informacji niż u nas.

-- terminy realizacji recept to 30 dni od daty wystawienia oraz:

na środki odurzające i antybiotyki -- 14 dni, recepty z pomocy doraźnej -- 5 dni, -- na jednej recepcie każdego typu można zapisać maksymalnie dwa opakowania jednego leku, z wyjątkiem chorób przewlekłych: wtedy można zapisać ilość leku na dwumiesięczną kurację pod warunkiem podania sposobu dawkowania. Art. sanitarne w ilościach nie większych

niż: 400 g waty, 10 m² gazy, 1500 g ligniny, 5 bandaży, 30 szt. gazików;

-- o utracie bloczka recept należy bezzwłocznie zawiadomić dyrekcję jednostki, która go wydała lub sprzedała.

-- zgłoszenia wydania recepty zielonej (art.9 ust.4) w województwie wrocławskim odbywać się będą na drodze administracyjnej (pierwsza kopia przez aptekarza przekazana zostanie do nadzoru farmaceutycznego).

W ustawie -- „wojewoda wyznaczy jednostkę, którą należy powiadomić”. Ustawa, zarządzenie ministra oraz brak wymienionych wcześniej aktów wykonawczych utrudnia pracę pracownikom służby zdrowia.

Z własnej praktyki wiem, ile czasu zajmuje właściwe załatwienie pacjenta, aby nie narazić go na nieuzasadnione koszty leczenia. Spotykam się codziennie z różnymi niezrozumiałymi decyzjami administracji, lekarzy i farmaceutów, które nie znajdują żadnego uzasadnienia w przepisach, a które są jedynie wytworem biurokratycznych nawyków.

Jeżeli artykuł ten przyczyni się choćby nieznacznie do lepszej obsługi pacjentów przez resort zdrowia, a pracownikom nieco przybliży trudne przepisy ułatwiając im pracę, odniesiemy wspólną korzyść.

Leszek Pałka

Spotkanie koleżeńskie absolwentów
Wydziału Lekarskiego Akademii
Medycznej we Wrocławiu
z roku 1971

odbędzie się w dniu
6 czerwca 1992 r. we Wrocławiu.
Osoby zainteresowane prosimy
o kontakt listowny i wstępną
deklarację na adres:

Doc. dr hab. Piotr Szyber
Klinika Chirurgii Naczyniowej AM
Wrocław ul. Poniatowskiego 2

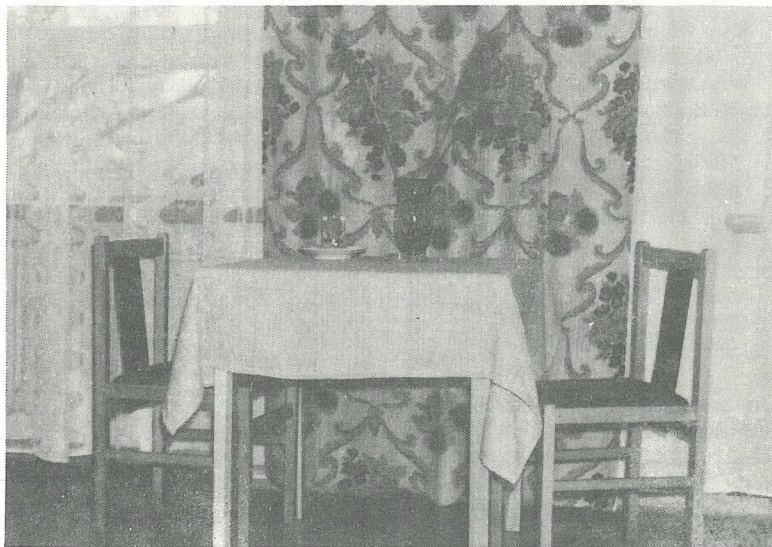
Koło Ziemi Dzierżoniowskiej
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
organizuje

II Bal Lekarza

który odbędzie się w Restauracji
Teatralnej w Bielawie
w dn. 22.02.1992 roku
o godz. 20.00
Cena 400.000 zł od pary
Chętnych zapraszamy
Tel. kontaktowy Bielawa 344-335

Dyrekcja Specjalistycznego Szpitala Zespołonego we Wrocławiu przy ul. Traugutta 116 uprzejmie informuje, że od dnia 2.01.1992 r. na terenie Szpitala im. T. Marciniaka istnieje możliwość wynajmu pokoi hotelowych.

Z tej możliwości mogą skorzystać: pracownicy służby zdrowia oraz rodziny pacjentów skierowanych przez Ordynatorów i Dyrektorów placówek służby zdrowia.



Kontakt z hotelem tel. 44-70-21 wew. 246 od 7.30 do 15.00
oraz 44-70-21 wew. 276 po godz. 15.00

W tej rubryce Wojewódzki Zespół Metodyczny we Wrocławiu ma ambicję przedstawiać garść najświeższych informacji, przydatnych naszym zdaniem każdemu członkowi DIL.

1. Od 15 stycznia obowiązuje ustawa o zakładach opieki zdrowotnej.

Dotychczas nie został do niej opublikowany żaden akt wykonawczy. W dyspozycji Zespołu („Metorgu”) znajduje się siedem projektów opracowanych przez ministerstwo zdrowia.

2. Wydano zalecenia dotyczące opieki zdrowotnej nad dziećmi zakażonymi wirusem HIV.

a) leczenie pediatryczne dzieci zakażonych bezobjawowo „powinno być realizowane” przez wszystkie poradnie i szpitalne oddziały dziecięce w kraju,

b) do czasu organizacji wydzielonych specjalnych ośrodków zaleca się przyjmowanie sierot społecznych i rzeczywistych, zakażonych wirusem HIV, do lokalnych domów dziecka.

c) dzieci z objawowym zakażeniem HIV powinny być leczone w dziecięcych oddziałach i klinikach obserwacyjno-zakaźnych lub innych oddziałach pediatrycznych dysponujących odpowiednimi możliwościami izolacyjno-sanitarnymi. (We Wrocławiu nad noworodkami wymagającymi leczenia w oddziale patologii noworodka opiekę sprawować będzie Oddział Patologii Noworodka, Miejskiego Szpitala im. Korczaka; dzieci powyżej 3 roku życia zajmować się będzie Szpital i Klinika Chorób Zakaźnych we Wrocławiu).

d) decyzja o całokształcie postępowania z dzieckiem zakażonym wirusem HIV i chorymi na AIDS podejmowane być powinny przez władze lokalne oraz specjalistów wojewódzkich w dziedzinie pediatrii i chorób zakaźnych.

We Wrocławiu całokształtem spraw związanych z zakażeniem HIV zajmuje się Zespół d.s. zwalczania HIV przy Woj. Zespole Metodycznym.

3. Z informacji P.Z.H. wynika, że wystąpiło epidemiczne nasilenie zachorowań na zapalenie płuc wywołane przez *Mycoplasma pneumoniae*. Badania serologiczne wykonuje Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna. Jedynymi skutecznymi lekami są tetracykliny lub erytromycyna.

4. Do zakładów służby zdrowia rozesłaliśmy kalendarze szczepień ochronnych na 1992 rok, zwraca w nich uwagę zmiana terminów szczepień przeciw wzw studentów A.M. i średnich szkół medycznych z trzeciego na pierwszy rok nauki.

5. Wydział Zdrowia U.W. we Wrocławiu informuje, że wszystkie podległe jednostki w IV kwartale ub. roku uzyskały 16 mld zł. dochodu z prowadzonej działalności

gospodarczej. Środki te przeznaczono na poprawę opieki nad naszymi pacjentami.

6. W dniu 9.1.92 r. odbył się zjazd członków założycieli Stowarzyszenia Dyrektorów Opieki Zdrowotnej Regionu Dolnośląskiego, na którym uchwalono statut Stowarzyszenia. W zjeździe uczestniczył Przewodniczący DIL Kol. Ryszard Maj, obecni byli Lekarze Wojewódzcy Legnicy i Jeleniej Góry.

7. W dniu 17.1.92, na spotkaniu w Urzędzie Wojewódzkim dyrektorów jednostek, przedstawiciele organizacji samorządowych i związkowych, Lekarz Wojewódzki, kol. Kazimierz Sroczyński przedstawił dramatyczną sytuację finansową służby zdrowia, oraz projekt działań oszczędnościowych w trzech wariantach.

Opracował Woj. Zes. Met. Wrocław pod kierunkiem Leszka Palki

Stażyści

Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu informuje, że 9.12.1991 roku otrzymaliśmy z ministerstwa zdrowia decyzję o przyznaniu limitu środków finansowych w wysokości 351 mln, z przeznaczeniem dla 130 tegorocznych absolwentów, w odpowiedzi na nasze pismo Z.I. 8025/4/91 z dnia 7.08.1991.

Pieniądze te można było wykorzystać jedynie do 31.12.1991 roku, co oczywiście było zupełnie niemożliwe, zważywszy że kwota ta była przyznana na trzy miesiące od października 1991r.!!!

W dniu 18.12.91 roku odbyło się spotkanie stażystów z przedstawicielami Komisji Kształcenia DIL i Wydziału Zdrowia, na którym przedstawiono stan prawny i stan faktyczny. Zaprotestowaliśmy też przeciwko decyzjom ministerstwa uniemożliwiającym odbycie stażu absolwentom Akademii Medycznej we Wrocławiu w określonym ustawą czasie.

Podjęto decyzję o maksymalnym wykorzystaniu środków finansowych, między innymi przez zwiększenie liczby obowiązkowych dyżurów w grudniu. Taka decyzja obniży wydatki na dyżury w 1992 roku.

Uważamy, że sprawa nadal wymaga wspólnych działań DIL, AM, Wydziału Zdrowia zmierzających do umożliwienia dokończenia stażu wszystkim stażystom.

Naszym zdaniem należy też już dzisiaj podjąć decyzję o sposobie odbywania stażu przez tegorocznych absolwentów, oraz o przyznaniu środków finansowych na ten cel przez ministerstwo zdrowia. Wszyscy stażyści zatrudnieni w grudniu (do grudnia) mają przedłużoną umowę do 31.03.92.

lek. med. Leszek Palka
Dyrektor Wojewódzkiego Zespołu
Metodycznego Opieki Zdrowotnej

Barbara Świątek

27 letnia kobieta złożyła w Sądzie pozew, w którym wносиła o uznanie wskazanego mężczyzny – pozwanego za ojca urodzonego przez nią dziecka i przyznanie na dziecko stosownych alimentów. Jako uzasadnienie pozwu podała, że współżyła płciowo tylko z pozwanym i tylko on może być ojcem córki. Na pierwszej rozprawie sądowej pozwany przyznał, że miał stosunki płciowe z powódką, ale ostatni stosunek miał miejsce w połowie października 1989 r. i nie może być ojcem dziecka urodzonego w dniu 8 września 1990 roku. Powódka nie wykluczyła daty ostatniego stosunku płciowego, utrzymywała jednak, że po tym ostatnim stosunku z innymi mężczyznami już nie współżyła. Sugerowała, że opóźnienie porodu mogło być związane z hypotrofią płodu albo być jakimś szczególnym, odbiegającym od normy przypadkiem. Z zebranej przez Sąd dokumentacji lekarskiej wynikało, że na przełomie 1989/1990 roku powódka zgłosiła się u lekarza ginekologa i w następnych miesiącach zgłaszała się systematycznie. Na podstawie terminu ostatniej przed ciążą miesiączki jaki podawała powódka, lekarz ustalił termin spodziewanego porodu na 20 czerwca 1990 r. Od pierwszego jednak badania miał wątpliwości co do wielkości ciąży w odniesieniu do terminu ostatniej miesiączki i stawiał liczne znaki zapytania. Jego wątpliwości potwierdziło badanie USG. Poza tymi wątpliwościami ciąża rozwijała się prawidłowo i dnia 8 września 1990 r. wystąpiły objawy zbliżającego się porodu. W tym też dniu powódka (była wieloródką) urodziła w szpitalu, siłami natury córkę o masie ciała 2800 gramów, długości ciała 51 cm, obwodzie główki 30 cm, w bardzo dobrym stanie ogólnym określonym na 10 punktów w skali Apgar. Noworodek wykazywał dobrą żywotność, skórę miał czystą, pokrytą mazią płodową, tkanka podskórna była dobrze rozwinięta, brak było zmian w narządach wewnętrznych. W trzeciej dobie po urodzeniu wystąpiło śladowe zażółcenie skóry, adaptacja poporodowa przebiegała bez powikłań. Po przesłuchaniu stron Sąd przesłał akta sprawy do Zakładu Medycyny Sądowej i zlecił opracowanie sądowo-lekarskiej opinii

Czy pozwany mógł być ojcem dziecka?

ustalającej czy pozwany może być ojcem dziecka oraz czy ciąża powódki może być jakimś nadzwyczajnym, rzadko spotykanym przypadkiem co do czasu trwania.

Przy przyjęciu, że w tym przypadku ostatni między stronami stosunek płciowy był stosunkiem zapładniającym (założenie najkorzystniejsze dla powódki), ciąża trwałaby 324 dni, zamiast przeciętnie 266-268 dni. W opinii sądowo-lekarskiej przyjęto, że ciąża i poród przebiegały u powódki normalnie i nie wyróżniały się niczym szczególnym. Noworodek był dojrzały i nie wykazywał ani cech przenoszenia, ani hypotrofii. Urodził się on zatem po przeciętnie długim okresie trwania ciąży i pozwany nie może być jego ojcem, o ile rzeczywiście odbył z powódką ostatni stosunek płciowy w podawanym terminie.

W opisywanym przypadku opinia sądowo-lekarska dotyczyła tzw. okresu koncepcyjnego, o którym jest mowa w art. 85 Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego. Ustawodawca podaje w nim granice trwania ciąży i przyjmuje („domniemywa się”), że mężczyzna, który obcował z matką dziecka w okresie od 180 do 300 dnia od porodu, może być ojcem tego dziecka. Ten 120-dniowy okres jest okresem koncepcyjnym. Jednakże odpowiednia Uchwała Sądu Najwyższego nakazuje konfrontować rozwój fizyczny noworodka z czasem trwania ciąży i to właśnie czyni biegły lekarz. Opisywany przypadek był łatwy do opiniowania. Teoretycznie pozew – w oparciu o cytowany artykuł winien był być od razu oddalony, gdyż pozwany obcował z powódką ostatni raz w 324 dniu przed porodem. Zdarzają się znacznie częściej przypadki mniej jednoznaczne. Z ostrożności opiniodawczej przyjmujemy, że dwu a nawet trzytygodniowe odchylenia od przeciętnego czasu trwania ciąży mogą się jeszcze mieścić w granicach rozrzutu fizjologicznego, ale jak opiniować dalsze, choćby kilkudniowe odchylenia? Pomocnymi byłyby oczywiście bardzo dokładne dane o cechach noworodka (opis wg skali Dubowitza lub Petrusa), w praktyce jednak uzyskujemy jedynie bardzo skrócone dane.

Poza „okresem koncepcyjnym” w sprawach o „ustalenie ojcostwa i alimenty” znaczenie dowodowe mają badania serologiczne krwi, badania nasienia i badania antropologiczne. Dowody osobowe w tych sprawach wnoszą zazwyczaj niewiele – świadkowie potwierdzają sympatyzowanie stron, przebywanie w nocy w jednym pomieszczeniu, czasami w łóżku. W jednej ze spraw powódka twierdziła, że odbywała stosunek płciowy z pozwanym w mieszkaniu jego znajomych podczas przyjęcia, opisywała rozkład i urządzenie tego mieszkania. Właściciele mieszkania zaprzeczali, by powódka kiedykolwiek u nich była. Sąd zarządził „wizję lokalną” i udał się na miejsce „zdarzenia”, by sprawdzić prawdziwość powódki i świadków.

Jeszcze do niedawna oddalenie pozwu w opisywanych sprawach mogło się opierać na wykluczeniu ojcostwa w badaniach serologicznych krwi, niezgodności okresu koncepcyjnego i czasu trwania ciąży z rozwojem fizycznym noworodka. Badania antropologiczne nie stwarzały takich możliwości, a badanie nasienia ocenia zdolność mężczyzny do płodzenia w danym momencie, ale wyjątkowo można taką ocenę uczynić wstecz. Podkreślić należy, że do tej pory badania serologiczne krwi, nawet w bardzo poszerzonym zakresie, łącznie z układem HLA stwarzały możliwość wyłączenia ojcostwa niesłusznie pozwanego mężczyzny, natomiast nie ustalały ojcostwa i parę procent mężczyzn mogło być niesłusznie (wobec nie wyłączenia ojcostwa) uznanych za ojca dziecka.

W chwili obecnej mam dla mężczyzn dwie wiadomości: dobrą i złą. Dobra: w Polsce od kilku miesięcy wykonywane są dla celów sądowych badania układu DNA – badania te pozwalają na ustalenie ojcostwa i każdy niesłusznie pozwany mężczyzna zostanie wykluczony. Zła – nadal obowiązują (ze względu na dobro dziecka) prawo dające możliwość pozywania przez kobietę kolejnych mężczyzn aż do ustalenia ojca dziecka (w razie gdy w okresie koncepcyjnym obcowała płciowo z kilkoma mężczyznami).

Barbara Świątek

OŚWIATA

SPÓŁDZIELNIA PRACY

Informacje i zapisy
ul. Ks. Witolda 33, tel. 21-64-84
– ul. Ruska 46 b, tel. 44-25-64

OFERUJEMY PAŃSTWU KURS
„ZASADY PROWADZENIA
KSIĄŻKI PRZYCHODÓW
i ROZCHODÓW”
DLA OSÓB FIZYCZNYCH

Program kursu obejmuje zapoznanie słuchaczy z problemami:

- prowadzenia działalności gospodarczej
- zasadami rachunkowości
- przepisami prawnymi m.in.
 - a) związanymi z zatrudnianiem i wynagradzaniem pracowników
 - b) obliczaniem amortyzacji
 - c) sporządzaniem inwentaryzacji
- obliczania podatku obrotowego i dochodowego
- obliczania kosztów
- sposobu wypełniania deklaracji podatkowej

Program kursu przewiduje 10 godz.

Zajęcia prowadzone są przez wysokiej klasy specjalistę w oparciu o najnowsze przepisy
Słuchaczom zapewniamy materiały szkoleniowe

Ponadto:

**Oferujemy Państwu
jeszcze w tym roku kurs
obliczania podatku
dochodowego wg nowych
zasad.**

W ramach seminarium poruszone zostaną następujące zagadnienia:

- jakie podatki zostaną zastąpione podatkiem dochodowym i w jaki sposób?
- kto będzie płacił i od jakich przychodów
- jakie będą ulgi i zwolnienia podatkowe?
- opodatkowanie dochodów współmałżonków,
- progresja podatkowa,
- obowiązki zakładów pracy jako płatników nowego podatku

Uczestnikom zapewniamy materiały seminaryjne, program przewiduje 5 godzin.

**DZIEKAN WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU**

**OGŁASZA KONKURS
NA STANOWISKA NAUCZYCIELI AKADEMICKICH
(ASYSTENTÓW)
W NIŻEJ PODANYCH KATEDRACH I KLINIKACH**

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii..... | 1 stanowisko lek. med. |
| 2. Katedra i Klinika Psychiatrii | 1 stanowisko lek. med. |
| 3. Katedra i Klinika Kardiologii | 2 stanowiska lek. med. |
| 4. Katedra i Klinika Nefrologii Pediatricznej | 1 stanowisko lek. med. |
| 5. Katedra i Klinika Chirurgii Pediatricznej | 1 stanowisko lek. med. |
| 6. Katedra i Klinika Neurologii..... | 1 stanowisko lek. med. |
| 7. Katedra i Zakład Onkologii | 2 stanowiska lek. med. |
| 8. Katedra i Zakład Biochemii | 1 stanowisko mgr chem. |
| 9. Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej | 2 stanowiska lek. med. |
| 10. Zakład Immunologii Nowotworów | 1 stanowisko lek. med. |
| 11. Katedra i Zakład Patofizjologii..... | 1 stanowisko lek. med. |
| 12. Katedra i Zakład Biofizyki | 1 stanowisko mgr fiz. |
| 13. Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej..... | 2 stanowiska lek. dent. |
| 14. Katedra i Zakład Ortodoncji | 1 stanowisko lek. dent. |
| 15. Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej..... | 1 stanowisko lek. dent. |

O wymienione stanowisko może ubiegać się osoba posiadająca tytuł zawodowy lekarza lub magistra.

KANDYDACI ZGŁASZAJĄCY SIĘ DO KONKURSU SKŁADAJĄ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

1. Podanie
2. Kwestionariusz osobowy i 1 zdjęcie
3. Odpis dyplomu lekarza lub magistra
4. Zaświadczenie o średniej ocen z okresu studiów (dot. absolwentów)
5. Odpis zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
6. Odpis dyplomu posiadanej specjalizacji
7. Odpis dyplomu stopnia naukowego doktora
8. Ewentualne referencje lub opinie opiekuna koła naukowego (dot. absolwentów)
9. Opinię z ostatniego miejsca pracy
10. Informacje o działalności naukowej i dydaktycznej (spis publikacji, prac naukowych)
11. Zaświadczenie o braku zastrzeżeń ze strony Okręgowej Izby Lekarskiej właściwej dla miejsca zatrudnienia

Dokumenty kandydatów przyjmuje Dział Kadr Akademii Medycznej we Wrocławiu, ul. Pasteura 1, IIp. pokój 20 w terminie do dnia 10 lutego 1992 r.

Termin rozstrzygnięcia konkursu przewiduje się na dzień 30 marca 1992. Szczegółowych informacji udziela Dział Kadr A.M. we Wrocławiu tel. 22-65-22.

Uwaga: Istnieje możliwość zakwaterowania w Hotelu Asystenta. Informacji udziela Dział Socjalny A. M.

Rejonowy Zakład Karny we Wrocławiu zwraca się z prośbą o udzielenie pomocy w pozyskaniu do pracy lekarzy – chirurga i internisty posiadających specjalizację II stopnia.

Jednocześnie informuję, że zgodnie z ustawą o Służbie Więziennej i Zarządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 12.11.1990 r. w sprawie ustalenia właściwości przełożonych w niektórych sprawach personalnych funkcjonariuszy Służby Więziennej stosunek służbowy powstaje na podstawie mianowania przez właściwego przełożonego. Kandydaci powinni legitymować się dobrym stanem zdrowia, nie przekraczać w zasadzie 35-40 lat życia i uzyskać pozytywną opinię o przydatności do służby, wydaną przez Wojewódzką Komisję Lekarską przy Wojewódzkiej Komendzie Policji we Wrocławiu.

Zapewniamy wynagrodzenie zasadnicze w wysokości 2.490 tys. zł., wysługę lat, dodatek specjalny w granicach 340-600 tys. zł., dodatek za stopień służbowy, nie mniej niż 240 tys. zł. miesięcznie i inne świadczenia w naturze lub ich ekwiwalent przewidziane w odrębnych przepisach.

Prosimy o przekazanie informacji lekarzom w sposób przyjęty w Izbie.

Dodatkowych informacji zainteresowanym udziela komórka kadr tel. 22-66-21 do 27 wewn. 289 i 295.

Naczelnik
Rejonowego Zakładu Karnego
we Wrocławiu plk mgr
Kazimierz Piech

**Specjalistyczny
Szpital Zespolony
we Wrocławiu**
ul. Traugutta 116

zatrudni:

1 lekarza -- radiologa,
lub małżeństwo
lekarzy -- w pełnym
wymiarze godzin.

Zapewniamy
mieszkanie funkcyjne,
3-pokojowe o
powierzchni 64 m².

1 lekarza -- w pełnym
wymiarze godzin do
Działu Pomocy
Doraźnej

OFERTA PRACY

Rejonowy
Areszt Śledczy
ul. Świbódzka 1
Wrocław
tel. 384-24

lek. med. – mężczyzna
Etat funkcjonariusza

Zakład Karny
Wołów
ul. Wieżowa 6
tel. 25-25

lek. med.
Ambulatorium z Ogólną Izba
Chorych
Etat funkcjonariusza służby
wieziennej

Dziekan
Wydziału Lekarskiego
w Katowicach

ogłasza konkurs
na funkcję

KIEROWNIKA

II Katedry i zakładu
PATOMORFOLOGII

I Katedry i Kliniki
PSYCHIATRII

I Kliniki
KARDIOCHIRURGII
w Katedrze
Kardiochirurgii

O tę funkcję mogą ubiegać się kandydaci – samodzielni pracownicy nauki, którzy posiadają: co najmniej stopień naukowy doktora habilitowanego, znaczący dorobek naukowy oraz praktykę zawodową, doświadczenie dydaktyczne.

Do podania proszę uprzejmie dołączyć:

- życiorys z uwzględnieniem przebiegu pracy zawodowej i naukowej,
- dokumentację stwierdzającą posiadanie tytułu naukowego, względnie stopnia naukowego,
- spis prac naukowych.

TERMIN PRZYJMOWANIA
ZGŁOSZEŃ - 10.02.1992 r.
PRZEWIDYWANY TERMIN
ZAKOŃCZENIA
KONKURSU - 28.02.1992 r.

Dokumenty należy składać w
Dziale Spraw Pracowniczych Sekcja
Nauczycieli Akademickich
Katowice, ul. Poniatowskiego 15
Dziekan Wydziału Lekarskiego w
Katowicach

prof. dr hab. n. med.
Barbara Zahorska-Markiewicz

Utworzenie ODDZIAŁU REGIONALNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO ZIEMI LUBIŃSKIEJ

Zarząd Główny PTL wyraził zgodę na utworzenie Oddziału Regionalnego w naszym mieście. Jest to zgodne z tradycją PTL, gdyż oddziały regionalne powstały znacznie wcześniej niż oddziały wojewódzkie, które tworzone dopiero po 1951 r. po połączeniu towarzystw regionalnych w jedną organizację.

Nowy oddział regionalny przyjął nazwę: **ODDZIAŁ REGIONALNY POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO ZIEMI LUBIŃSKIEJ.**

Oddział ten w dniu 18. 12. 1991 r. utworzyły trzy Koła: Koło przy ZOZ-ie Lubin, Koło przy GHSZOZ i Koło Stomatologów.

Do naszego Oddziału zgłosili akces również lekarze stomatolodzy, magistrowie farmacji, analityki, rehabilitacji. Obecnie liczy on 250 członków.

Powstanie oddziału regionalnego było możliwe dzięki wcześniejszej działalności Koła Terenowego PTL w Lubinie, które reaktywowało swoją działalność w 1987 r. W ciągu dwóch kadencji 1987/89 i 1989/91 Zarząd tegoż Koła rozwinął i wzbogacił

dotychczasową działalność w nowe formy, organizując liczne posiedzenia naukowo-szkoleniowe, niejednokrotnie zapraszając na nie kolegów z całego województwa legnickiego. Coroczne Bale Lekarza i wyjazdowe posiedzenia naukowe PTL, gdzie jest realizowany urozmaicony program rekreacyjny dla lekarzy i ich rodzin, cieszą się dużym powodzeniem i stanowią najlepszą formę integracji naszego środowiska.

Sprawdzianem organizacyjnym było II Regionalne Sympozjum „Postępy farmakoterapii i nowe leki”, które zgromadziło około 600 uczestników, kilkunastu wystawców, w tym największe firmy farmaceutyczne w Polsce oraz w ramach dwóch sesji przedstawiło postępy w antybiotykoterapii i w terapii zaburzeń rytmu serca.

Należy podkreślić, że w realizacji tych wszystkich zamierzeń biorą udział również młodzi lekarze.

W oparciu o dotychczasowe doświadczenia zorganizowano w dniu 16. 11. 1991 r. „Wystawę i Targi Drobno Sprzętu Medycznego”, na której zdemontowały się 34 firmy zajmując łącznie 290 m² powierzchni wystawowej, przeprowadzono 4 sesje naukowo-szkoleniowe oraz dyskusję środowiskową na temat prywatyzacji i praktyk prywatnych.

W tej imprezie wzięło udział ponad 600 osób, co z jednej strony świadczy o wysokiej ocenie imprezy, a jednocześnie dowodzi dużej aktywności naszego środowiska medycznego. Dlatego uznaliśmy za możliwe i celowe utworzenie oddziału regionalnego. Pragniemy podkreślić, że powołanie Oddziału Regionalnego nie jest celem samym w sobie. W planach są dwie regionalne imprezy naukowo-szkoleniowe, adresowane do koleżanek i kolegów z Dolnego Śląska, Ziemi Lubuskiej i województwa leszczyńskiego. Są to:

28. 03. 1992 r. -- III Regionalne Sympozjum „POSTĘPY FARMAKOTERAPII I NOWE LEKI”,

14. 11. 1992 r. -- II WYSTAWA I TARGI DROBNEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO.

*Sekretarz Oddz. Regionalnego PTL
Ziemi Lubuskiej
lek. Artur Kwaśniewski*

*Przewodniczący
Oddziału Regionalnego PTL
Ziemi Lubuskiej
Prof. dr habil. Janusz Bielański*

**Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Lekarskiego
oraz Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych we Wrocławiu
zapraszają na**

POSIEDZENIE NAUKOWE,

które odbędzie się 19 II 1992 r. o godz. 13.00 w sali wykładowej Katedry i Zakładu Mikrobiologii Akademii Medycznej przy ul. Chalubińskiego 4.

Program:

1. Cele i zadania medycyny psychosomatycznej.
J. Łazowski -- Wojskowy Szpital Kliniczny
2. Rola lęku w schorzeniach przewodu pokarmowego
W. Lubczyńska-Kowalska -- Katedra i Klinika Gastroenterologii
A. Wasik -- Katedra i Klinika Psychiatrii
3. Informacje o nowych lekach „POLFY”
J. Zborucka -- Ośrodek Informacji Naukowej „POLFA”
4. Dyskusja

Uwaga:

Uczestnictwo w posiedzeniu Towarzystwa jest częścią składową szkolenia podyplomowego, zgodnie z programem Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych we Wrocławiu.
Udział lekarzy specjalizujących się jest obowiązkowy.

*Sekretarz
Oddziału Wrocl. Pol. Tow. Lek.
I. Gasińska-Drozdowska*

*Przewodniczący
Oddziału Wrocl. Pol. Tow. Lekarskiego
Mieczysław Ujec*

Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej we Wrocławiu wspólnie z Dolnośląskimi Oddziałami Towarzystwa Chirurgów Polskich Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii uprzejmie informuje, że w dniu 9 KWIETNIA 1992 r.

organizuje Sympozjum pt.

OPERACJE REKONSTRUKCYJNE W USZKODZENIACH WIĄZADEŁ STAWU KOLANOWEGO

(diagnostyka, leczenie operacyjne, postępowanie pooperacyjne).

Udział w Sympozjum i referaty mogą być zgłaszane telefonicznie lub listownie na adres:

KATEDRA I KLINIKA CHIRURGII
URAZOWEJ AM
50-417 WROCŁAW, ul. TRAUUTTA 57/59
Tel. 44-25-29

DO DNIA 29 LUTEGO 1992 r. szczegółowy program Sympozjum prześlemy zainteresowanym listownie

*Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii
Urazowej AM we Wrocławiu
Prof. dr hab. Henryk Kuś*

**Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
zaprasza na najbliższe posiedzenia szkoleniowo-naukowe,
które odbędą się w dniach 20. 02. i 5. 03. 1992 r.**

20 lutego 1992 r. o godz. 12.30
sala im. E. Biernackiego przy ul. Pasteura 4

**Program z Katedry i Kliniki Kardiologii
AM we Wrocławiu**

1. M. Negrusz-Kawecka
Udział sodu w etiopatogenezie
nadciśnienia tętniczego pierwotnego.
2. B. Halawa
Badania nad udziałem receptorów alfa-
adrenergicznych w etiopatogenezie
nadciśnienia tętniczego pierwotnego

5 marca 1992 r. o godz. 12.30
sala im. E. Biernackiego przy ul. Pasteura 4

**Program z Oddz. Inter.-Kardiologicznego
Szpitala im. T. Marciniaka i A. Falkiewicza
oraz z Kliniki Chirurgii Serca we Wrocławiu**

1. B. Brzezińska, K. Łoboz-Grudzień
Arytmogenna dysplazja prawej komory
-- znaczenie kliniczne.
2. K. Kulczuga-Kaczmarek, K. Łoboz-Grudzień,
A. Kostecka-Pokryszko, T. Hirnle, A. Kowalska
Fala zwrotna w zespole wypadania płata
zastawki dwudzielnej.

SEKRETARZ

Doc. dr hab. med. K. Łoboz-Grudzień

PRZEWODNICZĄCA

Prof. dr hab. med. L. Hirnlowa

Oplątek naukowców

W niedzielę 19 stycznia odbyło się tradycyjne spotkanie środowiska akademickiego Wrocławia z J. Emin. Ks. Kardynałem Henrykiem Gulbinowiczem. Akademia Medyczna reprezentowana była przez liczne grono nauczycieli akademickich i studentów na czele z władzami uczelni. Uroczystą Mszę św. koncelebrowaną odprawili wszyscy wrocławscy biskupi, przepiękną i mądrą homilię wygłosił Rektor Papieskiego Fakultetu Teologicznego ks. prof. dr Jan Krucina.

Druga część uroczystości odbyła się w auli Seminarium Duchownego, gdzie powitał gości Rektor Ks. prof. Ignacy DEC. Przemówił także inicjator tych kontaktów, kochany i szanowany przez wszystkich „Wujek”, ks. prałat Aleksander Zienkiewicz. Ksiądz Kardynał przedstawił sytuację diecezji podkreślając zmiany organizacyjne, jakie czekają w najbliższym czasie Kościoła w Polsce. W imieniu zaproszonych gości przemówił Dziekan Wydziału Nauk Przyrodniczych Uniwersytetu Wrocławskiego, prof. T. Krupiński. Było to jedno z tych spotkań, dzięki którym czuje się wspólnotę ze wszystkimi uczelniami Wrocławia, różnymi pokoleniami nauczycieli akademickich i reprezentującymi szeroki zakres uprawianych dyscyplin naukowych.

W.B.





Na co nas stać?

Zuzanna Morawska

Jako dwudzieste pierwsze wydawnictwo Biblioteki Staszowskiej ukazały się *Refleksje Libijskie*. Autorem jest Maciej Zarębski – lekarz, specjalista analityk i internista, z którym przebyłem ponad trzy lata wśród libijskich piasków, w małym miasteczku Syrta, w połowie drogi między Trypolisem a Benghazi. Wraz z innymi lekarzami i pielęgniarkami głównie z Wojew. Szpitala Zespołonego we Wrocławiu pracowaliśmy tam w nowoczesnym arabskim szpitalu.

Autor w ciekawy sposób wprowadza czytelnika w libijską rzeczywistość lat osiemdziesiątych, opisując szarą egzystencję lekarza na kontrakcie „Polservis”, na tle egzotycznego folkloru i zabytków rzymskiej historii. Nostalgia za dalekim Krajem, tęsknota za rodzinami wyzwalają różnorodną twórczość i aktywność kulturalną. Powstają liczne wiersze, odbywają się na pustyni, w domku na kampie wieczory przy świecach z poezją – tą wielką i tą małą, naszą. Próbkę tej „emigracyjnej” twórczości znajdziemy również w omawianych wspomnieniach.

Tak więc, mimo złej jakości fotografii, warto przeczytać tę książeczkę, zwracając również uwagę na ładną grafikę. Przeczytać głównie po to, by przekonać się, że kontrakt to nie tylko dolary, ale również solidna, nieraz wyczerpująca praca, różnorakie stresy psychiczne, tropikalne choroby i tęsknota, tęsknota, tęsknota...

Książkę tę można kupić w kiosku na terenie Woj. Szpitala Zespołonego we Wrocławiu.

Andrzej Wojnar

Przewlekła choroba nerek u dzieci, podobnie u dorosłych, prowadzi z reguły do niewydolności i śmierci. Obecne metody zapobiegania i leczenia są skuteczne i dają możliwość normalnego życia, uzyskania zawodu, założenia rodziny.

Leczenie trwa wiele lat, wymaga różnych leków, często zastosowania sztucznej nerki jak i przeszczepu nerki. Współczesne metody leczenia mogą być stosowane przez wysokokwalifikowany personel medyczny pogłębiający swoje umiejętności przez samokształcenie i udział w działalności europejskich ośrodków nefrologicznych. Koszt leczenia chorych przewlekle na nerki przy pomocy sztucznej nerki jest duży i wraz z postępem wiedzy wzrasta. Koszty leczenia chorych dializowanych są oceniane przez wszystkie ośrodki nefrologiczne w kraju i za granicą. Są różne sposoby pokrycia kosztów leczenia chorych z przewleklą niewydolnością nerek. Większość państw zapewnia w budżecie środki na dializoterapię i transplantację nerek. Jednak część kosztów jest pokrywana przez towarzystwa ubezpieczeniowe i instytucje charytatywne.

W Polsce toczy się dyskusja na co nas, społeczeństwo, stać i jaki poziom ochrony zdrowia możemy obecnie zapewnić obywatelowi. Sądzę, że w sposób jasny i konkretny należałoby społeczeństwu podać do decyzji, czy z dochodu narodowego należy przeznaczyć odpowiedni procent na leczenie chorych wymagających kosztownych metod leczenia. To społeczeństwo i rząd muszą odpowiedzieć czy stać nas tylko na profilaktykę i leczenie podstawowe, czy możemy każdemu obywatelowi zapewnić w razie ciężkiej choroby właściwe leczenie. Nie można takiej decyzji pozostawić lekarzowi, który ma decydować o tym, czy chory będzie właściwie leczony, czy też z powodu braku środków musi sam troszczyć się o swoje zdrowie.

Spółeczeństwo ma prawo do decyzji o sposobach zapewnienia sobie bezpieczeństwa w razie choroby. Jeśli część społeczeństwa zechce się dodatkowo ubezpieczyć, to muszą być po temu warunki prawne. Szczególnie drastycznie występuje ten problem w ochronie zdrowia dzieci. Według wszelkich oświadczeń dzieci mają zapewnione pierwszeństwo w przydziale środków na leczenie. W praktyce nikt tego nie przestrzega. Walka o zdobycie funduszy na działalność zakładów służby zdrowia

jest twarda i potrzeby dzieci są spychane na dalsze pozycje. Co więcej, za dzieckiem nikt z ważnych osobistości nie stoi. Łatwo jest wygłaszać opinie, że dziecko właściwie niewiele potrzebuje, należy je kochać, ale leczyć drogą aparaturą, to już wymysł pediatrów.

Kierownicy Zakładów Opieki nad Dzieckiem, Szpitali Dziecięcych i Klinik zabiegają o dary i fundacje tak, aby przetrwać trudny okres. Ten trudny okres będzie trwał i nic nie wskazuje na poprawę losu dzieci w kraju, który wprawdzie podpisał Kartę Praw Dziecka, ale niewiele w tym kierunku działał.

Celem zapewnienia stałego dopływu funduszy na uzupełnienie środków przyznanych z budżetu z inspiracji lekarzy i rodziców, powstają Towarzystwa Przyjaciół Chorych, wymagających przewlekłego leczenia. Towarzystwa opracowują statuty, zbierają składki, szukają sponsorów na finansowanie leczenia szczególnie kosztownymi metodami.

Przy Klinice Nefrologii Pediatricznej i Stacji Dializ dla Dzieci powstało Towarzystwo Przyjaciół Dzieci chorych na przewlekle choroby Nerek. Członkami założycielami są lekarze i rodzice dzieci leczonych w Klinice Nefrologii Pediatricznej i Stacji Dializ. Towarzystwo zbiera fundusze na konto bankowe: BHK SA O/Wrocław 489209-70944-132.

Zarząd Towarzystwa będzie podejmował uchwały, jakie potrzeby Kliniki mają być wspomagane przez zebrane fundusze. Zasadniczym celem działania Towarzystwa jest zebranie funduszy, które pozwolą dofinansować leczenie dzieci wymagające szczególnych kosztów.

Dotychczasowe doświadczenie mówi, że dzieci chorują na nerki w każdym wieku, od okresu noworodkowego do wieku młodzieńczego, a leczenie trwa wiele lat. Działalność Towarzystwa będzie owocna i mamy nadzieję, że liczba członków bezinteresownych i przyjaciół wzrośnie.

Dziecko z przewleklą niewydolnością nerek w regionie Dolnego Śląska ma zapewnione leczenie na poziomie nieodbiegającym od standardów europejskich, co jest osiągnięciem, które warto chronić i kontynuować.

Kierownik Katedry
Kliniki Nefrologii Pediatricznej
prof. dr habil. Zuzanna Morawska

LISTY DO REDAKCJI

Redakcja Biuletynu DIL

Ośmielam się przesłać krótkie sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia Lekarzy Świata, które odbyło się w Krakowie 23 listopada '91 roku.

Obrady toczyły się w Sali Nowodworskiej rektoratu Akademii Medycznej; otworzył je Przewodniczący Stowarzyszenia Lekarzy Świata, Prof. dr med. Zbigniew Chłap, który po przywitaniu zebranych kolegów z Polski szczególnie serdecznie powitał delegatów Medecins du Monde z Francji. Kolejnym punktem programu był wybór przewodniczącego walnego zgromadzenia. Wybrano bez głosów przeciwnych kol. Krzysztofa Wojtyłło z Wrocławia, jednego z założycieli Lekarzy Świata w Polsce. Wielogodzinne obrady, w czasie których wygłoszono sprawozdania z działalności Oddziałów LS z Krakowa, Warszawy i Wrocławia oraz przeprowadzono dyskusję i głosowania nad zmianami w statucie LS, przeciągały się poza przewidziany czas, jednak dzięki dobrze przygotowanemu bufetowi pozwoliło w dobrej formie wytrwać do końca większości uczestników. Z Wrocławia uczestniczyło w Walnym zgromadzeniu 7 (z 24 zarejestrowanych) członków LS.

Chciałbym przedstawić zasadę członkostwa w tym Stowarzyszeniu; poza różnego rodzaju przynależności wyróżnia się członkostwo czynne. Wynika z niego fakt posiadania (poza członkami założycielami) czynnego prawa wyborczego, a o aktywności świadczy nie sama przynależność do tej organizacji, lecz nadanie takiego tytułu przez Zarząd Stowarzyszenia za sprawne działanie na jej rzecz.

Maciej Przystański

Wrocław, 20.12.1991

Drodzy PT koledzy!

Reforma służby zdrowia nie istnieje, brak nawet planu reformy, finansowanie -- leży. Drastyczne oszczędności, brak pieniędzy na wszystko. Płace lekarzy -- lepiej nie mówić (służba zdrowia jako jedyna grupa w tzw. jednostkach budżetowych ma płace nominalnie niższe niż w ubiegłym roku).

W tej sytuacji nasza jedyna organizacja tj. Izba Lekarska zajmuje się działalnością pozorną, by nie rzec szkodliwą.

Koledzy, czy naprawdę w sytuacji w jakiej się znaleźliśmy, nowy kodeks etyczny jest najważniejszy? Czy nasi delegaci wybrani przez nas głosowali w naszym imieniu? Czy rzeczywiście stawka godzinowa lekarzy może być niższa niż palacza? Czy rzeczywiście Izba Lekarska w Szpitalu, Szpitalu Klinicznym, Akademii Medycznej, w przeciwieństwie do Związków Zawo-

dowych, nie ma nic do powiedzenia? Tak mówi prawo.

Uważam, że wielu delegatów powinno zrzec się swoich mandatów, tak abyśmy na lutowy zjazd mogli wystawić takich ludzi, którzy nie będą bali się naruszyć starych układów i będą walczyli o nasze prawa. Myślę, że obrady w Bielsku były dzwonem ostrzegawczym -- uzmysłowiły nam, zwyczajnym lekarzom, że nasze żywotne interesy dla wielu starszych i zasłużonych kolegów nic nie znaczą.

Nie godzę się na to, żeby po 22 latach pracy zarabiać połowę tego, co szofer autobusu. Nie godzę się na to, żeby lekarz był zmuszony godzić się na dowody wdzięczności, a żeby utrzymać rodzinę. Zbyt długo pokutuje zasada Hilarego Minca, że „lekarz jakoś sobie dorobi”.

Dlaczego termin „etyka” kojarzy się w Polsce przede wszystkim z prokreacją?

To tylko nieliczne z problemów, jakie dla przeciętnego lekarza mają największą wagę, a o nich, z różnych względów, ani stara, ani nowa elita nie chce mówić.

Obawiam się, że idea samorządu lekarskiego została utopiona w morzu bogoojczyźnianego gadulstwa.

Grzegorz Karlic

Zjazdy zastępują nie zawsze możliwą lekturę.

W numerze 10/18 Biuletynu Informacyjnego DIL ukazał się artykuł prof. Zuzanny Morawskiej obejmujący sprawozdanie z kolejnego spotkania I rocznika absolwentów naszego Wydziału. Pobudza on do głębszej refleksji. Mimo bowiem kryzysu, znacznych kosztów zjazdowych, obarczenia lekarzy wieloma obowiązkami zawodowymi, zjazdy spełniają ważną rolę w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, nie mówiąc już o spotkaniach osobistych. Przyjęło się, że część roli kształcenia podyplomowego przejmują na siebie konferencje i zjazdy naukowe, pozwalając na korzystanie z opinii ekspertów uzupełniających lekturę zawodową.

W tym duchu chcemy podzielić się naszymi spostrzeżeniami i refleksjami z XVI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji, który odbył się w Krakowie w dniach 19-21 września 1991 r. Nie musimy nadmieniać, że historii medycyny przypadła rola zwrotnika, łączącego dziś wszystkie specjalności lekarskie. Ona też, obok patologii ogólnej, która jest gramatyką medycyny, pozostaje wspólna wszystkim lekarzom bez względu na późniejszą specjalizację.

Zjazd poprzedziła Msza św. w kościele akademickim św. Anny, którą celebrował Metropolita Krakowski, kardynał Franciszek Macharski. Po uroczystej inauguracji w auli Uniwersytetu Jagiellońskiego, obrady odbywały się w kilku budynkach krakowskiej Akademii Medycznej. Zjazd zgromadził ponad stu uczestników z kraju i z zagranicy, lekarzy zainteresowanych tematyką historii medycyny i innych specjalistów. Ogólna tematyka zjazdu

dotyczyła medycyny polskiej dwudziestolecia międzywojennego.

Lekarzy praktyków najbardziej zainteresują może obrady sesji plenarnej, zwłaszcza że referentami w większości byli tu zasłużeni seniorzy, znani też z działalności na polu medycyny klinicznej i praktycznej.

Prof. E. Sieńkowski z Gdańska w referacie pt. *Medycyna polska w okresie międzywojennym* omówił osiągnięcia medycyny tego okresu, która dokonała ujednolicenia form organizacyjnych i dość sprawnej organizacji systemu ubezpieczeń. Polska zaś szkoła higieny zajęła jedno z poczesnych miejsc w Europie. Nie brakowało też trudności, jak np. ogarnięcia systemu lecznictwa całego społeczeństwa.

Prof. T. Brzeziński ze Szczecina omówił działalność pięciu istniejących Wydziałów Lekarskich przedwojennych polskich uniwersytetów, podkreślając szczególnie dynamikę świeżo kreowanego Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Poznańskim.

Doc. J. Dybiec z Krakowa przedstawił działalność Uniwersytetu Jagiellońskiego w okresie międzywojennym, zaś doc. Z. Gajda, również reprezentujący ośrodek krakowski, omówił najważniejsze osiągnięcia Wydziału Lekarskiego krakowskiej uczelni w tym okresie. Dodać należy, iż krakowscy absolwenci medycyny byli zwalniani od wymogu nostryfikacji dyplomu za granicą.

Prof. B. Górnicki, nestor historii medycyny i pediatrii polskiej, referował zagadnienia pediatryczne w okresie II Rzeczypospolitej, podnosząc szczególnie rolę katedr uniwersyteckich pediatrii, dynamikę rozwoju Towarzystw Naukowych, wkład pediatrów pracujących w lecznictwie.

Dalsze obrady toczyły się w trzech równoległych sekcjach. Wśród prac dominowały biogramy, gdzie źródła potrzebne do opracowania referatów były w języku polskim, terminy medyczne nie odbiegały na ogół od współcześnie obowiązujących, co nie wymagało dodatkowych wnikliwych studiów źródłowych. Tematyka referatów była jednak szersza, wysłuchaliśmy prac poświęconych historii instytucji medycznych, dzieciom poszczególnych dyscyplin i odkryć, omówieniu źródeł do historii medycyny tego okresu, kształceniu lekarzy i organizacji dydaktyki medycznej. Zjazd dowiódł, że członkowie Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji wykazują żywe zainteresowanie historią tej dziedziny nauki w omawianym okresie i w aspekcie ogólnym. Zainteresowani tematyką historyczno-medyczną lekarze, historycy i reprezentanci innych dziedzin dążą nie tylko do zacieśnienia więzi interdyscyplinarnych, ale przez kontakty osobiste wnoszą swój wkład do integracji nauki.

Uważamy, że naszą rolą było poinformowanie ogółu Koleżanek i Kolegów o obradach XVI Zjazdu PTHMiF. Szersze streszczenie podejmowanej w ich trakcie tematyki badawczej znajdzie swe odbicie na łamach Archiwum Historii i Filozofii Medycyny.

Zbigniew Domostawski
Bożena Płonka-Syroka

Szanowny Panie Redaktorze!

Opublikowany w październikowym numerze Biuletynu DIL projekt uchwały w sprawie prywatnej praktyki lekarskiej stanowi jaskrawy przykład przeniesienia dawnego sposobu myślenia w czasy współczesne. Jest także dowodem nieliczenia się projektodawców z obowiązującym prawem oraz opinią społeczności lekarskiej. Podane propozycje dobitnie dowodzą próby uzurpowania sobie przez grupę osób szczególnych praw, dodatkowo dublujących już istniejące rozwiązania prawne. Próba powołania czegoś w rodzaju „żandarmerii lekarskiej”, zakamuflowanej pod nazwą „komisji” musi wzbudzić uzasadniony protest.

Analiza poszczególnych punktów projektu nasuwa następujące uwagi:

1. Powoływanie komisji jest w samym zamyśle zbędne, ponieważ posiadanie dyplomu, specjalizacji i prawa wykonywania zawodu jest przecież wystarczające do praktykowania w zawodzie lekarskim. Odpowiedni nadzór stanowi działalność Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

2. Podwojenie instytucji o charakterze (co wynika z tonu projektu) represyjnym, nie może służyć w żaden sposób podniesieniu prestiżu zawodowego lekarzy. Powstanie proponowanych w projekcie komisji, to próba stworzenia organizacji o charakterze monopolistycznego lobby. Ciało takie miałyby niczym nie uzasadnione prawo „nagradzania” i „karania”, szczególnie w kontekście sformułowania o „zastrzeżeniach moralno-etycznych”, które stanowi worek niesprecyzowanych pojęć. Sprawdzanie „udokumentowanych kwalifikacji”, to pojęcie wewnętrznie sprzeczne. Po co bowiem sprawdzać coś, co jest „udokumentowane”?

3. Zastanawiające jest jak, w świetle obowiązującego prawa, będą wyglądały okresowe kontrole, proponowane w projekcie. Większość gabinetów zlokalizowana jest w mieszkaniach prywatnych. Czyżby komisje miały mieć uprawnienia większe od policji, która na rewizję w mieszkaniu prywatnym potrzebuje zgody prokuratora? Pomysł kontroli sposobu prowadzenia dokumentacji nasuwa również same zle skojarzenia. Mnie osobiście kojarzy się z funduszem dla anonimowych informatorów, którym dysponować będą Urzędy Skarbowe.

Stan lokalu i jego wyposażenia zweryfikuje w naturalny sposób frekwencja pacjentów. Stan sanitarny zaś, to domena SANEPID-u. Chyba, że komisje mnożąc się przez pączkowanie, zaczną tworzyć własne laboratoria, „podkomisje lokalowe” itp. Prawo do zawieszenia lub odebrania zezwolenia na wykonywanie prywatnej praktyki, to kolejna próba nadania sobie uprawnień wyższego rzędu. Jak się to ma

do prawa wykonywania zawodu? Czy nie będzie licznych pokus do stosowania go na zasadzie popularnego „kija i marchewki”? Czy nie stanie się skutecznym sposobem wywierania nacisku na niepokornych? Pozostawmy sumieniu lekarza i jego odpowiedzialności poziom świadczonych usług. Tylko takie postawienie sprawy pozwala na wzrost autorytetu w społeczeństwie. Duża liczba prywatnych gabinetów działających w warunkach wolnej konkurencji pozwoli pacjentowi na swobodny wybór. Lekarze bez odpowiednich kwalifikacji w sposób naturalny wypadną z rynku usług lekarskich.

4. Punkt ten jako jedyny nie budzi zastrzeżeń. Nie wolno dopuścić do reklamiarstwa, reklam stanowiących swoistą obietnicę bez pokrycia i sposobów ogłaszania się nie licujących z etyką zawodu.

Na koniec jeszcze jedna uwaga o charakterze ogólnym. Próba wprowadzenia omawianych przepisów w formie uchwały NIL dekonspiruje intencje pomysłodawców. Sprawa tak ważna, choćby dla zachowania elementarnych pozorów demokracji, nie może być rozstrzygnięta uchwałą, nawet najszacowniejszego ciała.

Proszę o opublikowanie moich spostrzeżeń w najbliższym numerze Biuletynu DIL. Może stanowić będą one przyczynek do szerszej dyskusji?

Z poważaniem
Jarosław Górski
Ordynator Oddziału Pol.-Gin.w
ZOZ w Bogatyni

Głogów dnia 9 grudnia 1991
Plac Jana z Głogowa 2/60
67-200 Głogów

Po lekturze październikowego numeru Biuletynu DIL pragnę przekazać kilka uwag w sprawie reklamy i informacji w medycynie. Jestem lekarzem dentystą od 26 lat, specjalistą protetyki stomatologicznej.

Czytając różne informatory, ogłoszenia i reklamy kilka spraw budzi moje wątpliwości. Nie znam prawa prasowego, które jak sądzę reguluje sprawy odpowiedzialności wydawnictwa za treść zamieszczanych reklam i ogłoszeń. Uważam jednak, że w tak specyficznej dziedzinie informacja powinna być szczególnie precyzyjna, powinna też odpowiadać stanowi prawnemu.

Osoba, która ukończyła studia na Wydziale Lekarskim Oddz. Stom. Akad. Medycznej, uzyskuje tytuł „lekarza dentysty”. Tak jest w dyplomie, w prawie wykonywania zawodu i tylko takie określenie winno być umieszczone na pieczęcie, szyldzie, reklamie itp. Jak wiadomo w tym względzie panuje olbrzymi bałagan.

Kolejna sprawa -- tytuł lekarza specjalisty przysługuje tylko posiadaczowi drugiego stopnia specjalizacji. Jest to też nadużywane (patrz: „Informator Medyczny woj. legnickiego i zielonogórskiego”). Nasuwa się pytanie: Czy wydawca nie ma obowiązku

weryfikacji treści zleczanych ogłoszeń pod kątem formalno-prawnym? Moim zdaniem treść takich anonsów winna podlegać ocenie odpowiedniej komórki izby lekarskiej.

Całkowity mój sprzeciw wywołuje zezwolenie technikom dentystycznym na ogłaszanie swoich usług ogółowi ludności (szyldy, reklamy, ogłoszenia prasowe). Technik dentystyczny jest wyłącznie wykonawcą zleceń lekarzy dentystów. Oferta usług techniczno-dent. winna być skierowana do lekarzy dentystów, a nie zamieszczana w gazetach, informatorach ogólnodostępnych. Niektóre oferty techników dentystycznych robią przysłowiową „wodę z mózgu” pacjentom, np. oferowanie przez jednego z techników wykonywania protez natychmiastowych (patrz wspomniany Informator).

Reasumując, poddaję pod rozważę, czy nie byłoby celowe, aby sprawy informacji, reklamy, ogłoszeń dotyczących zdrowia, były przepuszczane przez dość gęste sito weryfikacji. Ze zdrowiem nie ma żartów.

Andrzej Sokolnicki

Wrocław, dnia 11.12.1991 r.

Dolnośląska Izba Lekarska
we Wrocławiu, ul. Matejki 6

Kierując się bardzo trudną sytuacją finansową naszego ZOZ-u, a w szczególności brakiem funduszy na ogrzewanie przychodni lekarskich, Koło Terenowe DIL przy ZOZ Psie Pole prosi o przekazanie należnej nam sumy ze składek członkowskich naszych lekarzy za rok 1991 na rzecz Dyrekcji ZOZ Psie Pole, na konto NBP Oddział O/Okręgowy Wrocław numer 93057-1427-139-1 celem wykorzystania ich na zakupienie opału.

Ponieważ posiadane rezerwy opału są na wyczerpaniu, prosimy naszą decyzję traktować jako wymagającą pilnego załatwienia.

Przewodniczący Koła Izby Lekarskiej
ZOZ Wrocław Psie Pole
dr med. Zygmunt Syciński

PS. Zaznaczamy, że od lekarzy tutejszego Koła przekazano tytułem składek na DIL kwotę 30.308.600 zł. do dnia 30.11.1991 r.

Od redakcji:

Pismo to jest kuriozalne! Koledzy z Koła zapomnieli chyba o uchwale dotyczącej składek (koło może ubiegać się o sumę wynoszącą do 50% swoich składek członkowskich).

Może w ogóle przeznaczyć nie tylko składki, ale całe pensje lekarskie na utrzymanie ZOZ-u lub szpitala?!

Ciekawe, co myślą na ten temat nasi czytelnicy.

O SERCU I HIPOCHONDRII

Jan Lisowski

Kardiologia jest rozległą wiedzą, dawno już przekroczyła granice zakreślone odkryciami Auenbruggera, Laennecka, rutynowym stosowaniem krwiopustów, podawaniem opium czy kamfory. Obecnie dysponuje arsenałem skutecznych leków, coraz precyzyjniejszymi metodami diagnostycznymi, możliwością interwencji chirurgicznej.

Podręczniki poświęcone chorobom serca niemal w całości poświęcone są jego schorzeniom organicznym, inne zaburzenia zwane czynnościowym lub nerwicą serca, zawierają się na paru stronach.

A stany te nie są bynajmniej rzadkie -- obliczono, że czynnościowy charakter ma ponad połowa przypadków zaburzeń rytmu serca, nerwicę serca rozpoznaje się u 10% hospitalizowanych chorych kardiologicznych i u co 3 chorego ambulatoryjnego, a niektórzy podają jeszcze wyższe liczby.

Zaburzenia sercowe powstające *sine materia* i sprowadzające się do subiektywnych doznań chorego intrygowały od dawna: już w starożytności mówiono o hypochondriosis, tj. dolegliwości odczuwanej pod chrząstką (mostka), w okolicy przedsercowej. Później termin ten stał się pojemniejszy, oznaczał chorobliwy niepokój o własne zdrowie lub wręcz wyimaginowanie sobie choroby. Niektóre definicje dodają, że wszystko to odbywa się wstanie „silnej depresji nerwicowej”. Uzupelnienie wydaje się być trafne -- hipochondryka nazywa się też tetrykiem (łac. tetricus -- smutny, ponury).

Hipochondria u psychiatrów nigdy nie wywoływała szczególnego zainteresowania -- była samodzielną jednostką, rodzajem neurastenii lub zespołem spotykanym w bardzo różnych stanach psychopatologicznych.

Istotny wkład w opisy czynnościowych zaburzeń serca wniósł Da Costa. W czasie wojny secesyjnej badał młodych, pozornie zdrowych mężczyzn, którzy w warunkach służby wojskowej miewali ataki duszności, osłabienia, napadowego

bicia serca i bólu w okolicy zamostkowej. Opisał zespół nazwany jego imieniem, zwany też sercem żołnierskim. Identyczne objawy obserwowano podczas obu wojen światowych, ale też stwierdzano je w okresach międzywojennych i to w dodatku częściej u kobiet niż u mężczyzn. Ponieważ niezręcznością było rozpoznawanie „serca żołnierskiego” u eterycznych dam, wprowadzono bardziej odpowiedni termin „serca rozdrażnionego” (ang. heart irritable) lub asthenia neurovegetativa (ew. a. neurocirculatoria).

Nie wszyscy byli przekonani o wyłącznej roli czynnika psychicznego w patogenezie tego stanu, przeczuwano pozasercowe pochodzenie zaburzeń. Już przed półwieczem Paul Wood zwrócił uwagę na nadmierną aktywność układu sympatycznego, podejrzewał defekty enzymatyczne w mięśniach i mózgu.

Leczenie nerwicy serca, jak zresztą nerwicę w ogóle, nie należy do zadań wdzięcznych, już w średniowieczu mawiano, iż „hipochondryczna Affektacya popolitum zdaniem Crux et Tortura Medicorum”. Nie skutkują leki nasercowe, środki działające na układ vegetatywny, psychoterapia przynosi przemijającą ulgę, jeszcze krócej działają ataraktiki. Marudny chory, któremu nic nie pomaga, a u którego mimo skrupulatnych badań nic stwierdzić nie można, zawsze budził niechęć lekarzy, jedynie przez honorarium mogącą być zrównoważoną.

Niepowodzenia terapii są oczywiste, bo też winna być skierowana na leczenie innego serca. Język, tradycja i historia nakazują widzieć w sercu nie tylko część układu krążenia, ale też ośrodek życia wewnętrznego, źródło uczucia, miłości, radości życia i wesela. Bywa siedzibą siły, męstwa, odwagi czy animuszu. Ale też pozwala odczuć smutek, troskę, niepokój, żal i ból, bywa trwożliwe, krwawiące, złamane, rozdarłe, spłoszone i ciężkie, ale też i kamienne, nieczule i podle. Zjadano serce wroga, by pojąć jego zalety i unicemożliwić mu zmartwychwstanie. Egipcjanie pozostawiali serce w mumii jako jedyny narząd, od jego wagi miały zależeć losy zmarłego w zaświatach,

zaś współcześni katolicy odmawiają litanie do Serca Jezusowego. Pracowicie obliczono, że w Biblii wyraz „serce” występuje kilkaset razy jako symbol czy metafora, a jedynie tuzin razy na określenie części ciała.

Także i współczesność wskazuje na związek między sercem a emocjami: na wileńskiej Rossie wzrusza płyta nagrobna informująca, że tu leży matka i serce syna, podczas gdy wiadomość o odnalezieniu mózgu Marszałka w powszechnym odczuciu była ciekawostką. Żołnierz-tułacz oddawał duszę Bogu, ciało ziemi, a serce Polsce. Szokująco działa wiadomość, że młodzieniec z przeszczepionym sercem zabił staruszkę, powodowany niskimi uczuciami.

Wprawdzie powyższe przykłady skłonni jesteśmy traktować jako reakcje zromuniałe, psychologicznie wiadomo jednak, że każdy układ ustrojowy może ulegać zakłóceniu, zwłaszcza system tak aktywny, jakim jest rządząca emocjami „dusza vegetatywna”.

Jest rzeczą znamienną, że w internistycznych opisach nerwicy serca przeważają symptomy psychiczne -- oto próbka objawów: „pacjenci mają uczucie dużego zmęczenia i znużenia zwłaszcza w godzinach rannych, czują, że sen nie przyniósł im spodziewanego wypoczynku. Skarżą się na ból i zawroty głowy, uczucie oszołomienia i niepewności... niekiedy sprawiają wrażenie spowolnionych i słabo reagujących na bodźce zewnętrzne. W zachowaniu rysuje się przygnębienie, zwraca uwagę bezbarwny, matowy głos, widoczna wzmożona potliwość. Częste skargi na duszność, próby wykonania „satisfakcjonującego” oddechu kończą się westchnieniami.

Należy przyznać rację tym z czytelników, którzy w powyższym opisie dopatryli się depresji. Istotnie przedstawiony zespół depresyjny jest tak bogaty, że można by nim obdzielić wielu chorych -- ale to już zupełnie inna sprawa.

Jan Lisowski

Wrażenia młodego lekarza ze szwajcarskiego szpitala

Ernest Kuchar

Szwajcaria kojarzy się z zegarkami, wyśmienitą czekoladą, serem, bankami oraz wielkimi firmami farmaceutycznymi. We wrześniu pracowałem w szpitalu w Zurichu i mogłem przekonać się, że Szwajcarzy mają jeszcze jeden powód do dumy -- szwajcarski system opieki zdrowotnej. Chciałbym podzielić się wrażeniami spisanymi „na gorąco”, ze zrozumiałych względów nieco powierzchownymi. Mam nadzieję, że mimo to mogą one być przydatne dla naszych organizatorów ochrony zdrowia.

Najbardziej uderzającą cechą szwajcarskiego systemu było dla mnie ciągłe liczenie kosztów. Mimo, że przeciętny pacjent nie płaci za leczenie szpitalne, a koszty lekarstw i porad lekarskich ponosi jedynie w 10 procentach, drobniawo ewidencjonuje się każdą czynnością i dosłownie każdą użytą ampulkę leku. Wszystko ma tu swoją cenę. Za pacjenta płaci jego ubezpieczalnia, zwana kasą chorych. W przeciwieństwie do polskiego ZUS kasa chorych indywidualnie rozlicza koszt leczenia pacjenta z jego osobistej polisy. Ubezpieczalnia niechętnie przepłaca i nieraz zdarza się, że kwestionuje ona zbędne użycie drogiego leku, czy zbyt długą hospitalizację. Kasy chorych funkcjonują jako konkurujące ze sobą przedsiębiorstwa. Walka o klienta zmusza je do ustalania możliwie niskich składek. Przeciętna miesięczna składka wynosi ok. 100 franków, co przy średniej pensji ok. 4000 franków nie jest kwotą wygórowaną. Wszyscy Szwajcarzy są obowiązkowo ubezpieczeni; pracujący płacą składkę sami, za bezrobotnych i legalnych imigrantów płacą władze kantonu. Tylko lekarze mają zniżki. Ubezpieczalnie obliczyły, że przeważnie leczą się sami, co przecież taniej kosztuje. Na bezpłatną opiekę stomatologiczną nawet bogatej Szwajcarii nie stać. Wizyta u dentysty jest płatna w 100 procentach. Jedynym wyjątkiem są żołnierze, bezpłatnie leczący się u wojskowych stomatologów.

System leczenia opiera się na tzw. lekarzach ogólnopraktykujących. Pracują

oni po 10-12 godzin dziennie przez 6 dni w tygodniu, przyjmując 30-50 pacjentów dziennie. Nie jest to oczywiście konieczne, ale honorarium w wysokości 50 franków jest na tyle silną motywacją, że mało który lekarz pracuje krócej. Prywatna praktyka zajmuje powierzchnię dużego mieszkania. Składa się z: gabinetu, poczekalni z łazienką, podręcznego laboratorium analitycznego, archiwum oraz często pomieszczenia dla aparatu RTG. Lekarz zawsze zatrudnia pielęgniarkę umawiającą wizyty oraz obsługującą laboratorium. Często do prowadzenia dokumentacji i księgowości wykorzystywane są komputery. Funkcjonują też praktyki specjalistyczne.

Aby otworzyć ogólną praktykę lekarską konieczny jest pięcioletni staż w państwowym szpitalu. Wobec tego wymogu płace lekarzy zatrudnionych w szpitalach (poza szpitalami prywatnymi) są jak na tutejsze warunki bardzo niskie, oscylujące wokół średniej płacy w kantonie. Perspektywa otwarcia prywatnej praktyki wystarczająco silnie dopinguje do ciężkiej 9-10 godzinnej pracy. W szpitalu dodatkowo trzeba pełnić (bezpłatnie!) nocne dyżury. Bardzo dobrze zarabia wyłącznie szef oddziału. W Szwajcarii musi on być specjalistą najwyższej klasy, a więc najdroższym, co tutaj jest oczywiste.

Bliżej poznałem oddział pediatryczny szpitala Triemli, największego szpitala w Zurichu. Szpital przeznaczony jest dla 40 pacjentów w wieku od noworodka do 21 lat. Zakres terapii obejmuje wszystkie schorzenia, nie wykonuje się tylko zabiegów kardiochirurgicznych. Sale chorych 2 i 3 łóżkowe, duże, z łazienkami. Matki przeważnie towarzyszą swoim dzieciom całą dobę, śpiąc obok na rozkładanych łóżkach. Nikt nie ogranicza odwiedzin. Prócz szefa pracuje tu 3 lekarzy starszych, 8 młodszych, 2 studentów, 30 pielęgniarek, 6 salowych, psycholog, przedszkolanka oraz 4 chirurgów dziecięcych. Z moich obserwacji wynika, że najwięcej pracy wykonują lekarze młodszy: prowadzą po

3-5 chorych, uzupełniają dokumentację, konsultują pacjentów ambulatoryjnych. Lekarze starsi nadzorują młodszych i służą im radą, szef kieruje całością, a raz w tygodniu prowadzi wizytę ordynatorską. Szczegółowe wewnętrzne zarządzenia władz szpitala regulują pracę oddziału. Określają np. jak postępować z zakaźnie chorymi, a nawet jakie leki i której firmy stosować. Dopuszcza się wyłącznie środki sprawdzone i względnie tanie. Widać, w cudowne lekarstwa Szwajcarzy nie wierzą. A już zupełnie nie podziwiają poglądu, że im lek droższy, tym skuteczniej działa. Droższe leki zlecić może wyłącznie starszy lekarz lub ordynator. Przykładowo należą do nich: Fortram firmy Glaxo, Rocephin (Roche), czy nawet Dalacin C (Upjohn), u nas zaliczony do leków podstawowych (!), a kosztujący 24 franki/amp.

Praca w szwajcarskim szpitalu jest bardzo dobrze zorganizowana przez specjalistów od zarządzania. Panuje tu przekonanie, że szpital jest takim samym przedsiębiorstwem jak dom towarowy, czy bank. Podstawą efektywności jest ścisły podział obowiązków oraz pełna odpowiedzialność za swoją pracę. W kraju Helwetów nie pracuje się wcale szybko -- ważniejsza jest staranność i precyzja. Dzięki temu miejscowe towary, choć drogie, są bardzo dobrej jakości. W porównaniu z Polską najbardziej widać to w budownictwie. Na długo pozostanie mi w pamięci widok przykrywanym na noc folią betonowych elementów, czy dachów i rynien wykonywanych z miedzianej blachy zapewniającej kilkaset lat trwałości. Istnieje więc prawidłowość, że gdzie dobre są zegarki, sery i czekolada, również opieka zdrowotna jest na bardzo wysokim poziomie.

W Polsce czekolada już jest dobra, może i reszta przyjdzie z czasem, starajmy się o to wspólnie.

Ernest Kuchar

PODATKI

Przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Nr 8 z dnia 4.12.1991 r.
Podstawowe informacje dotyczące podatku dochodowego od osób fizycznych

Zgodnie z ustawą z dnia 26 lipca 1991 r. (Dz.U. Nr 80 z dnia 10.09.1991r.), począwszy od dnia 1 stycznia 1992 r. wchodzi w życie powszechny podatek dochodowy od osób fizycznych uzyskujących jakiegokolwiek przychody, a w szczególności z tytułu: zatrudnienia w ramach stosunku pracy, emerytur i rent (krajowych i zagranicznych), wykonywania wolnego zawodu itp. Podatek dochodowy jest podatkiem osobistym, co oznacza, że podatnikiem jest każda osoba fizyczna (nie instytucja) osiągająca dochód. Generalną zasadą tego podatku jest kumulacja dochodów ze wszystkich źródeł. Od tej zasady ustawa przewiduje wyjątki, które zostaną podane w dalszej części informacji.

Dochodem z poszczególnego źródła przychodów jest nadwyżka przychodów nad kosztami ich uzyskania, osiągnięta w roku podatkowym. Platnikiem podatku -- w przypadku pracowników najemnych emerytów i rencistów -- są zakłady pracy lub instytucje wypłacające świadczenia (ZUS), które dokonują wyliczenia wysokości podatku i wysyłają go do urzędu skarbowego. Natomiast ci podatnicy, którzy uzyskują dochody z tytułu wykonywania np. wolnego zawodu (lekarze, technicy dentyści, prawnicy, tłumacze) obowiązani są wpłacać do urzędu skarbowego miesięczne zaliczki na podatek dochodowy do 20-go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni oraz składać urzędowi skarbowemu zeznanie o wysokości osiągniętego dochodu w roku podatkowym w terminie do 30 kwietnia następnego roku. Jeżeli suma zaliczek przekroczy wymiar podatku obliczonego na koniec roku -- urząd skarbowy dokona zwrotu tej nadwyżki lub zaliczy ją na konto podatku następnego okresu.

Jak już wspomniano na początku informacji -- mimo powszechności podatku dochodowego -- ustawa przewidziała szereg zwolnień od tego podatku. Wolne od podatku są m.in.

- nagrody państwowe,
- renty inwalidzkie inwalidów wojennych i wojskowych,
- odszkodowania polegające na naprawieniu szkody (np. z tytułu wypadku przy pracy, z tytułu niezgodnego z prawem zwolnienia pracownika itp.),
- odsetki od wkładów oszczędnościowych,
- odprawy pośmiertne i zasiłki pogrzebowe,
- zasiłki rodzinne i pielęgnacyjne, zasiłki wychowawcze oraz zasiłki porodowe,
- diety i inne należności za czas podróży służbowej pracowników,
- kwoty otrzymane przez pracowników z tytułu kosztów używania pojazdów samochodowych dla potrzeb zakładu pracy.

Każda praca źródeł uzyskania przychodu wiąże się z ponoszeniem wydatków. W związku z tym, że podstawą opodatkowania są tylko czyste dochody, należy zatem ogólną wielkość przychodów pomniejszyć o koszty uzyskania tych dochodów. I tak: w odniesieniu do pracowników pozostających w stosunku pracy (zatrudnieni na całym lub części etatu) koszty uzyskania przychodów określa się w jednakowej wysokości dla wszystkich zatrudnionych pracowników (aktualnie 1.944.000 zł rocznie lub 162.000 zł miesięcznie).

Dla prac objętych umową-zleceniem lub umową o dzieło, koszty uzyskania przychodu wynoszą 20% wartości tych prac.

Z kolei dla podatników wykonujących wolne zawody (np. lekarze, technicy dentyści, położne, pielęgniarki) pracujących na własny rachunek, koszt uzyskania przychodu liczy się wg

wielkości rzeczywistych pod warunkiem, że koszty te podatnik będzie w stanie udokumentować.

Przykładowo: lekarz wynajmujący gabinet i zatrudniający pomoc medyczną będzie mógł odliczyć te koszty od kwoty stanowiącej podstawę opodatkowania. W tym celu winien jednak prowadzić podatkową księgę przychodów i rozchodów (jeżeli oczywiście nie jest objęty zryczałtowaną formą opodatkowania -- tzw. kartą podatkową).

W celu określenia podstawy opodatkowania czyli kwoty, od której będzie obliczany podatek, należy ustalić dochód ze wszystkich źródeł przychodów z wyjątkiem tych, które podlegają opodatkowaniu wg odrębnych zasad. Tak ustalony dochód należy następnie pomniejszyć o inne wydatki określone w ustawie, a mianowicie:

- darowizny na cele naukowe, kulturalne, społeczne itp.,
- składki na ubezpieczenie społeczne podatnika,
- wydatki związane z kształceniem zawodowym (do wysokości połowy przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej),
- składki na rzecz organizacji lub korporacji, do których przynależność podatnika jest obowiązkowa (np. do izby lekarskiej),
- wydatki na cele mieszkaniowe podatnika, a w szczególności na zakup działki budowlanej (nie większej jednak niż 350 m²), na budowę domu lub na wkład budowlany do spółdzielni, na remont i modernizację budynku lub mieszkania. Należy jednak pamiętać, że mamy prawo odpisać z dochodu tylko te wydatki na cele mieszkaniowe, które jesteśmy w stanie udokumentować odpowiednimi rachunkami wystawionymi przez uprawnione podmioty gospodarcze (firmy).

Ustalony w powyższy sposób dochód podlega progresywnemu opodatkowaniu wg następującej skali określonej w Ustawie:

Podstawa obliczania podatku w złotych		Podatek wynosi
ponad	do	
	64.800.000	20% podstawy obliczenia minus kwota 864.000,-
64.800.000	129.600.000	12.096.000 + 30% nadwyżki ponad 64.800.000,-
129.600.000	129.600.000	31.536.000 + 40% nadwyżki ponad 129.600.000,-

Ilustracją sposobu obliczania podatku są następujące przykłady:

Przykład 1 (skala podatkowa 20%)

Dochód roczny do opodatkowania wyniósł 20.000.000 zł.

Podatek od tego dochodu wyniósł 3.136.000 zł.

Wyliczenie:

$$(20.000.000 \times 20) - 864.000 = 3.136.000 \text{ zł.}$$

Przykład 2 (skala podatkowa 30%)

Dochód roczny do opodatkowania wzrósł 84.800.000 zł

Podatek wyniósł 18.096.000 zł.

Wyliczenie:

$$12.096.000 + (84.800.000 - 64.800.000) \times 30 = 18.096.000 \text{ zł.}$$

Przykład 3 (skala podatkowa 40%)

Dochód roczny wyniósł 229.600.000 zł

Podatek wyniósł 71.536.000 zł

Wyliczenie:

$$31.536.000 + (229.600.000 - 129.600.000) \times 40 + 71.536.000 \text{ zł.}$$

Wprowadzoną od 1 stycznia 1992 r. operację podatkową poprzedzi podwyższenie za styczeń 1992 r. wszystkich wynagrodzeń, rent, emerytur w takim stopniu, aby po potrąceniu podatku dochodowego wypłacane za ten miesiąc wynagrodzenie nie było niższe niż wynagrodzenie jakie wypłacono by, gdyby nie wprowadzono podatku dochodowego. Podwyższenie wynagrodzeń oraz rent i emerytur (tzw. ubруттовienie) nie może być -- w myśl ustawy -- wyższe niż 25%. Wprowadzenie tego ograniczenia wynika stąd, iż podatek dochodowy od osób fizycznych zastępuje dotychczasowy podatek wyrównawczy płacony przez pracowników osiągających wyższe zarobki, a także podatek od płac płacony przez pracodawców.

Podwyższenie wynagrodzeń, rent i emerytur z tytułu wprowadzenia nowego podatku dokonują z tytułu urzędu zakłady pracy dla pracowników oraz ZUS dla emerytów i rencistów.

Szansą zapłacenia mniejszego podatku jest łączenie dochodów małżonków. W takim przypadku sumuje się dochody, a podatek liczony jest od połowy tej sumy i mnożony przez dwa. Manewr ten pozwala zaoszczędzić rocznie nawet kilka milionów głównie wtedy, gdy np. mąż zarabia dużo więcej niż żona lub też jeden z małżonków nie ma w ogóle dochodów, nie pracuje, jest bezrobotny. Warunkiem takiego opodatkowania jest wspólnota majątkowa małżonków oraz przebywanie razem w związku małżeńskim przez cały rok podatkowy.

Z indywidualnego rozliczenia się z urzędem skarbowym będą zwolnione osoby posiadające tylko jedno źródło dochodów np. zatrudnione w jednym zakładzie pracy.

Obowiązek naliczania i pobierania zaliczek podatkowych, jak i rocznego rozliczenia się ze skarbem państwa należy do pracodawcy.

W świetle powyższego lekarze zatrudnieni w kilku jednostkach organizacyjnych służby zdrowia zobowiązani będą do osobistego rozliczania się z właściwym terenowo urzędem skarbowym, bez wezwania w terminie do 30 kwietnia roku następnego.

Na koniec kilka uwag dotyczących samej ustawy.

Brak jeszcze aktu prawnego, który chronić będzie najuboższych podatników, bowiem ta ustawa tego nie określa. Ma się ukazać nowy akt prawny, który określi kwoty rocznego przychodu, poniżej którego urząd skarbowy nie będzie mógł ściągać ani złotych należnego podatku.

Powołana została ustawą Policja Podatkowa, której celem będzie m.in. kontrolowanie prawidłowości zeznań podatkowych. Za utrudnianie inspektorom kontroli podatkowej -- np. nieokazanie dokumentów, rachunków -- itp. przewidziana jest grzywna 10 mln zł.

W myśl tej ustawy zatajenie i fałszowanie zeznań podatkowych jest przestępstwem karno-skarbowym. Podatnik, który zgłosił co prawda uczciwe zeznania podatkowe, ale nie ma pieniędzy na uiszczenie należności podatku -- będzie miał naliczone wysokie odsetki za każdy dzień zwłoki.

mgr Jerzy Krzciuk
Dyrektor Biura
Okręgowej Izby Lekarskiej

Projekt rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20-11-1991 r. w sprawie karty podatkowej

Stawki dotyczące również wykonywania zawodu przy zatrudnieniu jednej pomocy fachowej lub przyuczonyj.

Lp.	Rodzaj wykonywanego zawodu	Liczba godzin przeznaczonych na wykonywanie zawodu miesięcznie	Stawka
1	2	3	4
1	Lekarze i lekarze dentyści o specjalności:		
	a) stomatologia	do 48 powyżej 48 do 96 powyżej 96	16.000 zł za każdą godzinę 768.000 zł + 21.000 zł za każdą godzinę ponad 48 1.776.000 zł
	b) ginekologia	do 48 powyżej 48 do 96 powyżej 96	23.000 zł za każdą godzinę 1.104.000 zł + 29.000 zł za każdą godzinę ponad 48 2.496.000 zł
	c) pozostałej	do 48 powyżej 48 do 96 powyżej 96	13.000 zł za każdą godzinę 624.000 zł + 17.000 zł za każdą godzinę ponad 48 1.440.000 zł
2	Felczer medycyny	do 48 powyżej 48 do 96 powyżej 96	2.800 zł za każdą godzinę 135.000 zł + 3.600 zł za każdą godzinę ponad 48 308.000 zł
3	Technik dentystryczny	do 24 powyżej 24 do 48 powyżej 48 do 96 powyżej 96	22.000 zł za każdą godzinę 528.000 zł + 23.000 zł za każdą godzinę ponad 24 1.080.000 zł + 24.000 za każdą godzinę ponad 48 2.232.000 zł

CO DALEJ Z KARDIOCHIRURGIĄ DZIECIĘCĄ NA DOLNYM ŚLĄSKU

Andrzej Dumański

Od dłuższego czasu społeczeństwo Dolnego Śląska jest dezinformowane, za pomocą środków przekazu, na temat stanu lecznictwa kardiologicznego, w szczególności zaś dotyczy to leczenia chirurgicznego wad wrodzonych serca u dzieci. W liczonych już w dziesiątki publikacjach prasowych i audycjach telewizyjnych nagłaśnia się działalność Ośrodka Kardiologii Dziecięcej w Szpitalu im. 40-lecia PRL, ignorując przy tym fakt istnienia i skutecznego działania Kliniki Chirurgii Serca Akademii Medycznej. Pracownicy Kliniki przyglądając się z niesmakiem tym działaniom nie zabierali do tej pory głosu wierząc, że ich praca jest lepszym argumentem niż udzielanie wywiadów.

Artykuł Romana Skawińskiego w czerwcowym numerze „Naszemu Zdaniem” wymaga jednak ustosunkowania się, gdyż miesięcznik ten z racji swojego zasięgu dociera do ośrodków decyzyjnych i opiniotwórczych Akademii Medycznej. Umiejętne kształtowanie opinii wpływa na podejmowanie określonych decyzji, także finansowych. Dowodzi tego sam autor w pierwszej części swojego artykułu przeprowadzając wywiad z R. Pietrzakiem, prezesem francuskiej fundacji, której celem jest pomoc dla dzieci polskich, chorych na serce. Ten szlachetny człowiek zebrał wśród Polonii Francuskiej około miliona dolarów i jest pełen nadziei, że w ten sposób pomógł małym pacjentom. W podobnym duchu wypowiada się również Barbara Piasecka-Johnson, drugi hojny sponsor Ośrodka Kardiologii Dziecięcej.

W obecnej, tragicznej sytuacji lecznictwa w naszym kraju tych dwoje wspaniałych ludzi przekazało ogromne sumy i cenną aparaturę dla ośrodka, który nie będzie w stanie jeszcze przez długie lata ich wykorzystać zgodnie z intencją ofiarodawców. Pieniądze przeznaczone na leczenie wad wrodzonych serca przekazano do oddziału, którego specjalnością są operacje wad wrodzonych uzupełnienie innego narządu – narządu służącego prokreacji. Wynika to ze specjalizacji kierownika ośrodka. Z artykułu Romana Skawińskiego widać, że takich zabiegów wykonano już 105 w tym roku i planuje się poszerzenie ich gamy. Chciałoby się zapytać, w którą stronę?

Druga część artykułu, będąca swoistą laurką dla dotychczasowych osiągnięć i planowanych zamierzeń ośrodka, zawiera szereg tego typu smaczków. Ośrodka – przypomnijmy – w którym do tej pory nie zoperowano ani jednej wady serca. Osiem zoperowanych prostych wad wrodzonych serca na terenie ośrodka jest dziełem zespołu innej Kliniki (chirurgzy, perfuzjonista i pielęgniarka operacyjna), który w tym celu przywiózł ze sobą cały potrzebny sprzęt, włącznie z maszyną płuco-serce. Ten incydent jest podstawą do istnienia i nazwy Ośrodka. W myśl tej zasady można powołać Filharmonię przy Szpitalu im. 40-lecia PRL – w końcu da się ściągnąć dwa razy w roku jakąś orkiestrę na gościnny występ. Ale żarty na bok – wszak sprawa dotyczy setek jednostkowych tragedii dzieci i ich rodzin.

Każdego roku Instytut Kardiologii w Warszawie, będący siedzibą nadzoru specjalistycznego i koordynujący pracę wszystkich polskich kardiologii, wydaje zbiorcze opracowanie, czyli zestawienie efektów pracy wszystkich 21 ośrodków w kraju. Na liście tej nie figuruje Ośrodek Kardiologii Dziecięcej, ale wrocławska Klinika Chirurgii Serca zajmuje piąte miejsce pod względem ilości zabiegów operacyjnych w krążeniu pozaustrojowym. W ciągu pierwszych 6 miesięcy bieżącego roku wykonano w Klinice 194 takie operacje plus kilkadziesiąt innych bez użycia krążenia pozaustrojowego. Jedynie drobny ułamek tej liczby operacji to były operacje wad wrodzonych, chociaż potrzeby Regionu pan Skawiński szacuje na 300 zabiegów rocznie. Powstaje pytanie, co się dzieje z tymi dziećmi? Otóż w większości nie są operowane. Kilkadziesiąt przypadków rocznie z naszego terenu jest operowanych w Klinikach Kardiologicznych Zabrze, Warszawy i Poznania. Dzielnie współpracująca z Ośrodkiem Kardiologii Dziecięcej Poradnia Kardiologiczna dla Dzieci informuje rodziców, że na Dolnym Śląsku nie ma możliwości zoperowania wady wrodzonej serca. Tak twierdzą rodzice kilkunastu dzieci zoperowanych we Wrocławiu w tym roku, a także rodzice trojga dzieci reoperowanych z powodu powikłań po zabiegach w innych ośrodkach, a skierowanych tam przez Poradnię. Wydzwięk moralny takiego postępowania jest jedno-

znaczny, lecz nie bez znaczenia jest aspekt finansowy, od czego zacząłem. Karetki z dziećmi jeżdżą bez sensu po całym kraju omijając wrocławską klinikę, w której zoperowano w czasie jej istnienia blisko 1100 wad wrodzonych serca. Kiedyś prawdopodobnie taką rozrzutność ktoś podliczy. Kosztów poniesionych przez rodziców nie policzy nikt.

Wyszkolenie kardiologa, zdolnego do samodzielnego operowania, trwa kilkanaście lat i dlatego prawdopodobnie jest to najmniejsza grupa zawodowa w służbie zdrowia w kraju. W całej Polsce specjalizację z kardiologii posiada 47 lekarzy, z tego 5 we Wrocławiu (dwóch kolejnych jest w przededniu egzaminu). Zdanie egzaminu zamyka długi i żmudny okres w życiu zawodowym i stanowi często ukoronowanie pewnego etapu, po którym dopiero następuje krystalizacja zainteresowań i charakteru pracy – wady wrodzone, wady zastawkowe, chirurgia wieńcowa itd. W kwietniu br. egzamin specjalistyczny zdał m.in. jeden kierownik Kliniki i jeden zastępca kierownika Kliniki – obaj operujący po ponad 200 zabiegów w krążeniu pozaustrojowym rocznie. W świetle powyższych danych argument zawarty w artykule Romana Skawińskiego, że Ośrodek Kardiologii Dziecięcej ma wielką przyszłość, bo trzech chirurgów otworzyło specjalizację, brzmi co najmniej śmiesznie, a przynajmniej dowodzi braku rozeznania w materii.

W związku z tym co napisałem, z konieczności ograniczając się do spraw najbardziej oczywistych, nadal pozostaje otwarte pytanie: co dalej z kardiologią dziecięcą na Dolnym Śląsku?

Odpowiedź nasuwa się sama. Skoro w jednym mieście istnieją dwa ośrodki, z których jeden dysponuje fachową kadrą, a drugi unikatowym sprzętem, to należałoby je połączyć pod jednym, fachowym kierownictwem. Fuzja taka gwarantowałaby konsolidację działań i szybkie efekty. Wymagałoby to jednak przewyciężenia partykularnych interesów i ambicyjek. Poważnie myśląc o chorych dzieciach jest to, jak sądzę, możliwe do przeprowadzenia.

Andrzej Dumański

Przedruk z „Naszemu Zdaniem”
10.11.91 r. Nr 7-8.

**Terminy dyżurów członków
Prezydium i spotkań komisji
problemowych**

Poniedziałek

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

Wtorek

M. Jagas
14.00 - 15.00
J. Kasprzak-Wójtowicz
13.00 - 15.00
W. Bendorz
13.00 - 15.00

Środa

Z. Plemieniak
13.00 - 15.00

Czwartek

W. Iwanowski
10.00 - 11.00
T. Heimrath
13.00 - 14.00
R. Łopuch
13.00 - 14.00
M. Jagas
14.00 - 15.00
L. Czamecki
14.00 - 15.00
A. Pawlak

Piątek

T. Bujko
11.30 - 13.30

Radca prawny
mec. M. Koziołek
wtorek - czwartek
13.00 - 15.00

Spotkania Komisji

Komisja Legislacyjna
parzyste wtorki

Komisja Kształcenia
1 piątek miesiąca

Komisja Współpracy z Zagranicą
3 piątek miesiąca

Terminy spotkań pozostałych
Komisji bez zmian

**Wykaz lekarzy, którzy otrzymali prawa wykonywania zawodu
w miesiącu styczniu 1992 r.**

Wrocław

lek. med.

Teresa Malinowska
Wrocław, ul. Czarnieckiego 37/12
ZOZ ródmięcie Wrocław

Wiesława Barbuś
Wrocław, ul. Piętaka 14
ZOZ Stare Miasto Wrocław

Andrzej Olipra
Wrocław, ul. Kazimierska 27/12
Okręgowy Szpital Kolejowy

Andrzej Janeczko
Oleśnica, ul. Łąkowa 15
ZOZ Oleśnica

lek. dent.

Małgorzata Owczarek
Wrocław, ul. Dawida 13/3
Zarząd Służby Zdrowia MSW

Jelenia Góra

lek. med.

Izabela Dziuba
Bolesławiec Iąski, ul. Asnyka 6/7
Woj. Szpital dla Nerwowo
i Psychiatrycznych Chorych Bolesławiec

Wacław Warzecha
Kowary, ul. Waryńskiego 6
ZOZ Kowary

lek. dent.

Dorota Cebula
Kamienna Góra, ul. Tkaczy Iąskich
Miejsko Gminny Ośrodek Zdrowia, Bolków

Wałbrzych

lek. med.

Elżbieta Kitajczyk
Strzegom, ul. Chopina 4/1
ZOZ Świebodzice

Krzysztof Kitajczyk
Strzegom, ul. Chopina 4/1
ZOZ Świebodzice

Jacek Bezubka
Strzegom, ul. Kamienna 10/5
ZOZ Świebodzice

Paweł Leonard
Świebodzice, ul. Wałbrzyska 25/6
ZOZ Świebodzice

Grażyna Jawor
Świebodzice, ul. Dębowa 10
ZOZ Świebodzice

Miron Kafanka
Bralin, ul. Wrocławska 61
Wojewódzki Szpital Zespolony Wałbrzych

Legnica

lek. med.

Grzegorz Klimczuk
Chocianów, ul. Odrodzenia 9/3
ZOZ Lubin

Andrzej Greniuk
Ścinawa, ul. Lubińska 3
ZOZ Lubin
Mariusz Kubicki
Legnica, ul. Horyzontalna 13/5
ZOZ Legnica

Marek Górczyński
Legnica, ul. Głogowska 67/5
ZOZ Legnica

lek. dent.

Wioleta Nadriczna-Osman
Legnica, ul. Śpiewna 5
ZOZ Legnica

Katarzyna Nowicka-Pabisiak
Legnica, ul. Moniuszki 3/6 klatka E m. 4
ZOZ Legnica

Anna Józefczak
Legnica, ul. Horyzontalna 13/5
ZOZ Legnica

WYDAWCA: DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA 53-333 Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 22-50-56, 22-50-57. Konto BGŻ Wrocław 893022-9537-132-1.

Komitet redakcyjny: W. Bednorz — redaktor naczelny, J. Bromirska, A. Głowacki, J. Piekarski, U. Pudys, T. Wilniewicz — korekta.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania materiałów oraz zmian w tytułach. Numer zamknięto 31.01.92 r.

Opracowanie graficzne i projekt winiety: Piotr Kawecki.

Skład komuterowy: Orpha sp. z o.o., tel. 48-90-87.

Druk: Agencja Wydawnicza Apla.

AESCULAP CHIFA SP. Z O.O.

64-300 Nowy Tomyśl, ul. Tysiąclecia 14
tel. 23011, 23016, 23023, tlx 0412997 ACP, fax 061521268

zaprasza na

WYSTAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO

która odbędzie się w dniach 18-19 lutego 1992 roku we Wrocławiu na terenie II Katedry i Kliniki Chirurgii Akademii Medycznej, ul. Curie-Skłodowskiej 66 w sali Klubu Pracowników.

PROGRAM WYSTAWY

18.02.92

- 12.00 – otwarcie wystawy
- 12.30 – prezentacja oferty ACP w zakresie chirurgii
- 13.30-18.00 – projekcje filmów wideo na temat sprzętu medycznego produkowanego przez firmy AESCULAP I CHIFA

19.02.92

- 9.00-12.00 – projekcje filmów wideo na temat sprzętu medycznego produkowanego przez firmy AESCULAP I CHIFA
- 12.00 – prezentacja oferty ACP w zakresie ortopedii
- 13.00 – prezentacja systemów motorowych firmy AESCULAP
- 17.00 – zamknięcie wystawy

*Przedstawiciel Handlowy
mgr Alicja Bednarska*

Zarząd Wojewódzki Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Wałbrzychu
przy współudziale Katedry i Kliniki Angiologii Akademii Medycznej we Wrocławiu,
kierownik: prof. dr hab. Barbara Kowal-Gierczak

**organizują w dniu 21 marca 1992 roku
Konferencję Naukowo-Szkoleniową na temat:**

CUKRZYCA – WYBRANE PROBLEMY PATOFIZJOLOGII I KLINIKI

Uczestnicy Konferencji:

- Maria Knapik-Kordecka – Etiopatogeneza i podział cukrzycy.
- Paweł Alexewicz – Ostre powikłania cukrzycy i ich leczenie.
- Barbara Kowal-Gierczak – Przewlekłe powikłania cukrzycy (angiopathia, polyneuropathia).
- Krystyna Zdrojowy – Leczenie cukrzycy insulinią.
- Izabela Gosk-Bierska – Leczenie doustnymi preparatami hipoglikemizującymi.
- Adam Szelaż – Interakcje doustnych leków przeciwcukrzycowych.

W Konferencji zapowiedziano udział firmy farmaceutycznej.

Możliwe będzie również nabycie po cenie promocyjnej programu komputerowego ułatwiającego lekarzowi leczenie cukrzycy.

Konferencja odbędzie się w Sali konferencyjnej WODKM w Wałbrzychu, ul 1-go Maja 112.
Początek Konferencji godz. 10.30.

*Specjalista Wojewódzki z zakresu
chorób wewnętrznych
dr hab. L. Paradowski*

*Kierownik Katedry i Kliniki Angiologii AM
prof. dr hab. B. Kowal-Gierczak*

*Przewodniczący Zarządu Wojewódzkiego
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego
dr med. S. Suchocki*

ERRARE HUMANUM EST?

Skróty

Żyjemy w epoce szybko wymienianych, obszernych informacji, niejednokrotnie uśrednionych np. w nazwy jednostek chorobowych. Dlatego coraz szerzej upowszechniają się mniej lub bardziej zrozumiałe skróty -- najczęściej rozpoznawalne lekarskich. Niosą one dość ubogie dane o chorobie (porównajmy „KS -- Kaposi sarcoma” i „haemangiosarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex”), próżno by jednak walczyć z modą i wygodą. Każda gałąź nauk medycznych dysponuje już dość znacznie rozbudowanym zapasem skrótów, zrozumiałych (a więc użytecznych) głównie dla specjalistów. Odnosi się to zwłaszcza do zapożyczeń anglojęzycznych; stosuje je kardiolog (ASD, PBD, VSD, LAD, PTCA), hematolog (AML, CGL, ITP, VAMP, HD), zakaźnik (PCP, PGL, CAH, EBV, CSF), immunolog (IFN, IL, NK, ADCC) i wielu innych. Pewne skróty stały się własnością wspólną (DIC, AIDS, ERCP, BCG, ACTH, NYHA), inne wciąż budzą skojarzenia sportowe (NHL), kryminalne (KS) czy polityczne (FDP); trudno uznać, które z nich i w jakim stopniu są „powszechnie zrozumiałe”. Liczne skróty polskie i obcojęzyczne są w użyciu ze względu na oszczędność miejsca w publikacjach, lecz wówczas ich znaczenie winno być objaśnione na wstępie.

Jako generalną zasadę należy przyjąć, że w dokumentacji przeznaczonej do przekazywania informacji lekarskiej „na zewnątrz” (np. w kartach informacyjnych pacjentów) ma panować jak największa jasność i ścisłość; gdy skróty nie służą dobrze temu celowi -- winno się odstąpić od ich użycia. Zaakceptować można powszechnie stosowane, tradycyjnie przyjęte skróty (Ca -- carcinoma, Ci -- cirrhosis, Si

-- silicosis, Tu -- tumor, meta -- metastasis, susp. -- suspicio lub suspectus, inj. -- injectio, i.v. -- intra venam etc.). Skróty nazw leków (EMB, PZA, INH, VCR, VBL, AZT i in.) powinny być używane z rezerwą, rzadsze z nich (jak PNC -- penicylina, MTCL -- metoklopramid) -- jedynie „na użytek własny”. Śmieszą nas kilkunastu diagnozy typu „Status post ncz” lub „WZW susp.”.

Pamiętajmy o maksymie: „Est modus in rebus” i stosujmy skróty, lecz z umiarem!

Odpowiedzi:

Dr M. J.
Drogi Kolego,

„Repetitio mater studiorum est”, a Mickiewicz wielkim poetą był... Obydwie podane przez Pana formy są prawidłowe (powolałam się na erudyte, choć nie patologa -- Cz. Jędraszkę: vide „Łacina na co dzień”, str. 252). Czymś innym są zdania złożone (np. „sapientior sum, ut me quisquis doceat”).

1. Istotnie, prościej brzmi rozpoznanie „foci encephalomalalici” (ale niepotrzebnie „foci focales”!); pikantnym szczegółem jest, iż autorem wówczas cytowanego przeze mnie wyjściowego „dysonansu” był właśnie patolog...

2. Prawidłowa forma „podejrzenie” i „podejrzewam” brzmi odpowiednio SUSPICIO, -onis i SUSPICIO, -ere, nie zaś „suspsio”. Popieram Pana apel o zastąpienie rozpoznania „Ca susp.” przez „Susp, quo ad Ca” lub „Ca in susp. (= in suspicione)”.

3. Przysłówek „quoad” oznacza „jak długo” bądź „tak daleko, jak”, stąd też właściwsza wydaje się forma pisana oddzielnie -- quo ad (wbrew pogładowi wyrażonemu w skądinąd znakomitym kąciku „Lingua latina medicinalis” ostatnio rozpowszechnionego pisma „Medycyna Praktyczna”).

z ukłonami
Chochlik Lekarski

ZAPISKI EMERYTA

Alokacja domowego emeryta

Za moich młodych lat prawie wszyscy lekarze byli „domowi”. Chodziło się i jeździło bryczką po domach ludzi biednych i bogatych, z nieodłączną walizeczką najpotrzebniejszych instrumentów. trzeba było nastawiać zwicznicia a nawet złamania, wyjmować ciała obce z nosa i ucha, dawać klapsy nowonarodzone. Gruźlicę i zapalenia płuc rozpoznawało się opukiwaniem i osłuchiowaniem, a nie jakimiś promieniami. Teraz do każdej choroby i narządu jest osobny specjalista. Już na studiach medycy nie uczą się np. interny, tylko na wysokospecjalistycznych klinikach wykłada im się skrawki chorób wewnętrznych. Niektórzy młodzi asystenci sami nie potrafią leczyć więcej niż kilka chorób ze swojej dziedziny. I nagle teraz ministerstwo rąbi do odwrotu -- specjalisci w tył zwrot! Do ogólnych i rejonowych biegamy wróć! Rozumiem, że chodzi tu o ulubiony przez niektórych ministrów zwrot „alokacja środków”, ale kto to ma robić? Kto nagle weźmie tezkę i pójdzie odebrać poród w sąsiedniej klatce schodowej u sąsiadki na dziewiątym? Z filmów wiadomo, że trzeba do tego wrzątek i pampersy. Ale tak naprawdę to... A nasi pacjenci przyzwyczajani przez wiele lat, że „specjalista lepszy”, nie uwierzą jakiemuś tam ogólnemu! Ale kto wie -- przecież wino domowe lepsze od kupnego, a pierogi domowe lepsze nawet od ruskich kupnych! Zanim ozięła machina nauczająca Akademii Medycznych wypuści z siebie nowych lekarzy domowych, cała nadzieja w nas -- emerytach. Odkurzymy stare walizeczki, zawieszamy na kolku śmieszne emerytury i bierzemy się do roboty!

dr Józef -- emeryt

UNIDENT Autoryzowany dystrybutor
znanej amerykańskiej firmy 3M

proponuje Państwu
**najnowocześniejszy sprzęt i materiały
stomatologiczne, m.in.: żywice światło- i
chemoutwardzalne, materiały protetyczne.**

Zapraszamy do naszego punktu

Wrocław 50-155, ul. Purkyniego 1, pokój 311, tel. 360-62 w. 229.

PO OSTATNICH ZASTRZYKACH SYN
ZNOWU ZACZĄŁ ROSNAĆ...

