



# BIULETYN

## DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

CZERWIEC 1992

6

**JUBILEUSZ  
ZAKŁADU  
PRZECIWGRUŻLI-  
CZEGO  
W KOWARACH**

8

**PRZEGLĄD  
UBEZPIECZEN  
KOSZTÓW  
LECZENIA  
SZPITALNEGO**

10

**CZY  
NALEŻAŁO  
PRZETOCZYĆ  
KREW ?**

17

**SALMED 1992  
W OCZACH  
PRAKTYKA**

20

**TAK TO ROBIA  
W KANADZIE**

## TRUDNA RZECZYWISTOŚĆ

Leszek Pałka

Z zainteresowaniem przeczytałem artykuł Pana dr. Krzysztofa Krzemienia w „Biuletynie nr 5” pt. *Moja propozycja reorganizacji...*

Dr Krzemień jest dyrektorem ZOZ w Miliczu oraz członkiem grup opracowujących w Urzędzie Wojewódzkim wszystkie dotychczasowe projekty zmian organizacyjno-ekonomicznych, mających na celu dostosowanie istniejącej funkcji jednostek do przyznanych środków. Opracowania te przedstawione były środowisku w styczniu i marcu br przez Lekarza Wojewódzkiego.

Dlatego zadanie 11 pytań środowisku lekarskiemu za pośrednictwem „Biuletynu” jest dla mnie niezrozumiałe, tym bardziej, że autor na żadne z nich nie udzielił odpowiedzi w dalszej części swojego artykułu. A może autor ma 11 wątpliwości, jako członek gremiów przygotowujących wymienione projekty?

Trudno też bez komentarza pozostawić

Motto:

*Wszystkiemu własne miejsce odpowiada,  
a więc rzecz każdą na jej miejsce stawiaj.*

podane w artykule przypadkowe zestawienie wysokości wydatków na służbę zdrowia w Polsce i krajach OECD.

Sądzę, że obowiązkiem podającego dane jest ich rozszyfrowanie czytelnikowi, w przeciwnym razie ich interpretacja będzie zupełnie dowolna.

Faktem jest, że w ostatnich latach wydajemy na służbę zdrowia rocznie ok. 100 – 120 USD na mieszkańca naszego kraju, a roczny dochód narodowy brutto na mieszkańca wynosi ok. 2500 – 3000 USD. W krajach OECD taki dochód narodowy brutto (GDP) na mieszkańca (2500 – 3000) osiągnęto w latach 1965 – 1970, wtedy też wydawano tam na osobę 100 – 150 USD, na ochronę zdrowia. Istnieje więc prosta zależność wydatków na ochronę zdrowia (musimy ją wszyscy przyjąć do wiadomości), od osiąganego dochodu narodowego (GDP).

Sądzę, że dokładniej przedstawią to zestawienia tabelaryczne na str. 4.

*dokończenie na str. 4*

## INFORMACJA O POSIEDZENIU KOMISJI LEGISLACYJNEJ NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniach 22 – 23.05. br odbyło się w Warszawie kolejne posiedzenie Naczelnej Rady Legislacyjnej, na którym ustalono treść dalszych artykułów samorządowego projektu ustawy o zawodzie lekarza. Projekt ministerialny tej ustawy został opublikowany w „Gazecie Lekarskiej” (nr 8 z 1991 r.).

Treść rozdziałów opracowanych przez Naczelną Komisję Legislacyjną zamieszczona jest w biuletynach tej komisji pod nazwą „Prawo i Zdrowie”. Są one dostępne w biurze DIL.

Prace nad samorządowym projektem ustawy o zawodzie lekarza trwają od września ub.r.,

kiedy podjęto decyzję tworzenia odrębnego projektu ustawy. Przed oficjalnym opublikowaniem w „Prawie i zdrowiu” rozdziału na temat prywatnej praktyki lekarskiej przedstawiam roboczą wersję ustaloną po wielogodzinnych dyskusjach na posiedzeniu majowym.

Obowiązująca ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej nie określa, co to jest gabinet prywatnej praktyki lekarskiej. Mówi ona, że publiczny zakład opieki zdrowotnej tworzy zespół ludzi świadczących usługi medyczne.

*dokończenie na str. 2*

## INFORMACJA O POSIEDZENIU KOMISJI LEGISLACYJNEJ NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

ciąg dalszy ze str. 1

Na zebraniu przyjęto określenie, że prywatna praktyka jest to udzielanie świadczeń medycznych na własny rachunek z ewentualną możliwością korzystania z pomocy osób trzecich. Lekarz prowadzący samodzielną praktykę lekarską nie tworzy, w myśl obowiązującej ustawy, zakładu opieki zdrowotnej. Następnie omawiane zagadnienie dotyczyło pytania: na jakiej podstawie prawnej gabinet prywatnej praktyki lekarskiej zaczyna działalność? Przyjęto w projekcie, że okręgowa rada lekarska udziela zezwoleń na otwarcie gabinetu prywatnej praktyki lekarskiej, po spełnieniu określonych warunków. Pierwszy dotyczy odpowiednich kwalifikacji lekarza: ukończył staż dyplomowy i 2 lata pracy po stażu przy prywatnej praktyce lekarskiej specjalistycznej oraz wymóg specjalizacji. Przyjęto również (do dyskusji) wariant, że okręgowa rada lekarska może skrócić wymaganą ilość lat pracy po stażu.

Wymogi dotyczące miejsca pracy (gabinetu) zostaną określone na posiedzeniu lipcowym po dokładnym rozpoznaniu aktualnie obowiązujących przepisów prawnych (ew. weryfikacja niektórych z nich).

Przyjęto, że aparatura w prywatnym gabinecie lekarskim nie może niekorzystnie różnić się standardem w porównaniu z publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Wymagania co do aparatury określone są w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

Przełożono propozycję, że okręgowa rada lekarska limituje ilość prywatnych praktyk lekarskich na danym terenie w swojej działalności. Zezwolenie na prowadzenie prywatnej praktyki lekarskiej rada okręgowa udziela na stałe lub na czas określony. Zaświadczenia wydaje się odpłatnie (m.in. zwrot kosztów postępowania). Przyjęto również, że okręgowa rada lekarska może odmówić lekarzowi zezwolenia na wykonywanie prywatnej praktyki lekarskiej, w tym także specjalistycznej, na określonym terenie, ze względu na liczbę praktyk działających już na tym terenie.

Przepisy o nadzorze zostały sformułowane tak samo, jak w projekcie

ministerialnym (art.37 roz.VI). Zaproponowano kontrolę praktyk prywatnych, jak w zapisie w ustawie o izbach (art. 6, roz. II), z zaleceniem sprawdzenia zaleceń pokontrolnych. Ponadto ustalono, że w uzasadnionych przypadkach Minister Zdrowia i Opieki Społecznej ma prawo do wykonywania czynności ujętych w artykule VI ustawy o izbach lekarskich, z zastrzeżeniem, że czynności kontrolne wykonuje lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu lekarza. Czynności te mogą być zleczone odpłatnie organom izb lekarskich.

O utracie zezwolenia wykonywania praktyki lekarskiej mówi art. 18, roz. 4 projektu samorządowego i okręgowa rada lekarska może cofnąć lub zawiesić wykonywanie praktyki lekarskiej z uzasadnieniem decyzji na piśmie.

Art. 19, roz. 4 projektu mówi, że zabrania się reklamy świadczeń medycznych. Zasady podawania do publicznej wiadomości informacji o wykonywaniu zawodu lekarza określa Naczelna Rada Lekarska lub okręgowa rada lekarska. Cały projekt ustawy o zawodzie lekarza Naczelnej Komisji Legislacyjnej zostanie przedstawiony w „Gazecie Lekarskiej”, po zebraniu lipcowym.

Przedstawiłam dotychczasowe propozycje (patrz wyżej lub przedruk z biuletynów „Prawo i zdrowie”) z prośbą o dyskusje w kołach, na zebraniach delegatów lub zespołu d/s prywatnych praktyk lekarskich i komisji legislacyjnej DIL (wtroki, siedziba DIL). Spotkania te są otwarte dla wszystkich koleżanek i kolegów członków DIL. Ewentualne uwagi proszę przysyłać na adres Komisji Legislacyjnej DIL (50-333 Wrocław, ul.Matejki 6).

Na zebraniu lipcowym Naczelnej Komisji Legislacyjnej będzie opracowany ostatni rozdział projektu samorządowego ustawy (o eksperymencie medycznym) i całościowy przegląd już opracowanych rozdziałów ustawy o zawodzie lekarza oraz ustawy o izbach lekarskich. Będzie również ponownie dyskutowana propozycja Rady DIL dotycząca wprowadzenia pojęcia koła izby do ustawy o izbach.

Wstępnie przedstawiłam ją już podczas kwietniowego posiedzenia Naczelnej Komisji Legislacyjnej i nie uzyskała wtedy aprobaty wszystkich kolegów z tej komisji. Zasady funkcjonowania koła izby lekarskiej przelałam pp przewodniczącym kół. Zostały one zatwierdzone przez Radę DIL i stosuje się je już na terenie naszej izby.

Przewodnicząca  
Komisji Legislacyjnej DIL  
Janina Kasprzak-Wójtowicz

 Z PRAC PREZYDIUM  
I RADY DIL

Sprawozdanie z posiedzeń  
Prezydium Rady DIL  
w okresie 7-28 maja 1992 r.

Na posiedzeniu Rady DIL w dniu 21 maja miało miejsce spotkanie z wicewojewodą wrocławskim, Januszem Zaleskim, który poinformował, że ramowe porozumienie o przekazywaniu niektórych zakładów lecznictwa otwartego zostało skierowane do konsultacji samorządów lokalnych, przy czym podkreślił, że przekazywane jednostki podlegać będą nadal merytorycznej kontroli lekarzy wojewódzkich. Zapowiedział, że nie dojdzie do istotnych ograniczeń w funkcjonowaniu służby zdrowia. Zarządzenie, opracowane przez Urząd Wojewódzki jest obecnie opiniowane przez sejmik samorządowy. Wojewoda Zaleski zwrócił się z apelem do członków Rady DIL, żeby informować środowisko lekarskie o konieczności szerokiego włączenia się do analizy struktur organizacyjnych ZOZ-ów w odniesieniu do nowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Przypomniał, że termin rejestracji statutów rad nadzorczych ustalony został na 15 lipca.

Rada DIL przyjęła rezygnację prof. Zbigniewa Ziemińskiego z pełnienia przez niego funkcji przewodniczącego Komisji Etyki; prof. Ziemiński zaproponował na to stanowisko dr. Macieja Przystańskiego. W głosowaniu jawnym większością głosów (przy jednym wstrzymującym się) zatwierdzono tę kandydaturę.

Rada DIL odwołała Andrzeja Pawłaka z funkcji zastępcy przewodniczącego Rady i z funkcji pełnomocnika Rady na terenie województwa jeleniogórskiego. Jako p.o. pełnomocnika Rady na terenie województwa jeleniogórskiego wybrano Aldonę Białas.

Rada podjęła uchwałę w sprawie rejestracji absolwentów Akademii Medycznej jedynie na podstawie kopii dyplomu.

Sformułowano też uchwałę Rady dotyczącą zawieszenia udziału przedstawicieli DIL w konkursach na stanowisko ordynatorów i dyrektorów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej jako protest na rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 5 marca 92 r. w tej sprawie. Uchwałę drukujemy obok.

Na jednym z posiedzeń Prezydium DIL (28 maja) odbyło się spotkanie z przedstawicielami prasy wrocławskiej i radia, na którym omawiano problemy związane z publikacjami na temat działalności paramedycznej oraz

informacji i ogłoszeń o usługach lekarskich.

Uświadomiono dziennikarzom szkodliwość społeczną wynikającą z lansowania wszelkiego rodzaju bioenergoterapeutów i masażystów, uświadomiono im, że do wykonywania działalności leczniczej konieczne jest posiadanie przez lekarza (dotyczy to głównie obcokrajowców) prawa wykonywania zawodu.

Poinformowano też o tym, że ogłoszenia lekarzy pozbawione powinny być cech reklamy w myśl nowego Kodeksu Etyki, który właśnie wszedł w życie.

oprac. Z.G.

### **Uchwała 4/92 Dolnośląskiej Rady Lekarskiej**

*z dnia 23.04.1992 r. w sprawie upoważnienia do składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych oraz dysponowania rachunkiem bankowym.*

Na podstawie art.25 pkt.1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158 i z 1990 r. nr 20 poz. 120), uchwała się co następuje:

#### **§1**

Dolnośląska Rada Lekarska upoważnia do składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych Dolnośląskiej Izby Lekarskiej  
Włodzimierz Bednorz – przewodniczący rady

Andrzej Szmida – skarbnik rady

#### **§2**

1. Dolnośląska Rada Lekarska ustanawia pełnomocników do dysponowania rachunkiem bankowym DIL.

2. Pełnomocnictwo udziela się

– Włodzimierz Bednorz - przewodniczący rady

– Andrzej Szmida - skarbnik

– Zdzisław Plamieniak - z-ca przewodniczącego rady

– Marek Myśkow - komisja finansowa

– Lech Żynda

Traci moc uchwała nr 3/90 DRL z dnia 25 stycznia 1990 r. i uchwała nr. 52/91

*Sekretarz  
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej  
lek.med. Marek Myśków*

*Przewodniczący  
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej  
Dr n. med. Włodzimierz Bednorz*

### **Uchwała nr 5/92 Dolnośląskiej Rady Lekarskiej**

*w sprawie zawieszenia udziału przedstawicieli DIL w komisjach konkursowych*

Dolnośląska Rada Lekarska zawiesza udział swoich przedstawicieli w komisjach konkursowych na stanowiska ordynatorów, na okres jednego miesiąca (objęte Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1992 wydanego w Dzienniku Ustaw nr 22/92).

Uchwała wchodzi w życie z dniem 23 maja 1992 r.

(Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt. 5 oraz art. 23 pkt. 1 ustawy z dnia 17.05.1989 o izbach lekarskich Dz. U. nr 30 poz.158 (z późniejszymi zmianami)

### **Dotyczy: sprecyzowania uchwały DRL nr 46/91 (uzupełnienie)**

1. Odprawa pośmiertna przysługuje następującym członkom rodziny:

a) małżonkowi

b) innym członkom rodziny spełniającym warunki wymagane do uzyskania renty rodzinnej w myśl przepisów o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin

2. Odprawę pośmiertną dzieli się w częściach równych pomiędzy wszystkich upoważnionych członków rodziny, o których mowa w pkt. 1b

3. Jeżeli zmarły członek Izby był osobą samotną, odprawa przysługuje rodzicom, a jeżeli rodzice nie żyją, najbliższemu rodzeństwu

(pkt 3 pod rozważę Komisji Socjalnej)

### **Uchwała nr 46/91 Dolnośląskiej Rady Lekarskiej**

*w sprawie odpraw pośmiertnych*

Odprawę pośmiertną po członkach Izby Lekarskiej ustala się w wysokości 6 – krotnego najniższego wynagrodzenia podstawowego lekarza asystenta w poprzedzającym kwartale.

Odprawa pośmiertna wypłacana jest najbliższej rodzinie po zmarłym członku Izby w ciągu jednego miesiąca od uzyskania informacji o zgonie członka Izby i przedstawieniu odpowiednich dokumentów (akt zgonu).

Sprawy związane z odprawą pośmiertną załatwia Komisja Socjalna

Uchwała wchodzi w życie z dniem 16.03.1991 r.

### **Uchwała nr 6/92 Dolnośląskiej Izby Lekarskiej**

*W sprawie podziękowania koledze Władysławowi Sidorowiczowi za pracę w Radzie DIL*

Rada Dolnośląskiej Izby Lekarskiej składa serdeczne podziękowania za dotychczasową pracę w Radzie na stanowisku jej przewodniczącego, życząc dalszych sukcesów w pracy zawodowej i wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.

### **Oświadczenie**

**W budżecie wojewódzkim nie ma wystarczających środków na zapewnienie opieki medycznej.**

W związku z tym istnieje pilna konieczność wspomoczenia tego budżetu środkami samorządu. Obecnie w wielu gminach takie wspomaganie finansowe już ma miejsce w formie zakupu: sprzętu, leków, remontów itp.

Prosimy w dalszym ciągu samorządy gminne o pomoc dla upadającej służby zdrowia. Funkcja kontrolna nad gospodarką finansową jednostek opieki zdrowotnej może być sprawowana w ramach rad jednostek organizacyjnych, które zgodnie z wchodzącą w życie Ustawą o zakładach opieki zdrowotnej mogą być przekształcone następnie w rady nadzorcze.

*RKK „Solidarność”  
Dr Leszek Sokalski*

*Przewodniczący  
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej  
Dr n.med. Włodzimierz Bednorz*

*Rada Wojewódzka Federacji  
Zw. Zaw. Prac. Ochr. Zdrowia  
Wiesław Krztoń*

*Przewodnicząca  
Okr. Izby Pielęgn. i Położnych  
Ludmiła Domagała*

# TRUDNA RZECZYWISTOŚĆ

cd ze str. 1

Różnice zależą od miejsca publikacji (w niektórych podawane są oprócz wydatków budżetu Państwa, wydatki pacjenta, lub tzw. trzeciej strony).

Należy więc jasno powiedzieć, że wydatki na ochronę zdrowia zależą od osiąganego przez Państwo GDP. Nie jest to zresztą zależność prosta, gdyż jak pokazuje tabela druga, gdy rośnie GDP, rośnie nie tylko bezwzględna ilość pieniędzy, ale też procentowy udział wydatków na ochronę zdrowia (w USA z 5,2% do 11,8%). W chwili obecnej niemożliwe jest wydawanie u nas na ochronę zdrowia więcej niż w USA np: 2051 USD.

Niektóre punkty w artykule *Moje propozycje* wymagają przedyskutowania.

1. Plan rozmieszczenia jednostek służby zdrowia w województwie jest ustalony i obowiązuje przez cały czas w naszym życiu codziennym. Sądzę, że autorowi chodziło o ewentualne korekty tego planu.

2. Ustawodawca nie zawarł co do planu rozmieszczenia jednostek żadnego zapisu, opartego o byłe powiaty czy dzielnice.

W ustawie z 30.08.91 r. o zakładach opieki zdrowotnej takiego zapisu nie znalazłem.

3. Sztuczne rozdzielenie lecznictwa otwartego i zamkniętego i przekazanie ich w gestię różnych organów założycielskich, byłoby niekorzystne dla funkcjonowania obu tych części, pomijając inne aspekty takiej decyzji.

Ustawa o ZOZ z 30.08.91 r. dopuszcza możliwość przekazania służby zdrowia samorządom w dwóch formach: jako zadanie własne i jako zadanie zlecone. Samorządy mogą więc tworzyć własną służbę zdrowia lub przejąć ją jako

TABELA 2

Procentowy (%) udział wydatków państwa na ochronę zdrowia w dochodzie narodowym brutto (GDP), w wybranych krajach OECD i Polsce.

Kraj	Rok							
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1987	1989
USA	5,2	6,1	7,4	8,4	9,2	10,6	11,2	11,8
RFN	4,7	5,1	5,5	7,8	7,2	7,9	8,2	8,2
Szwecja	4,7	5,6	7,2	8,0	9,5	9,4	9,0	8,8
Polska	4,0	—	5,1	4,7	5,7	5,8	3,7*	2,96*

(-) - brak danych

(\*) - wraz z wydatkami na opiekę społeczną

Źródło:

1. Jak w tabeli 1,

2. *Polska, przegląd problemów i opcji w sektorze zdrowia. Raport 1990 r.*

3. Dz. U 7/89 oraz Rocznik Statystyczny 1991 str. 141 i 151

zadanie zlecone przez administrację rządową. Oczywiście możliwe są oba rozwiązania, a jakie będą, to zależy od ludzi, którzy powinni się ze sobą porozumieć.

Środki finansowe pochodzić mogą z gminy i od Wojewody, mogą to być wreszcie środki z obu tych organów na różne zadania. Uzyskać je mogą publiczne zakłady opieki zdrowotnej i prywatne gabinety na wykonanie określonych zadań.

W powyższej sprawie decyzji nie można podejmować w sali konferencyjnej Urzędu, nie powinien jej podejmować ani Sejmik Samorządowy, ani Lekarz Wojewódzki.

Wojewoda już na początku kwietnia wyraził swoją wolę przekazania placówek, o które wystąpią samorządy, w ich gestię.

Moim zdaniem nie może to być decyzja czysto administracyjna, powinna ona wynikać z analizy potrzeb i możliwości

oraz porozumienia się zainteresowanych stron (służby zdrowia i samorządu) – na miejscu w gminie, pisałem już o tym w listopadowym numerze „Biuletynu”. Dopiero wówczas można złożyć odpowiedni wniosek do zaakceptowania Sejmikowi i Wojewodzie, a następnie wpisać do rejestru zakładów opieki zdrowotnej.

Znam takie gminy w Polsce, gdzie wszystko toczy się właśnie w taki sposób. Konieczna jest rzetelna praca na każdym szczeblu, codzienna naprawa organizacji, zmiany struktury, zatrudnienia, złych nawyków.

Teraz trzeba zrobić wszystko, żeby przy tak niskim poziomie zasilania, wynikającym z niskiego GDP (dochodu narodowego brutto), społeczeństwo miało zapewnioną opiekę zdrowotną na możliwie najwyższym poziomie, aby naród poniósł jak najmniejsze straty zdrowotne.

Istnieje potrzeba edukacji społeczeństwa w tym zakresie. Tutaj też, w społeczeństwie, zawarte są olbrzymie rezerwy, które służba zdrowia może i powinna wykorzystać. W naszym województwie jest wielu wspaniałych organizatorów, którzy wiedząc, że pieniędzy więcej nie będzie (bo skąd?), nie czekając rozwiązują codzienne problemy w taki sposób, aby społeczeństwo miało stały dostęp do świadczeń. Chcieliby jednak spokojnie wykonywać swoją pracę i znając decyzje polityczne wiedzieć w jakim kierunku zmierzać. Nie są nam potrzebne tematy zastępcze, takie jak np.: tworzenie ubezpieczeń czy rachunek kosztów.

4. Faktem jest, że dotychczas ukazało się niewiele (8 z 24) aktów wykonawczych do ustawy o ZOZ.

I tutaj dygresja: w lipcu ub. roku pytao wysokich urzędników ministerstwa

TABELA 1

Zestawienie dochodu narodowego brutto (GDP) i wydatków na służbę zdrowia w USA w wybranych latach.

Rok	GDP na 1 mieszkańca USA	Wydatki na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca USA	% wydatków na ochronę zdrowia z całości GDP w USA
1970	4.826	366	7,4
1984	15.357	1.637	10,6
1989	18.338	2.051	11,8

Źródło: *Financing and delivering health care*, OECD Paris 1987 oraz *Finansowanie opieki zdrowotnej*, dr K. Tymowska 1991

zdrowia czy czas od sierpnia do grudnia nie jest za krótki na przygotowanie tylu tak obszernych aktów wykonawczych. Publicznie padła odpowiedź: „resort jest przygotowany do trzymiesięcznego terminu wdrożenia aktów wykonawczych”. (sic!!!).

Prowadzenie rachunku kosztów jest obligatoryjne (od momentu rejestracji) dla publicznych ZOZ, ale tylko na poziomie aktu wykonawczego, którego celem jest ujednoczenie zasad, by wyniki mogły być porównywalne. Dotychczas niektóre elementy rachunku kosztów były prowadzone obligatoryjnie, dot. to np. płac, a więc 70-80% kosztów. Obecnie wprowadzane zarządzenie nadal nie będzie obejmować wszystkich kosztów zakładu, nie przewiduje się np. wliczenia do kosztów amortyzacji i to przez najbliższe 3 lata.

Istnieją jednak w Polsce zakłady służby zdrowia, które perfekcyjnie liczą koszty łącznie z amortyzacją. Potrafią porównać się między sobą i wyciągnąć daleko idące wnioski: dlaczego ten pacjent kosztuje u nich drożej, czy taniej, z czego to wynika, co należy zmienić, czy zastosowanie danej technologii jest niezbędne, czy można zastosować inną, tańszą?

Przypominam, że Amerykanie, Szwedzi czy Niemcy nadal nie mają idealnego systemu liczenia kosztów, pomimo iż próbują tego dokonać od około 20 lat. Sprawa jest ogromnie trudna i nie udało się jej rozwiązać w żadnym kraju, nawet tak wysoko rozwiniętym jak USA.

Inne zagadnienie to mit, że wprowadzenie ubezpieczeń rozwiąże wszystkie problemy. Społeczeństwo nasze jest zbyt biedne, aby udźwignęło ten ciężar – dodatkowy podatek, jakim jest ubezpieczenie.

Obecnie składka 45% z pensji na ZUS to:

- a) składka emerytalna tj. renta, emerytura
- b) składka zdrowotna tj. zasiłek chorobowy, macierzyński, dla poratowania zdrowia, rehabilitacyjny, urlop wychowawczy.

W ubiegłym roku ZUS-owi zabrakło już na w/w wypłaty 18 bilionów złotych, które otrzymał z budżetu państwa. Dla porównania podam, że budżet służby zdrowia w ub. roku wyniósł 43 biliony złotych. Aby Ustawa ubezpieczeniowa mogła funkcjonować prawidłowo należy zmienić wiele innych aktów prawnych np.: ustawy o podatkach, przedsiębiorstwie, spółkach, zatrudnieniu, o samorządzie terytorialnym i o jednostkach administracji rządowej, cały pakiet ustaw finansowych itd. Uważam, że jest to praca legislacyjna na wiele lat. Dziś konieczne więc wydaje się podjęcie jedynie decyzji politycznej: jaki będzie obowiązywał system finansowania służby zdrowia w RP; prywatny, ubezpieczeniowy, budżetowy czy mieszany?

Po podjęciu takiej decyzji należy konsekwentnie dążyć do jej zrealizowania, ale napewno nie będzie to wcześniej niż za 4-5 lat, a jest to termin bardzo optymistyczny. Taka decyzja pozwoli stopniowo budować określony ład prawny, ekonomiczny, organizacyjny, instytucjonalny itd.

Niemcy swój system kas chorych modyfikują do dzisiaj, choć funkcjonuje on od czasów Bismarka, a udział budżetu państwa w finansowaniu sektora zdrowia stale rośnie. Anglicy mając prawie identyczny z naszym systemem budżetowego zasilania służby zdrowia, stale go modyfikują i nic nie wskazuje, aby chcieli go zmienić na inny. Amerykanie ze swoją prywatną służbą zdrowia ciągle rozszerzają zakres usług finansowych poprzez budżet stanowy, a trzy programy finansowane są przez budżet federalny.

Jest jeszcze jeden element, o którym niewiele się mówi przy omawianiu ubezpieczeniowego modelu finansowania służby zdrowia, a mianowicie, koszty samych ubezpieczalni (lokale, wyposażenie, pracownicy, których liczba sięgać będzie tysięcy osób).

Na świecie oblicza się, że ok. 30% składki pochłania jej obsługa. Czy nas dzisiaj na to stać?!

Obecnie cierpimy na brak decyzji politycznych, parlament i rząd nie chce wypowiedzieć się na temat: jaki ma być system opieki zdrowotnej w przyszłości? Wszystkie więc działania reformatorskie robione są w ciemno (ustawa o odpłatności za leki, ustawa o ZOZ, czy o środkach farmaceutycznych i nadzorze). Reorganizacja na terenie województwa - jej

kierunek powinien zaproponować wojewoda.

W wielu regionach Polski wprowadzono interesujące rozwiązania. Spróbujmy podpatrzyć, jak robią to inni i wprowadźmy je do naszej praktyki. Nadszedł okres, gdy potrzeba spokoju, rozważi, czasu do namysłu oraz wielu tegich głów do rozwiązywania krzyżówek dnia codziennego mając na uwadze pacjenta, społeczeństwo i możliwość przyszłego wyboru dróg rozwojowych.

Wydaje mi się, że nie jest istotne, kto do jakiej opcji politycznej należy, liczą się umiejętności, zaangażowanie i chęć do pracy dla społeczeństwa. Najważniejszym wyróżnikiem winna być uczciwość, sprawiedliwość i rzetelność, zwłaszcza wtedy, gdy zasobność kasy jest ograniczona.

Dlatego nie można mówić dzisiaj społeczeństwu, że takie, czy inne rozwiązania są najlepsze, gdyż nie potrafimy tego jednoznacznie udowodnić.

Sądzę, że musimy wykorzystać możliwości, które daje ustawa z 30.08.91 r. wielopodmiotowość zakładów, różnorodność źródeł ich zasilania, prawa pacjenta, rady nadzorcze i inne. Na tym powinniśmy się wszyscy skoncentrować, a decyzje polityczne, zawarte w omawianym artykule, pozostawić politykom.

P.S. Nie traktuję tego artykułu jako polemiki z artykułem *Moja propozycja reorganizacji...*, lecz jako drugi głos w dyskusji i przedstawienie własnej opinii.

Leszek Pałka

Proponujemy sprawdzone systemy informatyczne do kompleksowej obsługi aptek, hurtowni i prowadzenia praktyki lekarskiej



**SOFTWARE DESIGN TEAM**

50-411 WROCŁAW, ul. SŁOWACKIEGO 35 tel. 44-62-51 wew. 47, fax. 44-47-82

# Jubileusz 90-lecia istnienia zakładu przeciwgruźliczego „Wysoka Łąka” w Kowarach w woj. jeleniogórskim

Stefan Skibiński

**P**owstałe w roku 1902 sanatorium przeciwgruźlicze, obecnie szpital „Wysoka Łąka” istniejący w ramach Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Jeleniej Górze, wniósł znaczący wkład w zwalczanie gruźlicy na Dolnym Śląsku i w kraju. Ranga i zasługi zakładu docenione i przypomniane zostały w dziewięćdziesięciolecie jego powstania.

Powołany został Komitet Honorowy pod przewodnictwem Wojewody Jeleniogórskiego, p. Jerzego Nalichowskiego.

W dniu 23 maja 1992 roku licznie zebrał się pracownicy na czele z dyrekcją szpitala, witając przybyłych na uroczystości jubileuszu gości. Nastrojowa sala jadalna na I piętrze stworzyła właściwe ramy dla podkreślenia wagi wydarzenia: spotkania lekarzy i historyków.

W słowie powitalnym dyrektor Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc, dr n. med. Teresa Grzegorzczak-Skibińska, przypominała czym była i jest nadal „Wysoka Łąka”. Przybyli na uroczystość – Senator RP P. Andrzej Piesiak, przedstawiciel Wojewody Jeleniogórskiego – Lekarz Wojewódzki, dr Roman Jankiewicz, wiceprzewodniczący Sejmiku Wojewódzkiego, dr Andrzej Wrzosek, Przewodniczący Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, dr n. med. Włodzimierz Bednorz, prorektor Akademii Medycznej we Wrocławiu, prof. dr hab. Tadeusz Heimrath, prof. dr hab. Bolesław Popielski, prof. dr hab. Karol Sosnowski, prof. dr hab. Zbigniew Domosławski. Popularność szpitala w szerszym kręgu podkreślona była przez obecność władz samorządowych Kowar, delegatów równorzędnych zespołów lub lekarzy z innych województw – Łodzi, Legnicy, Wałbrzycha, Warszawy, Zielonej Góry, Sokołowska.

Po powitaniu przybyłych przez Dyrektora Specjalistycznego Zespołu Gr i Ch. Pł., przewodnictwo obrad powierzono dr n. med. St. Dominowi, dyrektorowi „Sokołowska”, zakładu o jeszcze starszej tradycji.

Referat n.t. 90 lat pracy zakładu przeciwgruźliczego „Wysoka Łąka” wygłosiła dr n. med. Teresa Grzegorzczak – Skibińska. „...minione blisko sto lat od powstania pierwszych zakładów służby zdrowia o charakterze społecznym, to bardzo ważny okres dla zwalczania i opanowania gruźlicy...” – zdanie to zwięźle uzasadniło konieczność podsumowania i ukazania osiągnięć zakładu. Staranne przygotowanie organizacyjne, celowa i idealnie zlokalizowana budowla, architektoniczny smak projektantów, a zarazem solidność wykonania, dały w efekcie dobrze przygotowany i wyposażony zakład, który w zmieniających się metodach i technice na stałe utrwalił się w czołówce zakładów leczących gruźlicę i choroby płuc. Wraz z pobliskim „Bukowcem” zakład

stał się po 1945 roku prawdziwą kuźnią kadr, które zasilają inne ośrodki i zakłady w kraju (co zostało świetnie uwidocznione na mapie wiszącej w Sali Tradycji). W wystąpieniu wspomniano sylwetki ludzi, którzy położyli wielkie zasługi w organizacji zakładów leczenia gruźlicy w tej części Dolnego Śląska: prof. dr. Lesława Węgrzynowskiego, dr. Franciszka Amałłowicza, dr. Kazimierza Nekanda-Trepkę, dr. w. n. lek. Bronisława Wagnera, dr. Bolesława Bartenbacha, dr. J. Głińskiego, dr. Jaxa-Dębicką. Współdziałali z tut. zakładami leczenia gruźlicy chirurdzy tej miary, co prof. dr W. Bross, prof. dr K. Dębicki.

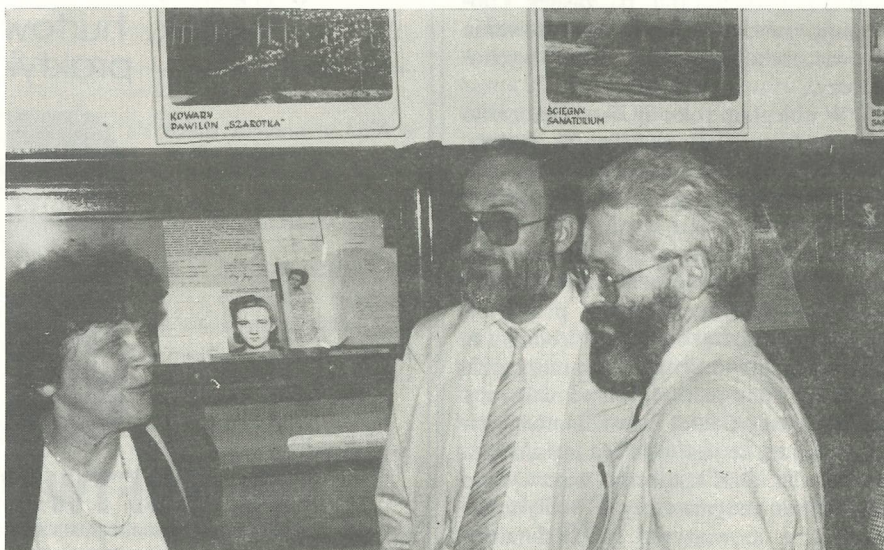
Niewątpliwy wkład pracy dały wieloletnie przełożone pielęgniarki B. Peszke, L. Świerkosz.

W okresie istnienia „Wysokiej Łąki” leczono tu ponad 100 tysięcy pacjentów! Zmienia się profil chorych – zwiększa udział procentowy przypadków nowotworowych, jest to także wyraz przemian i rozwoju cywilizacyjnego współczesnego świata.

W dyskusji i trakcie wystąpień przybyłych na uroczystość, Senator RP P. A. Piesiak stwierdził m. in. „... jest dla mnie odkryciem bliższe poznanie „Wysokiej Łąki” i jej kadry, która w tak trudnych dla służby zdrowia warunkach pracuje z efektami i zapałem...”.



Prezydium. Przemawia dr. n. med. T.G. Skibicka. Fot. M. Sawicki



W Sali Tradycji. Dyrektor w rozmowie z Senatorem A. Piesiakiem i dr. A. Wrzosem. Fot. M. Sawicki

Życzenia dla dyrektora Zespołu, dla załogi składali kolejni występujący: dr A. Wrzosek, w imieniu Karkonoskiego Towarzystwa Naukowego, dr R. Jankiewicz, w imieniu Wojewody Jeleniogórskiego, dr W. Bednorz, w imieniu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, dr J. Gliński, w imieniu Zarządu Głównego Społecznego komitetu Walki z Gruźlicą i Chorobami Płuc, jednocześnie z ramienia Sekcji Historycznej ZG Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, dr A. Czarnecki dziękował za przypomnienie dziejów leczenia p. gruźliczego.

Delegacje pracowników sąsiadujących ZOZ-ów i innych zakładów służby zdrowia, wręczyły liczne dowody pamięci i wiązani kwiatów.

Dziękując za tak serdeczne życzenia, pamięć i uznanie dla pracy zakładu dyrektor SZGriChP dr n. m. T. Grzegorzczak-Skibińska m. in. stwierdziła: „... to, z czego możemy korzystać teraz, zostało zachowane i wzbogacone dzięki wysiłkowi i pracy lekarzy, pielęgniarek, administracji i moich poprzedników”...

W dalszej części programu, dr nauk hist. Elżbieta Więckowska z Zakładu Historii Medycyny i Farmacji AM we Wrocławiu, przybliżyła dzieje ubezpieczeń społecznych w Polsce i dzieje izb lekarskich Drugiej Rzeczypospolitej. W interesującym wykładzie przedstawiła rozwój kas chorych w poszczególnych dzielnicach kraju, ich stopniowe przetrwanie się w jednolity system ubezpieczeń objętych ustawą z 1933 roku.

Dr n. med. Jerzy Zmarz przedstawił dolnośląskie dzieje wybitnej postaci lekarza i działacza dr. Lesława Węgrzynowskiego, obrońcy Lwowa w listopadzie 1918 roku, społecznika, a następnie organizatora służby zdrowia na Dolnym Śląsku – w Kowarach, Obornikach Śląskich, w późniejszym okresie wykładowcy Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Towarzystwa Lekarskie we Lwowie w latach 1864–1918 przypomniła w kolejnym wykładzie dr n. hist. Wanda Wojtkiewicz-Rok z Zakładu Historii MiF AM we Wrocławiu. Uwidoczniona w wykładzie prosta prawda, że zaangażowani lekarze byli zarazem wybitnymi społecznikami, dowodnie uzasadniła życiowe powołanie w tej gałęzi wiedzy.

Zwiedzanie zakładu, pracowni, laboratorium, sal zabiegowych, sal chorych, parku z rzadkim drzewostanem, a następnie bogato wyposażonej Sali Tradycji Zakładu\*, pozwoliło w pełni poznać „Wysoką Łąkę” i jej działalność.

Wspólny obiad koleżeńcki, z nieodłącznymi wspomnieniami byłych pracowników, gości, zakończył uroczystości przebiegające w rzeczywistej serdecznej atmosferze.

Na marginesie uroczystości, w dniach poprzedzających w miejscowej telewizji „Aval” ukazał się obszerny reportaż z „Wysokiej Łąki” połączony z wywiadem z dyrektorem Specj. Zespołu Gr. i Ch.P. Rozgłoszenia „Studio Odra” nadała dłuższy wywiad z dyrektorem, wrocławska telewizja w studio „Fakty” także odnotowała jubileusz.

Jelenia Góra, 18.05.1992  
Stefan Skibiński

(\*)... z dokumentacją fotograficzną zrealizowaną przez p. dr Jerzego Sauera i p. Krzysztofa Sawickiego ...

## URZĄD MIASTA WROCLAWIA POLSKI KLUB EKOLOGICZNY

Wrocław, 10.04.1992

### DO NAUCZYCIELI I MŁODZIEŻY SZKOLNEJ WROCLAWIA

Azbest jest minerałem włóknistym występującym m.in. w serpentynitach. Wdychanie pyłu azbestowego stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia. W krajach rozwiniętych unika się kontaktów z azbestem.

Tymczasem we Wrocławiu serpentynitem zawierającym kilka do kilkunastu procent azbestu wysypano niektóre boiska szkolne, place zabaw, ścieżki spacerowe.

Drobnymi odpadami serpentynitu z Masławic posypywano powierzchnię asfaltowanych dróg. Podczas wiatru lub zabawy dzieci pył azbestowy unosi się w powietrzu i jest wdychany.

Nieuczciwi sprawcy zanieczyszczenia Wrocławia godzą w zdrowie mieszkańców miasta. Powinni oni usunąć źródło zagrożenia. Do tego potrzebne są informacje, gdzie takie kruszywo wysypano. Serpentynit jest to zielonkawy kamień z białym nalotem.

Urząd miasta Wrocławia i Polski Klub Ekologiczny proszą nauczycieli, młodzież szkolną i mieszkańców Wrocławia o pomoc w ustaleniu, gdzie wysypano we Wrocławiu kruszywo

koloru zielonkawego mogące zawierać azbest. Informacje na piśmie prosimy kierować na adres:

Dział Higieny Komunalnej Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej we Wrocławiu, ul. Skłodowskiej-Curie 75/77

Podajemy też telefon: 22-30-41.

Ze wskazanych miejsc będą przez pracowników Sanepidu, którzy zadeklarowali pomoc, pobrane próbki do zbadania składu kruszywa. Zebrane informacje będą podstawą do wyciągnięcia konsekwencji wobec winnych oraz do podjęcia działań zabezpieczających przed pyleniem pochodzącym z azbestowego kruszywa.

Myślimy, że ta pomoc przyczyni się do usunięcia jednego z zagrożeń i będzie liczącym się wkładem do poprawy środowiska, w którym żyjemy.

*Prezes Okręgu Dolnośląskiego  
Polskiego Klubu Ekologicznego  
dr Aureliusz Miklaszewski*

*Wiceprezydent m. Wrocławia  
dr Andrzej Olszewski*

### Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu

organizuje spotkanie z przedstawicielami Katowickiego Urzędu Wojewódzkiego w dniu 15 czerwca 1992 roku o godz. 12.00 w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu przy ul. Matejki 6, sala na parterze.

Temat spotkania:

1. Liczenie kosztów i utrzymanie placówek służby zdrowia
2. Dyskusja

*Z-ca przewodniczącego DIL  
Ryszard Łopuch*

6 maja 1992 roku na zebraniu wyborczym Koła Izby Lekarskiej przy ZOZ Stare Miasto wybrano jej nowego przewodniczącego, lek. med. Zygmunta Markiewicza. Pracuje on w Przychodni nr 1 przy ul. Ziemowita 1/9 telefon 55-39-06.

Decyzją zebrania do Rady Koła weszła lek. med. Irena Kagan-Sypuła.

# Przegląd ubezpieczeń kosztów leczenia szpitalnego

**R**eforma służby zdrowia jest bardzo czasochłonna. Medycyna polska przeżywa najcięższy od kilkudziesięciu lat kryzys. Jedynym więc dla niej ratunkiem byłoby wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Niezależnie czy będzie to ZUS, czy powstające Kasy Chorych. Ważnym jest, aby właściwe ubezpieczalnie zaczęły pełnić funkcję kontrolną wobec służby zdrowia.

Tymczasem Ministerstwo Zdrowia uważa, że na wprowadzenie w życie powszechnych obowiązkowych ubezpieczeń potrzeba około pięciu lat, bowiem przy obecnej sytuacji finansowej społeczeństwa jest to nierealne. Ministerialny projekt służby zdrowia zakłada stopniowe przechodzenie na system ubezpieczeń zdrowotnych (...). W ciągu najbliższych dwóch lat ma powstać system ubezpieczeń alternatywnych, w rodzaju ubezpieczeń obowiązkowych dużych grup zawodowych (kolejarzy, górników), a dopiero w perspektywie pięciu, sześciu lat – system obowiązkowy i powszechny /1/.

W związku z powyższym w wielu rejonach Polski powstawać zaczęły prywatne ubezpieczalnie, takie jak: „Pirobud”, „Hestia” i „Westa Medical”.

Firmy „Pirobud” i „Hestia” mają podpisaną umowę z Wielkopolską Kasą Chorych, której celem i zadaniem jest organizacja rynku i systemu dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych ludności na terenie Wielkopolski. Podstawową zasadą jest to, że obywatel, który dobrowolnie ubezpieczy się w jednym z towarzystw ubezpieczeniowych zainteresowanych ofertą Kasy, będzie miał zapewnione leczenie i diagnostykę w wybranym przez siebie prywatnym gabinecie medycznym /2/.

Zakład ubezpieczeniowy „Pirobud” pokrywa koszty leczenia w 100%, ale tylko w gabinetach autoryzowanych. Stawki ubezpieczeniowe uzależnione są od płci (kobiety płacą więcej) i od wieku ubezpieczającego się (rosną co pięć lat). Umowę podpisać można tylko do 70 roku życia, firma nie ogranicza ilości kosztów i usług.

Zakład ubezpieczeniowy „Hestia” początkowo postanowił skoncentrować się na dwóch rodzajach ubezpieczeń (swą działalność traktuje bowiem pilotażowo).

1. Ubezpiecza dzieci w wieku od 3 miesięcy do 7 lat. Ubezpieczenie podzielone jest na sześć klas ryzyka, z podziałem na

płeć i wiek dziecka. Wysokość stawki ubezpieczeniowej powiązana jest z ogłaszaną co kwartał przez GUS przeciętną płacą i wynosi 5–10% tej płacy. Najniżej ubezpieczone są dziewczynki w wieku 4–7 lat (5% przeciętnej pensji), najwyżej natomiast chłopcy w wieku 3 miesiące – 2 lat (10% przeciętnej pensji).

2. Ubezpieczenia grupowe. Składka płacona jest po połowie przez pracodawcę i pracobiorcę /3/.

Umowa ubezpieczenia typu „Westa-Medical” zawarta pomiędzy Zakładem Ubezpieczeń na życie „Westa-Life” (ubezpieczyciel), a ubezpieczonym jest najszerszą i najbardziej zróżnicowaną ofertą ubezpieczeń zdrowotnych. W firmie została powiązana wysokość składki ubezpieczeniowej z wysokością ubezpieczenia. Ubezpieczony lub w jego imieniu ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania, na początku każdego roku, składki gwarancyjnej w wysokości 4

promile sumy gwarancyjnej w okresie trzech pierwszych lat trwania ubezpieczenia. Opłata miesięczna natomiast wynosi 1/120 sumy gwarancyjnej i jest płatna do 15 dnia każdego miesiąca. Klient z góry określa sumę, na jaką chce się ubezpieczyć. Firma ubezpieczeniowa zwraca klientowi za wizytę u lekarza, w placówce autoryzowanej przez „Westę”, 90% kosztu usługi, natomiast za usługę wykonaną w placówkach nie autoryzowanych – 70% kosztu leczenia. Po pewnym okresie ubezpieczenia ubezpieczony może przetrzymać na pokrycie kosztów leczenia współmałżonka lub będących na jego utrzymaniu dzieci do 50% swojej sumy gwarancyjnej. Ubezpieczyciel może natomiast ograniczyć odpowiedzialność o koszty związane z istniejącą w dniu zawarcia umowy chorobą przewlekłą, alergiczną, zawodową itp. wymagającą stałego podawania leku /4/.

## TARYFA SKŁADEK ZA UBEZPIECZENIE DZIENNEGO ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO

1. Stawka za każde 10.000 złotych dziennego świadczenia wynosi rocznie

Wiek Płeć m – mężczyźni k – kobiety	Świadczenia płatne od		
	Pierwszego dnia pobytu	Drugiego dnia pobytu	Trzeciego dnia pobytu
	w złotych		
0-18 lat			
m	12.560	10.640	8.750
k	15.350	13.000	10.700
19-45 lat			
m	18.800	16.650	16.220
k	22.100	20.350	19.850
46-60 lat			
m	27.120	24.970	22.620
k	33.140	30.520	27.650
61-65 lat			
m	42.940	40.230	37.650
k	52.480	49.160	45.900
66-70 lat			
m	64.410	60.345	56.340
k	78.720	73.840	68.850



Kolejną ofertę proponuje PZU. Firma ta zawiera ubezpieczenia dotyczące dziennego świadczenia szpitalnego w razie przebywania w szpitalach na terenie Polski. Ubezpieczenie może być zawarte z osobami, które nie ukończyły 65 lat i kontynuowanie do 70 roku życia, pod warunkiem zachowania ciągłości w ubezpieczeniu. Dzielne świadczenie szpitalne, z tytułu tej samej choroby, wyplacane jest nie dłużej niż 6 miesięcy rocznego okresu ubezpieczenia. Zależnie od umowy dzielnne świadczenie szpitalne może być płatne od pierwszego, drugiego lub trzeciego dnia pobytu w szpitalu (patrz tab.). Kwotę dziennego świadczenia ustala się z ubezpieczającym. Nie może być ona jednak wyższa niż: 10% średniej płacy dla osób objętych społeczną służbą zdrowia i 20% średniej płacy dla osób nie objętych społeczną służbą zdrowia. Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie obowiązującej taryfy składek. W przypadku umów ubezpieczeń zawieranych z osobami uprawiającymi niebezpieczne sporty lub wykonującymi zawody o najwyższej grupie ryzyka składka może być zwiększona w granicach 20-50%, w zależności od nasilenia ryzyka /5/.

Z powyższego wynika, że zakłady ubezpieczeniowe zauważyły już potrzebę ubezpieczeń społecznych i próbują zorganizować odpowiedni do warunków społeczno-ekonomicznych system ubezpieczeń.

Nie można jednak zapominać, że w krajach Europy Zachodniej podstawę systemu służby zdrowia stanowią obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne obywateli, natomiast dobrowolne są tylko dodatkową możliwością.

Opracowała Małgorzata Rutkowska

Wykorzystano:

1. Michalski A. : *Natychmiast operować*, „Wprost” nr 47, 24.02.1991 r.
2. Michalski A.: *Wielkopolska Kasa Chorych*, „Wprost” nr 31, 04.08.1991 r.
3. Michalak J.: *Zdrowie na raty*, „Wprost” nr. 40, 06.10.1991 r.
4. Zakład Ubezpieczeń na Życie Westa-Life SA – Ogólne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia krajowych osób fizycznych
5. Decyzja Prezesa PZU z 13.11.1991 r. – Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dziennego Świadczenia Szpitalnego

# IPERTROFAN

MEPARTRYCYNĄ – Z GRUPY POLIENÓW

**Niehormonalny preparat skuteczny w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego, stosowany od szeregu lat w praktyce klinicznej w wielu krajach. Blokuje na poziomie jelitowo-wątrobowym reabsorpcję cholesterolu i jego metabolitów, dając w efekcie zmniejszenie odkładania się cholesterolu i epoxycholesterolu w obrębie prostaty. Zablokowanie wchłaniania tych sterydów jest istotne ze względu na ich stymulujący wpływ na hiperplazję komórek zrębu i nabłonka gruczołu. 70% wyników dobrych i bardzo dobrych w ocenie lekarzy i chorych. Według najnowszych doniesień skutecznie zmniejsza nasilenie objawów klinicznych w zapaleniu gruczołu krokowego. Preparat dobrze tolerowany w leczeniu przewlekłym.**

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

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

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

55-letni mężczyzna, po potrąceniu przez autobus, upadł na jezdnię i stracił przytomność. Pogotowie Ratunkowe przywiozło go na Oddział Chirurgiczny szpitala. Po przyjęciu do szpitala pokrzywdzony był nieprzytomny, stwierdzono rany tłuczone głowy, krwawienie z jamy ustnej, przewodów nosowych i przewodów nosowych zewnętrznych i narastający krwiak powłok miękkich czaszki i twarzy. W jego dokumentacji

uwiarygodnione szybkim zejściem śmiertelnym denata po wypadku, mimo podjętego leczenia". W związku z treścią tej opinii Prokurator przesłał akta do Zakładu Medycyny Sądowej, celem wydania opinii ustalającej prawidłowość leczenia. Dokumentacja lekarska, nadesłana ze szpitala wskazywała, że pokrzywdzony w chwili przyjęcia do szpitala był w ciężkim stanie ogólnym tj., w stanie ciężkiego wstrząsu pourazowego, z ewidentnymi ciężkimi obrażeniami głowy i objawami wykrwawienia. W opinii – podaje bardzo skrótowo – przyjęto, że powyższy stan wymagał szybkiej interwencji chirurgicznej i uzupełnienia łożyska naczyniowego krwią.

narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu podlega karze pozbawienia wolności do lat 3". Każda decyzja lekarza w opisywanej sytuacji stawia go w konflikcie z prawem. Jeżeli krew przetoczy, będzie działał wbrew przepisom zawartym w Ustawie o zawodzie lekarza i zagwarantowanej konstytucyjnie wolności człowieka (co do dysponowania sobą), gdy natomiast krwi nie przetoczy popełni występki z art. 164 k.k. Co ma zatem uczynić? W odpowiedzi mogę przedstawić własne stanowisko – oparte na długoletnim doświadczeniu biegłego sądowego.

# Czy należało przetoczyć krew?

Barbara Świątek

znaleziono pismo-oświadczenie, w którym zawarty był z powodów religijnych – brak zgody na przetoczenie krwi, niezależnie od sytuacji zdrowotnej. Pokrzywdzonemu podano płyny krwiozastępcze, mimo to w godzinach następnych jego stan pogarszał się, spadało ciśnienie, rozpoznano narastające objawy wykrwawienia. W około 2,5 godziny po przyjęciu wykonano zabieg operacyjny trepanacji czaszki. Stwierdzono obustronny krwiak podtwardówkowy, złamanie kości czaszki i ogniska stłuczenia mózgu. Po zabiegu objawy wstrząsu narastały, nadal przetaczano płyny krwiozastępcze, krwi nie przetoczono. Przetoczeniu krwi sprzeciwiała się także przybyła do szpitala żona pokrzywdzonego. W około godzinę po zabiegu pokrzywdzony zmarł. Sądowo-lekarska sekcja jego zwłok wykazała bardzo ciężkie obrażenia głowy z wieloodłamowymi złamaniami kości czaszki i rozległymi uszkodzeniami tkanki mózgowej, ale także cechy wykrwawienia (skąpe plamy opadowe, błądność narządów wewnętrznych, brak krwi w jamach serca).

Sprawca wypadku dowiedział się o przebiegu leczenia i wyraził wątpliwości co do rzeczywistych skutków spowodowanego przez siebie wypadku. Uważał, że spowodował u pokrzywdzonego ciężkie obrażenia ciała, ale nie jego śmierć. Do śmierci wg niego doszło dopiero wskutek nieprawidłowego leczenia, polegającego na niepodaniu krwi. Prokurator zwrócił się do lekarza obducenta o wydanie dodatkowej opinii. Lekarz ten opracował opinię, w której stwierdził, że zwłoki pokrzywdzonego były znacznie wykrwawione, co wskazywało na dużą utratę krwi. Nie podanie krwi w czasie postępowania leczniczego „mogło mieć i prawdopodobnie miało wpływ na okres przeżycia. To prawdopodobieństwo jest

Przyjęte w szpitalu postępowanie wyczekujące i nie podanie w związku z treścią oświadczenia – krwi, były postępowaniem nieprawidłowym. W tym konkretnym przypadku jednak ze względu na charakter obrażeń głowy nawet prawidłowe postępowanie lekarskie nie uratowałoby najprawdopodobniej życia pokrzywdzonemu. Powyższe stwierdzenie oznaczało, że nie można było ustalić negatywnych, karanych prawnie skutków nieprawidłowego postępowania lekarskiego, a tylko za takie (a nie domniemane) skutki może odpowiadać sprawca.

Przyjmijmy jednak, że sprawa dotyczyłaby pokrzywdzonego z izolowanym uszkodzeniem tętnicy (np. rana kłuta) z krwotokiem tętniczym i szybko narastającym wstrząsem. Leczenie krwią byłoby jedynym prawidłowym postępowaniem. Czy lekarzowi wolno – wbrew woli takiego pokrzywdzonego – przetoczyć krew?. Dopóki stan pokrzywdzonego jest względny i chory jest przytomny, lekarz nie może stosować jakiegokolwiek przymusu leczniczego i tym samym nie może podłączyć krwi. Sytuacja zmienia się, gdy stan pokrzywdzonego pogarsza się i dochodzi do utraty przytomności. Jego stan stwarza wówczas bezpośrednie i realne zagrożenie życia, a obowiązkiem lekarza jest ratowanie życia człowieka. Pozostawienie bez pomocy człowieka w takiej sytuacji, zwłaszcza gdy istnieją szanse na uratowanie życia poprzez zastosowanie dostępnych metod leczniczych, naraża lekarza na odpowiedzialność karną. Art. 164 k.k. stanowi bowiem: „Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez

Uważam, że stan bezpośredniego zagrożenia życia jest stanem wyższej konieczności, a życie jest dobrem znacznie większym niż wolna wola człowieka. Poświęcenie zatem woli człowieka dla ratowania jego życia powinno wyłączać odpowiedzialność lekarza za popełniony wówczas czyn zabroniony (ma zastosowanie tu art. 23 k. k. – „Nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylecia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego dobru społecznemu lub jakimkolwiek dobru j e d n o s t k i jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone nie przedstawia wartości oczywiście większej niż dobro ratowane”).

Zdaję sobie sprawę z tego, że nie wszyscy zgodzą się z moim zdaniem; niektórzy uważają, że człowiek ma prawo decydowania o swoim losie i w podobnych przypadkach nie należy przetaczać krwi (rodzina, zazwyczaj tego samego wyznania nie zgłosi na takie postępowanie zażalenie Prokuraturze – może to jednak uczynić inny lekarz lub zwierzchnik np. ordynator). Powszechny jest jednak brak wątpliwości co do postępowania lekarskiego w innych, ale prawie takich samych przypadkach a mianowicie: lekarz przybyły na miejsce wezwania zastaje człowieka nieprzytomnego, po zażyciu leków w celach samobójczych, a na widocznym miejscu ułożona jest karta z pisemnym oświadczeniem, że człowiek ten nie chce żyć i nie życzy sobie, by go ratować. Czy ktokolwiek dopuszcza możliwość, że lekarz szanując wolną wolę tego człowieka, nie podejmuje żadnych czynności i biernie oczekuje na jego śmierć?

**Zarząd Spółdzielni  
Lekarzy Specjalistów  
i Stomatologów**

**„Vita”**

**w Wałbrzychu**

informuje państwa, że istnieje u nas zapotrzebowanie na następujące zawody lekarskie:

1. Przychodnia Stomatologiczna na Piaskowej Górze w Wałbrzychu  
– lekarz stomatolog.
2. Przychodnia Stomatologiczna w Świdnicy  
– lekarz stomatolog.
3. Przychodnia Ogólnolekarska w Ząbkowicach Śląskich  
– lekarz kardiolog  
– lekarz chirurg  
– lekarz internista  
– lekarz neurochirurg.
4. Przychodnia Ogólnolekarska w Kłodzku  
– lekarz okulista  
– lekarz urolog  
– lekarz kardiolog
5. Przychodnia Ogólnolekarska w Wałbrzychu  
– lekarz urolog  
– lekarz pediatra  
– lekarz chirurg  
– lekarz endokrynolog

Prosimy o kontakt telefoniczny z Zarządem Spółdzielni lub pisemny: Wałbrzych ul. Broniewskiego 65 c tel. 765-52

**Dyrekcja ZOZ  
w Wołowie**

**zatrudni małżeństwo**

lek. stomatologa i pediatrę (lub chcącego się specjalizować w pediatrii) w nowym Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Krzelowie k/Wołowa. Zapewnione b. ładne mieszkanie (90 m kw) z garażem i bardzo dobrze wyposażony gabinet w Ośrodku.

Kontakt: lek. med. Stembalski, tel. 81, Krzelów

**Rejonowy Zakład Karny  
we Wrocławiu**

ul. Kłęczkowska 35,  
tel. 22-66-21 w 295

**ZATRUDNI:**

- lek. med. II choroby wewnętrzne
- lek. med. II chirurgii, na stanowisko ordynatora oddziału, mężczyzna do lat 35
- lek. med. I pediatra

**Dyrekcja Zespołu Opieki  
Zdrowotnej w Lubaniu**

składa aktualną informację na temat wolnych miejsc pracy na miesiąc maj dla lekarza radiologa, 1 etat.

**Dyrekcja Zespołu Opieki  
Zdrowotnej  
we Lwówku Śląskim**

zatrudni od zaraz lekarza anestezjologa z II stopniem specjalizacji w szpitalu im. H. Kollątaja w Gryfowie Śląskim.

Mile widziane małżeństwo lekarskie, gdzie jeden z małżonków jest pediatrą lub chce się specjalizować w zakresie pediatrii, z możliwością zatrudnienia w Przychodni Rejonowej w Gryfowie Śl. Zapewniamy maksymalne wynagrodzenie oraz pełnokomfortowe mieszkanie willowe będące w administracji Zespołu Opieki Zdrowotnej.

**Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Bystrzycy Kłodzkiej  
ul Okrzei 49**

zatrudni w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Starej Łomnicy: lekarza internistę i lekarza stomatologa (małżeństwo lekarskie) lub lekarza po stażu chcącego specjalizować się w internie i lekarza stomatologa po stażu (małżeństwo lekarskie).

Z chwilą podjęcia pracy zapewnimy mieszkanie rodzinne, komfortowe w budynku Ośrodka.

**USG Siemens sprzedam,  
tel: 68-71-92**

**Zarząd Główny  
PCK apeluje**

Otrzymaliśmy z Wydziału Zdrowia apel PCK o zgłoszenie się lekarzy do pracy w ramach pomocy międzynarodowej.

Zarząd Główny PCK organizuje rekrutację i szkolenie kandydatów na delegatów terenowych w programach pomocy międzynarodowej.

Osoby zainteresowane udziałem w tym programie proszone są o nadsyłanie do Działu Współpracy z Zagranicą ZG PCK wypełnionej ankiety wraz z załącznikami. Po dokonaniu wstępnej selekcji do zainteresowanych będzie rozsyłane zaproszenie na rozmowę kwalifikacyjną.

Pierwszy kurs dla przyszłych delegatów odbędzie się prawdopodobnie w listopadzie br.

**Ogólne wymagania  
wobec kandydatów**

1. Wiek 25-55 lat
2. Bardzo dobry stan zdrowia
3. Biegła znajomość języka angielskiego w mowie i piśmie
4. Odpowiednie kwalifikacje zawodowe (wysztalcenie i doświadczenie)
5. Wysoki stopień dyspozycyjności (gotowość do wyjazdu i podjęcia pracy w terenie w ciągu bardzo krótkiego czasu, niekiedy w ciągu 48 godzin).

Polski Czerwony Krzyż oferuje swoim delegatom (w przypadku powierzenia międzynarodowej misji):

- pokrycie kosztów podróży do miejsca pełnienia misji i z powrotem
  - ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwego wypadku
  - zwrot utraconego wynagrodzenia w wysokości średniej płacy krajowej.
- Organizatorzy delegatury pokrywają koszty utrzymania w czasie pełnienia misji.

Koszty przygotowania delegata do pracy międzynarodowej ponoszone są częściowo przez samych delegatów (wpisowe, koszty przejazdu na rozmowy kwalifikacyjne i kursy).

Należy podkreślić, że praca delegata Czerwonego Krzyża nie ma charakteru eksportu siły roboczej, lecz jest naturalnym przedłużeniem działalności humanitarnej Stowarzyszenia Narodowego poza granicami jego kraju.

Szczegółowych informacji udziela Zarząd Wojewódzki PCK we Wrocławiu ul. Bujwida 34, tel. 21-16-71 w. 20.



## RECENZJE

Ukazał się pierwszy numer czasopisma „Postępy Medycyny Klinicznej i Doświadczalnej” wydany przez Akademię Medyczną we Wrocławiu. Podnosi to niewątpliwie rangę Uczelni, zwłaszcza, że w skład kolegium redakcyjnego, pod kierunkiem prof. B. Halawy, wchodzi znani nauczyciele akademicy.

Ze słowa wstępnego J.M. Rektora, prof. Zbigniewa Knapika, można wnioskować o wysokich aspiracjach czasopisma, które ma mieć zasięg ponadregionalny. Prawdopodobnie tak się stanie, sądząc z wysokiego poziomu publikowanych prac, zwłaszcza z zakresu kardiologii i nefrologii. Wydaje mi się, że niektóre z tych prac zasługują na publikację w czasopiśmie o zasięgu krajowym.

Sądzę, że numer ten jest zbyt monotematyczny, co spowoduje małe zainteresowanie szerszego grona lekarzy, a co za tym idzie, straty finansowe (np. nie podano warunków prenumeraty).

Aby uatrakcyjnić pismo należy umieszczać krótkie doniesienia, zwłaszcza dotyczące aspektów klinicznych z różnych dziedzin medycyny. Nie będzie z tym kłopotów, ponieważ kolegium redakcyjne stanowią przedstawiciele różnych specjalności.

Należy zwrócić większą uwagę na korektę, ponieważ nie mogą tu mieć miejsca błędy gramatyczne, np: nie „częstoskurczy” lecz „częstoskurczów”.

Zachęcam wszystkich do przeczytania tego numeru i prenumeraty następných.

Zdzisław Plamieniak

Przepraszamy Kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego A.M. we Wrocławiu, prof. dr. hab. Mieczysława BERNATA za błędne podanie nazwiska w ogłoszeniu Wojewódzkiego Zespołu Medycznego Opieki Zdrowotnej Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych.

Redakcja

## II Konferencja Naukowa Sekcji Chirurgii Endoskopowej Towarzystwa Chirurgów Polskich

odbędzie się w dniu 23.10.1992 we Wrocławiu.

Głównymi tematami obrad będą:

- 1) Krwawienia z przewodu pokarmowego diagnostyka, leczenie.
  - 2) Zabiegi endoskopowe w rozpoznawaniu i leczeniu przyczyn krwimoczu.
  - 3) Endoskopia ginekologiczna.
  - 4) Endoskopia w schorzeniach klatki piersiowej.
  - 5) Postępy w chirurgii endoskopowej (m.in. zabiegi laparoskopowe).
- Podczas Konferencji przewidywana jest sesja szkoleniowa dla pielęgniarek endoskopowych.

### MIEJSCE OBRAD:

Klub Śląskiego Okręgu Wojskowego, ul. Pretficza 24, WROCLAW

### KOMITET ORGANIZACYJNY:

II Katedra i Klinika Chirurgii AM  
50-369 Wrocław ul.C.Skłódowskiej 66, tel. 21-10-91 wew. 299, 22-33-79,  
tlx. 715349.

### OPLATY:

członkowie sekcji endoskopowej— 150.000 zł.  
uczestnicy nie będący członkami— 200.000 zł.  
pielęgniarki i osoby towarzyszące— 30.000 zł

Konto Komitetu Organizacyjnego:  
Bank Zachodni II O/Wrocław 389219-110129-132

TERMIN NADSYŁANIA OPLAT I STRESZCZEŃ  
UPLYWA Z DNIEM 31.05.1992 r.

W dniach 9 i 10 października 1992 odbędzie się w Tuszynie k/Łodzi  
Symposium na temat:

## *Olej z nasion wiesiołka w profilaktyce i terapii*

Przewidywana jest prezentacja prac m.in. na następujące tematy:

- gatunki wiesiołka, pozyskiwanie oleju w warunkach zachowawczych, skład chemiczny oleju, farmakologia, forma leku opartego na oleju z nasion wiesiołka
- wpływ oleju z wiesiołka na układ krążenia, poziom lipidów we krwi, ciśnienie krwi w ciąży i poza ciążą, poziom tromboksanu i prostacykliny, choroby skóry.

Termin nadsyłania streszczeń prac do 1 sierpnia 1992. Dokładniejsze informacje będą przesłane osobom i instytucjom, które do 1 czerwca 92 nadeślą wstępne zgłoszenie uczestnictwa na niżej podany adres Komitetu Naukowego Symposium.

Sekretarz  
dr n.med. Z. Celewicz

Przewodniczący  
prof. dr hab. A. Cretti  
PSK 1, ul. Unii Lubelskiej 1  
71-344 Szczecin, tel. (0-91) 774-75

# 50 KONFERENCJA NAUKOWA POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO

(Łódź, 8 maja 1992)

Zbigniew Domostawski

**K**onferencje naukowe Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego mają swą już blisko czterdziestoletnią tradycję, sięgającą jeszcze działalności jednego z najwybitniejszych polskich kardiologów, profesora Mściwoja Semarau Siemianowskiego. Obrosły one piśmiennictwem, studiowanie którego dostarcza wiele materiału do refleksji – jak duży postęp dokonał się i jaką drogę przeszliśmy od doskonalenia metod badania fizycznego i omawiania klasycznych problemów do nowoczesnej specjalizacji. Jak w mało której dziedzinie potwierdza się nadal aktualny aksjomat, że specjalizacja to nie teoria i erudycja, ale opanowanie nowoczesnych metod rozpoznawania i leczenia. Klasycznym przykładem tego była ostatnia konferencja naukowa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, która odbyła się 8 maja br. Miejscem obrad był Teatr Wielki w Łodzi. Wprawdzie nie wszystkie miejsca były zajęte, ale zjawiska kryzysowe, szczególnie we frekwencji, dają się odczuć na każdym jeździe. Ale dopisały firmy zarówno z lekami jak i reklamujące sprzęt nieodzowny nieraz na co dzień w pracy specjalistycznych oddziałów.

Zarówno referaty programowe jak i prezentowanie prac badawczych pochodziły z ośrodków klinicznych krajowych i zagranicznych, a słuchacze zatrudnieni w lecznictwie mieli okazję do zapoznania się z postępem dotyczącym takich problemów jak: badania przedoperacyjne chorych z wadami zastawki dwudzielnej, leczenie operacyjne wad zastawki dwudzielnej, wady zastawki dwudzielnej u dzieci.

Konferencje naukowe (w przypadku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego odbywane przeciętnie dwa razy w roku), mają na celu zwykle robocze przedstawienie pewnych wybranych zagadnień w gronie referentów przy udziale zainteresowanych tematyką zarówno specjalistów, jak i lekarzy z dziedzin pokrewnych. Zjazdy dają okazję do implikacji praktycznych, wdrożeń do praktyki, tam gdzie to oczywiście jest możliwe. W latach sześćdziesiątych było ich niewspółmiernie więcej niż dziś, bo takie są prawa postępu.

Pośród wielu poruszonych proble-

mów, lekarzy praktyków może zainteresować analiza powikłań po wszczęciu protez zastawkowych w ujście przedsionkowo-komorowe lewe (praca z ośrodka katowickiego). Powikłania bowiem po operacjach wszczęcia protez zastawkowych takie jak niewydolność krążenia, tamponada serca – niweczą nieraz efekt trudnego, a zarazem kosztownego zabiegu. Powikłania późne to zespół pokardiotomijny, toksyczne uszkodzenie wątroby, a najgroźniejsze powikłanie to zapalenie wsierdzia. Jedno z późnych bardzo ciężkich powikłań to dysfunkcja protez biologicznych wymagająca reoperacji.

Autorzy zaś z ośrodka łódzkiego wykazali, że większość chorych po uprzednio wykonanej komisurotomii bądź rekamisurotomii mitralnej sposobem zamkniętym w późnym okresie po operacji wymaga wszczęcia sztucznej zastawki mitralnej serca.

W ośrodku białostockim w badaniach załogi jednego z zakładów tekstylnych za pomocą badania echokardiograficznego wykazano wypadanie płotka mitralnego, badaniem dopplerowskim zaś współistnienie fali zwrotnej do lewego przedsionka wraz z wypadaniem płotka mitralnego jest momentem różnicującym „kosmetyczną” i najczęściej bezobjawową anomalię z zespołem chorobowym. Pewnym „novum”, zarówno w referatach poglądowych jak i doniesieniach klinicznych, jest przeszkońna walwuloplastyka mitralna, która pozwala na uzyskiwanie dobrych wyników, nawet u pacjentów w starszym wieku po 65 roku, z zapaleniami i uszkodzeniem aparatu podzastawkowego. Z zestawień ośrodka łódzkiego wynika, że dobry wieloletni efekt szczenia sztucznych zastawek mitralnych Starr – Edwardsa utrzymuje się średnio 16 lat po operacji u większości chorych, a do wymiany tych zastawek kwalifikują się chorzy z powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi lub z niedostateczną sprawnością hemodynamiczną wspomnianych zastawek.

W ocenie funkcji sztucznych zastawek serca echokardiografia przezprzełykowa okazała się metodą bardziej czułą od echokardiografii klasycznej (ośrodek łódzki). Namacalnie odczuwamy, że na naszych oczach rozwijają się operacyjne metody interwencji; komisurotomia

mitralna, operacyjna wymiana zastawek czy referowana przeszkońna komisurotomia mitralna. Lekarzy praktyków zainteresuje doniesienie z Łodzi o skuteczności kaptoprylu w niewydolności krążenia u chorych z mitralną wadą serca. Kaptopryl włączono w drugim etapie (po glukozydach, napatstnicy, lekach moczopędnych i azotanach) w dawce od 37,5 do 75 mg dziennie, wykazując większą częstość wczesnych popraw klinicznych. Jako refleksja praktyczna pozostaje konkluzja, że korzystając ze zdobyczy medycyny musimy pamiętać nie tylko o granicach naszej wiedzy i możliwościach, ważne jest też rozgraniczenie między kompetencjami różnych ośrodków, którego często dokonuje samo życie.

Problemy etycznych na konferencji nie omawiano, ale warto na zakończenie przypomnieć, że w związku z postępem wiedzy medycznej, jak to widzimy na przykładzie kardiologii w ośrodkach poakademickich, obowiązuje przede wszystkim wypełnianie rutynowych obowiązków. Istnieje zawsze pole do nadobowiązkowego wkładu, ale nie można go wymuszać. Samo zaś niezrealizowanie sygnalizowanych rozwiązań diagnostycznych czy terapeutycznych, o których jest mowa, nie może być w żadnym wypadku karalne, czy zasługujące na naganę. Musimy sobie jasno powiedzieć, że nawet w najbogatszych krajach owa technika kryje w sobie obok ryzyka również wydatki i nie jest dostępna w takim stopniu, jak usługi podstawowe. Patologia naprawcza wykonywana też w poszczególnych przypadkach nie podniesie ogólnej zdrowotności społeczeństwa, stąd pewna nuta umiarkowanego optymizmu, ażeby doskonalić postępowanie na co dzień. Nie może to jednak być rezygnacja z szukania nowocześniejszych metod leczenia operacyjnego w wyważonych przeanalizowanych sytuacjach klinicznych. Wpierw winny być jednak wykonane wstępne badania, a także zachowane proporcje między ryzykiem a oczekiwanym skutkiem. Ale to już wykracza poza zasygnalizowane wybrane problemy, jak również poza przedstawioną refleksję zawodową lekarza praktyka.

## Gmina Wrocław przejmuję przychodnie

Od kilku miesięcy trwały rozmowy między wojewodą wrocławskim, sejmikiem samorządowym, związkami zawodowymi i przedstawicielami DIL na temat rodzajów partycypacji gmin w finansowaniu służby zdrowia. W związku z projektem wojewody związki zawodowe, Izba Pielęgniarska i DIL wydały wspólne oświadczenie:

W sobotę 7 czerwca odbyła się sesja Rady Miejskiej Wrocławia, na której mimo zastrzeżeń obu związków zawodowych, DIL-u i Zarządu Miasta (który nie ma pieniędzy!) podjęto uchwałę o przejęciu przychodni przez gminę Wrocław. Zastrzeżenia i wątpliwości przedstawiciele Izby dotyczyły: 1. Dojdzie do wyrwania z całościowej struktury jednego, najtańszego elementu. 2. Część kadry w przychodniach jest oddelegowana ze szpitali. 3. Ponieważ w porozumieniu ramowym wojewody z sejmikiem samorządowym mówi się, że gminy przejmują przychodnie bez zadłużenia, zaś Urząd wojewódzki zobowiązuje się do terminowego płacenia dotychczasowej kwoty do ZOZ-ów, zachodzi obawa, że odsetki mogą doprowadzić szpitale do bankructwa. 4. Przychodnie wrocławskie pełnią wiele funkcji terapeutycznych i diagnostycznych dla całego Dolnego Śląska; nie jest jasne, czy gmina będzie chciała honorować te usługi. 5. Wyrażono dezaprobatę dla tworzenia Miejskiego Wydziału Zdrowia, co znakomicie rozszerzy biurokrację. 6. Domagano się zapisu o niezwalnianiu pracowników przychodni przy zmianie pracodawcy. 7. Podkreślano konieczność uczestnictwa Kół Izby Lekarskiej w negocjacjach na poziomie dzielnic i ZOZów. 8. Podkreślaliśmy, że w okresie przejściowym do wejścia w życie rejestracji Zakładów Opieki Zdrowotnej (prawdopodobnie do końca grudnia 1992 r.) mogłyby samorządy partycypując w kosztach utrzymania przychodni (patrz oświadczenie) sprawować funkcje kontrolne w ramach Rad ZOZ, a następnie te rady zreorganizowałyby się w Rady Nadzorcze wg Ustawy.

Nasze zastrzeżenia zostały przyjęte, ale radni stanęli na stanowisku, że chcą przejąć pełną odpowiedzialność za funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej w mieście (jest to na pewno pewnym elementem przyszłej gry przedwyborczej dla radnych!).

Izba Lekarska z niepokojem, ale i nadzieją będzie obserwować działania Komisji Zdrowia Rady Miejskiej. Może korzyści przeważą nad spodziewanym bałaganem.

Włodzimierz Bednorz

## Spotkania patomorfologów w Warszawie

Dwa razy w roku: na jesieni i na wiosnę odbywają się w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie spotkania kierowników zakładów patomorfologii z całej Polski, zarówno akademickich jak i pozaakademickich. Taka konferencja konsultacyjno-informacyjna odbyła się w dniach 28 i 29 maja. Z województwa wrocławskiego uczestniczyli w niej dr Górczyńska, dr Jeleń, dr Katwak, dr Markowska, dr Sośnik i niżej podpisany. Z woj. wałbrzyskiego doc. Tyszkiewicz, a z legnickiego dr Prętnik.

Pierwszego dnia wysłuchaliśmy trzech wykładów: *Krzepnięcie krwi w świetle współczesnych poglądów* doc. Klewniewskiego, *Patologia AIDS: konfrontacja rozpoznań klinicznych i anatomopatologicznych* prof. Nowosławskiego i *Badania histologiczne i ultrastrukturalne komórek Panetha* dr Rowińskiej. Po dyskusji i komunikatach odbyło się spotkanie specjalistów wojewódzkich d/s patomorfologii. Tematami wiodącymi była dyskusja nad nowymi propozycjami

specjalizowania patomorfologów i współudziału w nim izb lekarskich, Polskiego Towarzystwa Patologów i nadzoru specjalizacyjnego oraz dyskusja nad odpłatnością za badania histopatologiczne i cytologiczne w różnych uwarunkowaniach reformującej się służbie zdrowia. Dowiedzieliśmy się, że 15 kwietnia został złożony w Wydziale Norm i Standardów Ministerstwa Zdrowia wniosek z propozycjami cenowymi obliczanymi procentowo w stosunku do średniego wynagrodzenia krajowego. Postulowaliśmy też wzmocnienie nadzoru specjalizacyjnego ginekologicznego i chirurgicznego nad spółkami i prywatnymi gabinetami ginekologicznymi, chirurgii plastycznej czy chirurgicznymi, które w ogóle nie badają usuwanych znamion, guzów, wycinków czy wyskrobów.

Po południu oglądaliśmy preparaty konsultacyjne w Zakładzie Patomorfologii CMKP. W dniu następnym odbyła się Ogólnopolska Konferencja Konsultacyjno-Informacyjna a zespół orzekający tworzyli prof. Olszewski, prof. Sikorowa, prof. Hański i dr Papla.

Andrzej Wojnar

## PRYWATNE LABORATORIUM ANALITYCZNE

50-214 Wrocław, ul. Kaszubska 4, tel. 21-70-87  
dr Anna Chełmońska-Soyta

### WYKONUJE:

- badania nasienia
- badania białek surowicy krwi
- badania koncentracji białka całkowitego
- badania elektroforetyczne białek surowicy krwi
- badania koncentracji IgG, IgA, IgM
- badania koncentracji C3 dopełniacza ICRP
- badania obecności krążących immunokompleksów
- badanie sprawności fagocytarnej leukocytów w teście NBT
- badania bakteriologiczne
- podstawowe badania krwi i moczu

Codziennie od 15.30 - 18.00

Dodatkowo pobieranie prób 7.30 - 9.30

**UWAGA: Badania bakteriologiczne - poniedziałki i wtorki**

# Ogólnopolska Konferencja Stomatologów w Rytrze

Teresa Bujko

**W** dniach 1-2.05.1992 r. odbyła się ogólnopolska konferencja stomatologów. W konferencji tej wzięli udział przedstawiciele wszystkich Rad Okręgowych izb lekarskich, koledzy z NIL (w tym trzech komisji problemowych i zespołu d/s prywatnych praktyk), kolegium stomatologicznego KEP, kierownicy wojewódzkich przychodni stomatologicznych i przedstawiciele MZ i OS.

DIL reprezentowali: dr Teresa Bujko, dr Ryszard Rzeszutko, kierownik Wojewódzkiej Przychodni – dr Andrzej Macielewski, dr Ryszard Łopuch – członek Prezydium NIL.

Konferencję otworzyła Przewodnicząca, dr Ewa Hubert, która omówiła dotychczasową działalność Komisji Stomatologicznej NIL. Po czym rozpoczęła się dyskusja nad projektami ustaw. I tak do projektu o zawodzie lekarza proponuje się zmiany: – w art 1, roz. 1 ust. 2 należy dodać sformułowanie „tkanek i narządów sąsiadujących”

– w roz. 4 zmienić zapis „gabinety prywatne” na „praktykę lekarską”, – w roz. 4 art 17 ust. 1 przyjmując wariant II.

Do projektu nowelizacji ustawy o izbach lekarskich proponuje się wprowadzenie upoważnienia samorządu lekarskiego do ustalenia minimum cen za czynności lekarskie.

Uczestnicy konferencji sformułowali ponadto następujące propozycje dotyczące kształcenia podyplomowego:

- 1) limity przyjęć na I rok studiów powinny być negocjowane z NIL (komisją stomatologii), Kolegium Stomatologicznym KEP, Akademiami Medycznymi,
- 2) utrzymać dotychczasowe „umedycczenie” studiów stomatologicznych,
- 3) realizować po ukończeniu oddziału stomatologii jednoroczny staż podyplomowy,
- 4) wprowadzić państwowy egzamin po odbyciu stażu podyplomowego, warunkujący otrzymanie prawa wykonywania zawodu,
- 5) w Radzie egzaminów Państwowych powołanej przez Departament Nauki i Kształcenia przy MZ i OS powinni znaleźć się profesorowie z różnych dyscyplin stomatologicznych,
- 6) utrzymać tymczasowo dwustopniowość w zakresie specjalności stomatologicznych (zakładając, że lekarze medycyny optują

za jednostopniowością w specjalizacjach, widzimy możliwość powolnego długofalowego przejścia na ten system, przy zachowaniu wówczas co najmniej pięcioletniego okresu kształcenia podyplomowego) 7) egzamin specjalistyczny powinien mieć formę ogólnopolskiego egzaminu państwowego, w którym powinni uczestniczyć przedstawiciele – samodzielni pracownicy nauki przynajmniej pięciu AM (w tym trzech specjalistów z danej dziedziny), 8) kierownikiem specjalizacji powinien być lekarz – specjalista II stopnia w danej dziedzinie.

Pracownik naukowy będący kierownikiem specjalizacji winien mieć zaliczony do pensum dydaktycznego okres poświęcony specjalizującemu się u niego lekarzowi.

Pracownik społecznej służby zdrowia zaś winien mieć wyszczególnienie 20 godzin na rok na każdego specjalizującego się u niego lekarza. Liczba tych godzin automatycznie powinna być odjęta z jego obowiązków służbowych.

Uczestnicy Konferencji ponadto ustalili: 1. Odnosnie programu przystosowawczego MZiOS na lata 1992–94 utrzymać dotychczasowy zakres świadczeń stomatologicznych.

2. Utrzymać dotychczasowe normy zatrudnienia lekarzy.

3. Zawieranie umów o pracę „godziny usługowe” – ze wszystkimi nauczycielami akademickimi a dyrektorami szpitali.

4. Komisja Stomatologiczna NIL i zespół ds prywatnych praktyk NIL przedstawi NIL do akceptacji system wartościowania pracy lekarzy stomatologów.

5. Zobowiązać Naczelną Radę Lekarską do zajęcia stanowiska i jago egzekwowania (w skali ogólnokrajowej), w sprawie reklam usług medycznych.

Poza tym uczestnicy konferencji zwrócili uwagę na nieprzestrzeżenie przepisów określających uprawnienia zawodowe techników dentystycznych.

Poruszono temat nadużywania narkozy w gabinetach stomatologicznych i związane z tym konsekwencje.

Z dużą aprobatą spotkał się cennik punktowy niektórych zabiegów w stomatologii przedstawiony przez lek. stom. Wojciecha Grabe z OTL Gdańsk.

Wrocław pochwalił się istniejącą kasą pomocy koleżeńskiej, co przy niewątpliwiej wzmożonej prywatyzacji

stomatologów jest pomocą dla tych kolegów.

Dużym zainteresowaniem cieszyły się organizowane przez DIL koła terenowe, a szczególnie niedawno utworzone koło lekarzy prywatnie praktykujących.

Ryszard Łopuch podzielił się swoim doświadczeniem wynajmowania gabinetów lekarskich w przychodni dla lekarzy prywatnie praktykujących. Zwrócono również uwagę na przejmowanie przychodni lub gabinetów szkolnych przez samorządy, gdzie przedstawiciele izb lekarskich powinni uczestniczyć.

Problemów związanych ze stomatologią było wiele, a nawet za dużo jak na dwudniowe posiedzenie.

Należą się słowa uznania organizatorom tej konferencji, tzn kolegom z OIL w Krakowie, dr. Andrzejowi Fortunie, który po rezygnacji dr Ewy Hubert z przewodniczenia Komisji Stomatologii przy NIL objął jej stanowisko oraz dr. Zbigniewowi Zakowi, sekretarzowi OIL w Krakowie.

## Współpraca Stomatologów z Anglią

W dniu 26 maja 1992 roku odbyło się w DIL, we Wrocławiu spotkanie przedstawicieli Uniwersytetu w Sheffield z kierownictwem DIL w osobach W. Bednorza i R. Łopucha, z Lekarzem Wojewódzkim dr K. Sroczyńskim, z Specj. Woj. d/s Stomatologii dr A. Maciejewskim, z przedstawicielem Akademii Medycznej dr M. Marek oraz Dyrekcją Medycznego Studium Zawodowego mgr A. Woźnicką, współpracującą z Uniwersytetem w Sheffield.

Omówiono wstępnie warunki umowy o współpracy w zakresie doskonalenia zawodowego lekarzy i stomatologów oraz techników dentystycznych, wysłuchano również wykładu na temat *Estetyka w stomatologii oraz nowości dotyczących implantów*, który wygłosił dr Graham E. White z Uniwersytetu w Sheffield.

# LISTY DO REDAKCJI

Szanowni Państwo!

W załączeniu do wypełnionej ankiety na temat ogłaszania się prywatnych praktyk lekarskich, pozwalam sobie na kilka uwag, dotyczących powyższego problemu.

Po pierwsze – pragnę wyrazić swe zadowolenie, iż podjęto próbę zasięgnięcia opinii szerokiego ogółu zainteresowanych w sprawie dotyczącej tak ważkiego problemu. Dotychczasowe wieści prasowe (notatka w „Gazecie Wyborczej”) nie napawały w tym względzie optymizmem. Prezentowana tam wersja projektu proponowana przez władze zwierzchnie samorządu lekarskiego przewiduje znaczne ograniczenia w zakresie informacji, które zainteresowany usługą pacjent mógłby uzyskać. W wersji tej dyskryminowani są jawnie lekarze posiadający niezbędne kwalifikacje, takie jak specjalizacja – podspecjalizacja, tytuł naukowy oraz dodatkowe kwalifikacje, nie objęte rutynowym systemem szkolenia kadr medycznych. Zyskują natomiast tzw. „starzy doktorzy”, praktykujący na danym terenie od wielu lat, ordynatorzy oddziałów i kierownicy klinik akademickich. Podobne zdanie wyrażono zresztą w komentarzu do powyższej informacji prasowej. Usługi lekarskie są równie ważne jak cała gama innych usług proponowanych w prasie, typu oprogramowania komputerowego, budownictwa, handlu itp. Niezrozumiała jest więc „autodyskryminacja” tych usług przez zarządzenia Izby Lekarskiej. Oczywiście należy zwalczać wszelkie próby uprawiania hochsztaplerki medycznej, tzw. „niekonwencjonalne” metody leczenia proponowane przez przybyszy ze Wschodu, pseudolekarskie seanse spirytystyczne itp. Należy raczej ustalić kryteria, według których można będzie wydawać licencje na prywatną praktykę. Droga nie wiedzie jednak przez samoograniczenie się w reklamie – stwarza to miejsce właśnie dla tych, którzy uprawiają pseudomedycynę, których żadne wewnętrzne przepisy przecież nie ograniczają.

W dobie urynkowienia gospodarki i zbliżającej się reformy i komercjalizacji usług medycznych pacjent ma prawo sam decydować o tym, kto, jak i za ile będzie go leczył.

Z poważaniem  
Dr med. Tomasz Michalski

## List otwarty

W. Pani  
prof. dr Zofia Kuratowska  
Warszawa

Wielce Szanowna Pani Profesor,

Ukazujące się od pół roku prasowe, radiowe i telewizyjne wystąpienia Pani Profesor dotyczące Kodeksu Etyki Lekarskiej, pełne nieścisłości, przekłamań i złej woli, z uwagi na ich charakter nie zasługiwały moim zdaniem dotychczas na uwagę, a tym bardziej na podjęcie z nimi rzeczowej, merytorycznej dyskusji. Informacja jednak, która ukazała się w „Rzeczypospolitej” w dniu 18.05.1992 r., „(...) Sądy lekarskie w większości spraw biorą stronę lekarzy - twierdzi prof. dr Z. Kuratowska. Jest naturalnie wiele skarg nieuzasadnionych, powszechne jest jednak lekceważenie zażaleń pacjentów np. na niewłaściwie traktowanie”, zmusza mnie jako przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego do wyrażenia ostrego protestu przeciw nieodpowiedzialnym wypowiedziom pomawiającym o nieprawość sądy lekarskie. Jestem wysoce zażenowany takiego rodzaju wypowiedzią, która w sposób tendencyjny stara się podważyć autorytet nowopowstałych organów izb lekarskich, a która w pośredni sposób narusza również autorytet Najwyższego Sądu.

Nie sposób bowiem przyjąć, by Pani Profesor, osoba publiczna, nie wiedziała, że zespołom orzekającym w Naczelnym Sądzie przewodniczą sędziowie zawodowi, członkowie Sądu Najwyższego, którzy w sposób niezwykle odpowiedzialny, nie szczędząc swego czasu i doświadczenia, w sposób całkowicie bezinteresowny podjęli się trudu współtworzenia podstaw sądownictwa lekarskiego i prowadzenia nieraz bardzo złożonych spraw lekarskich.

Nieodpowiedzialne opinie, które padły ze strony Pani Profesor, skłaniają mnie do apelu, o zaprzestanie destrukcyjnego działania w stosunku do własnej korporacji, która na przekór licznym utrudnieniom, w sposób odpowiedzialny i skuteczny odbudowuje od podstaw etos polskiego lekarza.

Pozostaję z wyrazami szacunku  
prof. dr hab. Tadeusz Wencel  
Przewodniczący  
Naczelnego Sądu Lekarskiego

Do wiadomości:

1. Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego, Prof. dr hab. Adam Strzembosz
2. Pan Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, Prof. dr hab. A. Chełkowski
3. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej,

Prof. dr med. Tadeusz L. Chruściel  
4. Honorowy Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, Prof. dr hab. med. J. Nielubowicz

5. Przewodniczący Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, dr med. Jerzy Moskwa

6. Redaktor Naczelny „Rzeczypospolitej”, Dariusz Fikus

7. Redaktor Naczelny „Służby Zdrowia”  
Aleksandra Gielewska

## K O M U N I K A T

W dniu 21.03.1992 roku odbyło się walne zebranie członków Dolnośląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego we Wrocławiu.

Wybrano na nim nowe władze Oddziału w następującym składzie:

1. dr n. med. Jan Wnukiewicz – prezes
2. prof. dr hab. Bogumił Płonka – wice prezes
3. lek. dent. Andrzej Komorski – sekretarz
4. lek. med. lek. dent. Hanna Gerber – Leszczyszyn – z-ca sekretarza
5. lek. dent. Jan Nienartowicz – skarbnik
6. lek. dent. Maciej Ławiński – z-ca skarbnika

### CZŁONKOWIE

1. prof. dr hab. Feliks Cwioro
2. prof. dr hab. Adam Masztalercz
3. prof. dr hab. Stanisław Potoczek
4. dr n. med. Adam Zawada
5. lek. dent. Leszek Bochdalek
6. lek. dent. Hanna Woytoń
7. lek. dent. Ryszard Łopuch

### SĄD KOLEŻEŃSKI

1. dr hab. n. med. Marek Ziętek
  2. dr n. med. Jacek Potoczek
  3. dr n. med. Wojciwch Pawlak
- ### KOMISJA REWIZYJNA

1. dr n. med. Zofia Sozańska
2. dr n. med. Hanna Nowak-Malinowska
3. dr med. Rudolf Mazurek
4. lek. dent. Urszula Kiljańska

Siedzibą Zarządu Oddziału pozostaje Katedra i Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AM we Wrocławiu  
ul. Chałubińskiego 5  
50-368 Wrocław  
tel. 21-27-42



# SALMED 1992

## w oczach lekarza praktyka

Zbigniew Domostłowski

**M**iędzynarodowy Salon Medyczny „Salmed” ma już swoje tradycje i dobrze się stało, że mimo niepogody czasów, kryzysu, restrukturyzacji, prywatyzacji, widma zwolnień i bezrobocia organizatorzy nie zrezygnowali z tej formy prezentacji postępu i nowości.

Jak zwykle teren Międzynarodowych Targów Poznańskich, oczywiście w części tylko wykorzystany (pawilony 17, 19, 20, 21, 26, 53), jest dla tego rodzaju imprez niemal idealną oprawą. Nie wszystko można zamówić, gdyż na przeszkodzie stoi bariera zarówno ekonomiczna, jak i własnych kompetencji i umiejętności zawodowych, ale obejrzeć warto.

Trudno nie zainteresować się Video-endoskopami firmy Video, stosunkowo dość prostymi w obsłudze, dostępnymi tylko wyspecjalizowanym ośrodkom bądź potentatom finansowym. To samo dotyczy mikroskopu Olympus – Japan – Phase Contast ULMCD 0.30 za niebagatelną sumę 23.000 marek, co w przeliczeniu na złotówki daje kwotę ok. 200 mln. Godny uwagi jest też zestaw aparatów wykorzystywanych w leczeniu, a mianowicie system monitorowania zarówno ekg (chodzi głównie o zaburzenia rytmu), jak ciśnienia czy nawet PH w przełyku. Prezentowane są ulepszone aparaty do dializy oraz różne modernizowane stale urządzenia do diagnostyki, na czoło których wybija się stara firma Beckman (wirówki, sprzęt diagnostyczny do badań immunologicznych, biochemicznych, elektrolitowych, chemii klinicznej).

Zakłady Handlowo-Usługowe Medical S.A. z Warszawy oferują usługi takie jak: kompleksowe wyposażenie szpitali, wyposażenie gabinetów lekarskich, przychodni zakładowych, kompleksowe wyposażenie ośrodków naukowych, placówek badawczych, laboratoriów i instytutów w urzędzenia, sprzęt badawczy, kontrolno pomiarowy.

Firma Behringer obok leków prezentuje całe zestawy do badania parametrów przydatnych w rozpoznawaniu i monitorowanej terapii chorób tarczycy, a także broszury z interpretacją wyników, monografiami i publikacjami. Pewną nowością są markery nowotworowe oraz dla uzupełnienia rozpoznawania

klinicznego enzymu Test IgE, testy do monitorowania terapii glukozydami nasercowymi i Enzymun Test Insulin.

Praktycznymi ciekawostkami wartymi odnotowania są oferowane opatrunki firmy Smith – Nephew, a mianowicie suchy nieprzywierający opatrunek, opatrunek o zastosowaniu pooperacyjnym i doraźnym, antyseptyczny opatrunek z gazy tiulowej, samoprzylepny opatrunek do ran, opatrunek podtrzymujący kaniule, elastyczna opaska podtrzymująca, parafinowy opatrunek z gazy, elastyczne bandaże przylepne, usztywniająca taśma ortopedyczna. Wystawcy szczególnie obficie zasilili ekspozycje sprzętu stomatologicznego od foteli, wiertarek po najdrobniejsze detale.

Stoiska te były najbardziej oblegane przez zainteresowane osoby, gdyż nie jest tajemnicą, że w stomatologii, jak na razie, prywatyzacja postępuje najbardziej.

Pewnych rzeczy nie mogę zrozumieć, np. dlaczego Przedsiębiorstwo Produkcyjno-Handlowe „Ziolo polskie” z siedzibą w Poznaniu, propagując polskie zioła w każdej aptece propaguje też „zioła szwedzkie cudowny środek”?

Praktyka może zainteresować „samojezdny ciągnik schodowy”, który umożliwia osobom niepełnosprawnym, jeżdżącym na wózkach, samodzielne pokonywanie prostych schodów bez jakiegokolwiek pomocy.

Zakład Elektroniki i Elektromedycyny z Otwocka – Świdra oferuje aparaty do fizykoterapii, a wśród nich Magnetronic MF 10, do leczenia pulsującym polem magnetycznym małej częstotliwości, za niebagatelną sumę 27 mln złotych, cena innych aparatów nie przekracza 9,5 mln złotych. Stosunkowo najtańszy jest Galwatronic GT IC, bo wyceniony na 1,9 mln złotych.

Ciekawe były oferty wydawnictw medycznych m.in. Springer Verlag z Berlina, Georg Thieme Verlag ze Stuttgartu, Williamsa, Wilkins z Baltimore, Schattauera ze Stuttgartu. Reklamowała się też antropologia, popularnie ujęta architektura, nawet osteoarcheologia. Jakoś wyjątkowo blado w tym kontekście wypadła ekspozycja polskich książek. Tytułów niewiele. Słowniki np. angielsko – polski po 95 tys. złotych, a polsko – angielski za 85 tys.

złotych. W oczy zaś rzucały się wydawnictwa w stylu *Magia seksu* G. Mastertona. Welka szkoda, że oficyny krajowe nie były zareklamowane, ba nawet Kurier IPS Salmed wydany w Warszawie w języku polskim nie wspominał ani słowem, iż mamy też własny dorobek wydawniczy. Na szczęście wydawnictwa obcojęzyczne są zawrotnie drogie i to w jakimś stopniu osłabia ich konkurencję (*Geriatric fur hausarztliche Praxis* wyd. Fischera kosztuje 148 DM – co stanowi ok. 1.300.000 złotych). Nasuwa się smutna refleksja: jeśli wraz z ziołami polskimi będziemy reklamować przede wszystkim zioła szwedzkie, a w polskim wydawnictwie pominiemy rodzimych wystawców i polską literaturę, to te przykłady i przykładziki, których na codzień można znaleźć więcej, świadczą o tym, że to zauroczenie „Zachodem” przekroczyło swą miarę.

Organizatorom należy się wiele pochwał, ale nie można podarować Kurierowi Salmed, że mimo zapowiedzi o przybliżaniu krajowych oficyn wydawniczych w pierwszym numerze, tego niestety nie uczynił. Również polszczyzna niejednego prospektu budzi poważne zastrzeżenia, coraz częstsze są makaronizmy i niezrozumiałe elementy językowe. Przeglądając zaś ulotkę „Zioła szwedzkie” nie mogę zrozumieć jak można „usuwać ból cichych skurczy” i „usuwać płyny hypochoondryczne”.

Oddając to co należyne postępowi technicznemu, tam gdzie można nie tylko przyjmujemy do wiadomości i wprowadzamy nowe techniki badawcze i lecznicze, ale nie przyjmujemy wszystkiego bezkrytycznie, szczególnie w zakresie „cudownych środków”. Nie odczułem, aby nasi Rodacy byli równorzędnymi uczestnikami w grze ofert handlowych, a przecież to niezwykle kusząca perspektywa – aby *al pari* demonstrować nasz dorobek. Nie zazdraszczę młodszemu pracującym w pierwszej linii. Wszak z jednej strony chce się iść z postępowem w świadomości i możliwościach, a z drugiej strony nie można przechodzić obojętnie obok potrzeby hamowania recesji i realiów na codzień, tak daleko odbiegających od salonów Salmedu. Ale zobaczyć warto.

## Terminy dyżurów członków Prezydium i spotkań komisji problemowych

**Poniedziałek**  
R. Łopuch 12.00 - 13.30  
B. Bruzewicz-Mikłaszewska 13.00 - 15.00

**Wtorek**  
M. Jagas 14.00 - 15.00  
J. Kasprzak-Wójtowicz 13.00 - 15.00  
W. Bednorz 13.00 - 15.00

**Środa**  
Z. Plamieniak 13.00 - 15.00

**Czwartek**  
W. Iwanowski 10.00 - 11.00  
R. Łopuch 13.00 - 14.00  
M. Jagas 14.00 - 15.00  
L. Czarnecki 14.00 - 15.00  
R. Máj 13.00 - 15.00

**Piątek**  
T. Bujko 11.30 - 13.30

Okręgowy Rzecznik  
Odpowiedzialności Zawodowej  
T. Heimrath  
czwartek 12.00 - 13.00

Przewodniczący Dolnośląskiego Sądu Lekarskiego  
L. Żynda  
środa 15.00 - 16.00

### Spotkania Komisji problemowych i zespołów

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

**Dyżury członków**  
Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskej  
w każdy czwartek 13.00 - 14.00  
Zarząd Kasy  
w każdą roboczą sobotę 13.00 - 14.00  
Wpłaty i deklaracje do Kasy  
przyjmowane są  
we wtorki i czwartki 11.00 - 13.00

## Wykaz lekarzy, którzy otrzymali prawa wykonywania zawodu w miesiącu maju 1992 r.

### W R O C Ł A W

lek. med.

1. Andrzej Chabura  
Wrocław ul. Jabłeczna 20/12
2. Maria Tomkowiak  
Wrocław ul. Dembowskiego 17/3 Szpital  
im. Falkiewicza
3. Krystyna Przemorska-Chatys  
Wrocław ul. Na Ostatnim Groszu 54/14  
P.ZOZ Wrocław Fabryczna
4. Kamila Rożańska  
Wrocław ul. Krzycka 19
5. Jadwiga Bonczar  
Wrocław ul. Pułtуска 34/1  
ZOZ Krzyki
6. Ewa Jarzębska  
Wrocław ul. Bacciarellego 55/4  
Zespolony Szpital Specjalistyczny
7. Veronica Objakor  
Wrocław ul. Na Ostatnim Groszu 60/5  
I Klinika Położnictwa AM – ważne do  
31 grudnia 1992
8. Anna Michniewicz  
Wrocław ul. Stanisławskiego 9/5
9. Pius Agbenorku  
Wrocław ul. Kruszwicka 21/10  
Szpital Kolejowy – ważne do  
31 grudnia 1994 r.
10. Joanna Stasina-Ekeland  
Wrocław ul. Belwederczyków 18/4  
ZOZ Krzyki
11. Elżbieta Orlicz  
Wrocław pl. Grunwaldzki 8/64  
Woj. Szpital Chorób Zakaźnych

lek.dent.

1. Małgorzata Dudziak  
Wrocław ul. Obornicka 27/14
2. Irena Kłak  
Wrocław ul. Porzeczkowa 10  
ZOZ Krzyki
3. Marwan Kraydie  
Wrocław ul. Na Ostatnim Groszu 10/12

### L E G N I C A

lek.med.

1. Ryszard Fenc  
Lubin ul. Budowniczych LGOM 60/10  
ZOZ Lubin

lek.dent.

1. Grażyna Starak  
Legnica ul. Chojnowska 3/3  
ZOZ Legnica

### W A Ł B R Z Y C H

lek.med.

1. Małgorzata Binkuńska  
Dzierżoniów ul. Kilińskiego 25A/2  
GS ZOZ Wałbrzych
2. Michał Dziegielewski  
Niemcza ul. Chrobrego 48A/3  
ZOZ Dzierżoniów
3. Romuald Grobek  
Wałbrzych Osiedle Górnicze 7/10  
ZOZ Dzierżoniów
4. Jarosław Iżyk  
Polanica Zdrój ul. Prusa 3  
ZOZ Kłodzko
5. Andrej Kurowski  
Zawonie ul. Szkolna 16  
ZOZ Ziębice
6. Małgorzata Kuzyszyn  
Świebodzice ul. Dębowa 10  
Woj. Szpital Zespolony Wałbrzych
7. Bogusława Lechowicz  
Nowa Ruda Osiedle Piastowskie 8/II/12  
ZOZ Nowa Ruda
8. Dorota Ligęza  
Bystrzyca Kł. ul. Świerczewskiego 30  
ZOZ Bystrzyca Kłodzka
9. Jarosław Piątek  
Dzierżoniów Osiedle Błękitne 20/15  
ZOZ Dzierżoniów
10. Jolanta Szkwarek  
Bystrzyca Kł. ul. Okrężna 22  
ZOZ Bystrzyca Kłodzka

lek.dent.

1. Małgorzata Dziegielewska  
Niemcza ul. Chrobrego 48/3  
ZOZ Dzierżoniów
2. Magdalena Piątek  
Dzierżoniów Osiedle Błękitne 20/4  
ZOZ Dzierżoniów
3. Piotr Siodlaczek  
Dzierżoniów Osiedle Kolorowe 17C/4  
ZOZ Dzierżoniów
4. Aleksandra Jankowska-Kozimor  
Bystrzyca ul. Strobyszycka 45/3  
ZOZ Bystrzyca
5. Zbigniew Kozimor  
Bystrzyca ul. Starobyszycka 45/3  
ZOZ Bystrzyca

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, A. Wojnar, T. Wilniewicz — korekta. Zdjęcia:  
Paweł Golusik.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania materiałów oraz zmian w tytułach. Numer zamknięto 9.06.92 r.

Opracowanie graficzne i projekt winiety: Piotr Kawecki.

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

Druk: Agencja Wydawnicza Apla.

## ZAPRENUMERUJMY „SŁUŻBĘ ZDROWIA”

Informujemy, że istnieje możliwość prenumeraty „Służby Zdrowia” w dowolnym momencie. Wysyłka rozpoczyna się od najbliższego wydania czasopisma, po otrzymaniu przez wydawnictwo wypełnionego kuponu.

Do wydawnictwa prosimy przesyłać kopię dowodu bankowego oraz dokładny adres, pod jaki ma być wysłany tygodnik. Adres:

Wydawnictwo „Sanitas”  
Spółka z o.o.  
00-324 Warszawa, ul. Karowa 31  
nr konta  
PKO BP I O/W-wa 1515-524261-136

## Wspomnienie pośmiertne

Grono lekarzy Kotliny Kłodzkiej pożegnało zmarłego w dniu 24.04.1992 kolegę Kazimierza Berkowskiego.

Kazimierz Berkowski ukończył w 1958 r. Akademię Medyczną w Łodzi. Już jako stażysta w tymże roku podejmuje pracę w Szpitalu w Kłodzku. Będzie tu pracował przez całe swoje życie niosąc swój serdeczny uśmiech i rzetelną wiedzę z pomocą choremu człowiekowi. Zostaje internistą. Po uzyskaniu w 1979 r. II stopnia specjalizacji z chorób wewnętrznych interesuje się szczególnie reumatologią. Uczestniczy w wielu kursach szkoleniowych na ten temat.

Pracując na oddziale wew. „A” przechodzi kolejno przez etapy młodszego i starszego asystenta oddziału, a od 1972 roku pełni funkcję Zastępcy Ordynatora.

Prowadzi równocześnie Poradnię Reumatologiczną ZOZ Kłodzko aż do końca swojej pracy.

W latach 1973 – 1979 kolega pełni funkcję Z-cy Dyrektora Szpitala w Kłodzku.

Praca dr. K. Berkowskiego odznaczona została wieloma odznaczeniami otrzymał:

Brązowy i Złoty Krzyż Zasługi oraz Odznakę Zasłużony dla miasta Kłodzka. Odszedł tragicznie nagle bliski nam Kolega.

Zapamiętamy Jego pogodną twarz, Jego serdeczność i spokój jakim emanował na otoczenie.

Pozostanie wśród nas.

## Komunikaty Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej

I. Informujemy, że nastąpiła zmiana konta Kasy, które aktualnie ma numer BGŻ Wrocław 893022-83928-2710

II. 25 kwietnia 1992 r. Zarząd przydzielił członkom Kasy pierwszych 8 pożyczek w wysokości 5 000 000 zł. W przyznaniu brano pod uwagę okres oczekiwania na pożyczkę (data złożenia wniosku) z uwzględnieniem poszczególnych województw dolnośląskich, oraz preferowano sytuacje losowe (przeznaczając na nie około 10% ogólnej sumy do podziału).

Konieczność takich, a nie innych rozwiązań spowodowana była faktem przynależności do Kasy około 180 członków, z których aż 50 złożyło wnioski o przyznanie pożyczki, przy czym niektórzy starali się o kwoty 10-15 mln. zł. Biorąc pod uwagę, że Kasa dysponuje jedynie środkami uzyskanymi z wpłat członkowskich (wpisowe + wkłady jednego członka – w miesiącu kwietniu wynosiły 800.000 zł), a ma rozdzielać pożyczki co miesiąc- podjęto decyzję jak wyżej.

Jednocześnie przypominamy, że Kasa czynna jest we wtorki i czwartki od 11.00 do 14.00, dyżuruje jeden z członków Zarządu. Siedzibą Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej jest Dolnośląska Izba Lekarska przy ul. Matejki 6 we Wrocławiu.

Redakcja otrzymała informację, że prof. dr Andrzej Danysz z Instytutu Leków w Warszawie (ul. Chełmska 30/34) deklaruje gotowość nieodpłatnego wygłaszania wykładów na konferencjach lekarzy w poszczególnych województwach. A oto tematyka proponowanych wykładów:

1. Uwagi nt. przygotowania i wygłaszania referatów oraz prac naukowych.
2. Rola wykładu we współczesnym nauczaniu medycyny.
3. Nowotwory a układ immunologiczny.
4. Penetracja leków do OUN jako podstawa racjonalnej farmakoterapii chorób układu nerwowego.
5. Postępy z zakresu farmakoterapii wieku rozwojowego.
6. Postępy z zakresu antybiotykoterapii.
7. Możliwość zmniejszenia objawów niepożądanych po lekach przeciwnowotworowych.

Sądzymy, że wykłady te dotyczące zagadnień ogólnomedycznych oraz postępów farmakoterapii zainteresują lekarzy z różnych środowisk objętych działalnością DIL.

Ewentualne uzgodnienia prosimy ustalić pod adresem podanym na wstępie.

A.W.

**Dr Jerzemu Budzioszowi  
wyrazy serdecznego współczucia z powodu śmierci**

**Żony Zofii**

składają koleżanki i koledzy  
z ZOZ Stare Miasto we Wrocławiu.

**Terenowe Koło DIL w Głogowie z głębokim żalem  
zawiadamia o śmierci koleżanki**

**lek. med. Teresy Jurowicz**

**Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 4.04.1992 r. odszedł od nas**

**Tomasz Chołodniuk**

lek. stomatolog – specjalista protetyk, długoletni pracownik ZOZ Wołów, oraz PKP Wołów, organizator służby zdrowia na tym terenie, człowiek wielkiej pracowitości i życzliwości dla ludzi.

Pogrążona w smutku rodzina

## „Dary sercem zdobywane”

**D**o rozmaitych placówek służby zdrowia przychodzą przesyłki od rodaków mieszkających za granicą – pieniądze, specjalistyczny sprzęt, leki itp. Przyjmujemy je, nie zawsze zastanawiając się, w jaki sposób środki te zostały zebrane. Traktujemy to na ogół jako gest bogatszych od nas, którzy sobie mogą na taki właśnie gest pozwolić. Tymczasem wiele przesyłek to prawdziwe dary serca – kryje się za nimi konkretna praca, czas, wiele zabiegów organizacyjnych.

W Montrealu działa od lat Komitet Pomocy Dzieciom Polskim. Jego prezeską jest p. Maria Zaścińska (wyjechała z kraju 50 lat temu). Komitet, który od dawna wspomagał zakłady zakonne opiekujące się dziećmi, chce obecnie tę działalność rozszerzyć – także o dziecięce szpitale. Pani Maria Zaścińska przysłała pismo z propozycją takiej pomocy do jednej z wrocławskich klinik. Do przesyłki dołączyła ulotkę, zachęcającą naszych rodaków w Montrealu do udziału w kiermaszu, z którego dochód ma być przeznaczony dla potrzebujących w kraju. A oto treść ulotki:

### Za kulisami kiermaszu

„Od blisko 40 lat – tak, czterdziestu lat, Polonia Montrealska spotyka się na dorocznym kiermaszu urządzanym przez Komitet Pomocy Dzieciom Polskim. (...) Popatrzmy, jak z bliska wygląda przygotowanie posiłków na okres dwóch dni przy frekwencji sięgającej do kilku tysięcy osób. Jest to cała machina, tym trudniejsza do puszczania w ruch, że nie posiadamy własnego lokalu. Inwentarz ruchomy mieści się w dwóch składzikach przy Parafii św. Wojciecha. Znajdują się tam naczynia, dwie duże zamrażarki oraz zapasy książek i darów z poprzednich kiermaszy. Wynajmujemy kuchnię na sześć kolejnych poniedziałków. I kto tam urzęduje? – Grono pań członkiń, które od kilkunastu lat wiernie przychodzą, poświęcając swój czas, umiejętności i siły. Jest to tym bardziej godne podziwu, że tak anonimowo, bez rozgłosu, nie licząc na pochwały i nagrody. Kusi mnie, by ujawnić nazwiska tych zasłużonych osób, ale przyjęłyśmy zasadę anonimowości. Chcę jednak od niej odstąpić w przypadku naszej seniorki, p. Marii Hubisz, która swoim oddaniem i ogromem pracy inspiruje nas wszystkie od wielu lat. Choć w tak skromny sposób pragniemy złożyć jej wyrazy naszego podziwu, uznania i wdzięczności.

A teraz trochę cyfr, które uprzytomnią Państwu rozmiar naszej imprezy. W pierwszej fazie przygotowuje się pierogi z mięsem (na

które składa się 50 kg mąki, 90 kg mięsa, 15 kg cebuli), następnie pierogi z serem i ziemniakami (50 kg mąki, 90 kg ziemniaków, 20 kg cebuli, 20 kg sera) – w sumie blisko siedem tysięcy pierogów. Dalsza faza to flaki – ponad 300 kg.

To zaledwie baza, nie mówiąc o całej gamie dodatków i przypraw. Same cyfry, a ile za nimi mieści się trud, to już Państwa wyobraźnia dopowie. Wszystko to trzeba zamrozić, popakować i dzień przed kiermaszem przetransportować do szkoły St. Luc, rozstawić i przez dwa dni stać w oparach kuchennych. Na słodką część składają się dary członkiń i naszych sympatyków. Już od rana można zauważyć korowody pań podążające w kierunku kuchni z tortami, babkami, czy innymi smakołykami.

W sali, tuż po lewej stronie od wejścia, na stole Komitetu znajdują Państwo fotografie i obfita korespondencję naszych podopiecznych w Kraju. To uzmysłowi, jaki jest wachlarz potrzeb i z jak wdzięcznym sercem nasza pomoc jest przyjmowana. W tym miejscu można składać dobrowole datki na ten właśnie cel. Nieco dalej jest duży wybór książek i wyrobów artystycznych. Nie zapominajmy o stoiskach ze smakowitymi wędlinami, których zapach rozchodzi się po sali wraz z wionią pączków i innych łakoci. Na środku sali stoisko z darami – cały wachlarz najrozmaitszych przedmiotów, biżuterii, oryginalnych drobiazgów po przystępnych cenach, książek polskich, francuskich i angielskich dla młodych i dorosłych. Co za przyjemność móc tak grzebać zarówno w drobiazgach, jak i książkach w nadziei znalezienia skarbu, który często zawędruje w następnym roku na nowy kiermasz! Jest to okazja do nabycia tanich i oryginalnych upominków Gwiazdkowych i na Św. Mikołaja. W sali obok – inna kategoria darów, od obuwia po peruki i kapelusze. Dochód z obu stoisk jest przeznaczony na pomoc dzieciom w Kraju.

Przy wejściu znajdą Państwo wykaz stoisk oraz spis naszych sponsorów, którym wdzięczni jesteśmy za poparcie. Tam też urzędują harcerze. W ich władaniu jest szatnia – prosimy ich popierać, bo poza osobistą wygodą umożliwiamy młodzieży godziwy zarobek. Po sali przesuwa się młoda osoba z koszykiem. Prosimy jej nie unikać, obdarzy uśmiechem za najskromniejszy dar i udekoruje czerwono – białą kokardką.

O innych atrakcjach dowiedzą się Państwo na kiermaszu, na który gorąco zapraszamy.”

Tak się to właśnie robi w Montrealu. Komentarze są chyba zbyt czyste...

Opracowała: Iza Zaleska



### Tabletka w czasie pełni księżyca

*Dziadku - pyta wnuczek - gdzie rosną tabletki?*

*W lesie, parku, na uroczysku. Jedne z ziół trzeba zerwać w czasie pełni księżyca, inne o północy w noc świętojańską. Każdy rodzaj liścia, kory, kwiatu i korzenia ma swoją porę. Najlepiej wiedziały o tym czarownice-zielarki. Była to pilnie strzeżona tajemnica. Powoli wracamy do tych starych metod. Bada się zależności różnych procesów biologicznych od pory dnia, pory roku. Odkryto w człowieku rytmy dobowe, miesięczne, roczne. Leczenie musi być zgodne z tymi cyklami. Nie można podawać tabletek mechanicznie trzy razy dziennie. Czasem wystarczy tylko raz – na noc jak w przypadku blokerów receptorów H2 (cymetydyna, ranitydyna) lub jednorazowo rano (glikosterydy). Odkrywane są coraz to nowe zależności lek - pora dnia. zajmuje się tym nowa nauka, chronofarmakologia. Pamiętam, jak trudno było nauczyć się farmakologii, a tu dodatkowa trudność. Wracamy do wielu metod ludowej medycyny. Odkrywa się nowe własności ziół, okazuje się, że to z czego śmiali się niektórzy ludzie ma głęboki sens oparty o cykle przemian biochemicznych w komórkach roślinnych i naszego organizmu.*

*Tabletki rosną wszędzie, trzeba je tylko umiejętnie zrywać i przyjmować o określonej porze programu telewizyjnego.*

*dr Józef - emeryt*

Komisja Socjalna przy DIL zaprasza lekarzy seniorów na spotkanie, które odbędzie się w siedzibie Izby (Wrocław, ul. Matejki 6), 12 czerwca br. o godzinie 17.00.

Uprzejmie prosimy o powiadomienie Kolegów o tej imprezie.

Przewodnicząca Komisji Socjalnej DIL  
Teresa Bujko