



MEDIUM

BIULETYN DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1213-0701

KWIECIEŃ

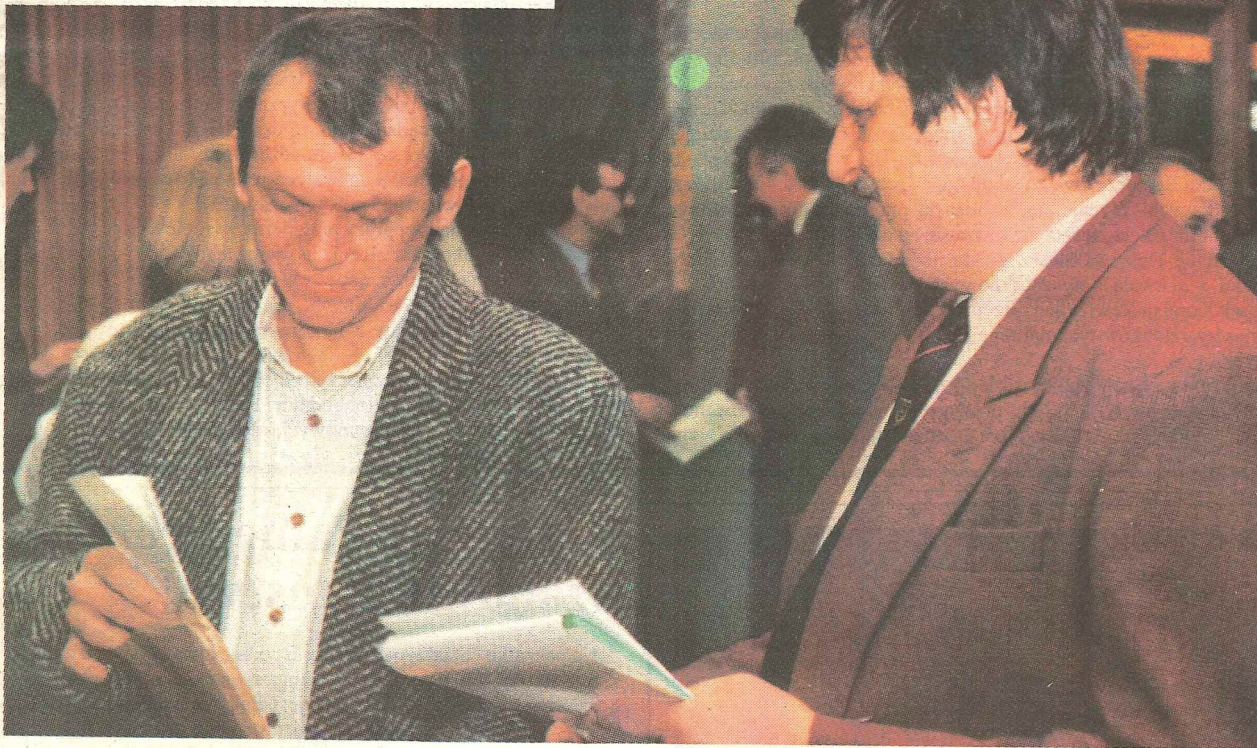
Nr 4 (57)

IX ZJAZD

Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

18 marca 1995r.

**GŁÓWNY SPONSOR
ZJAZDU**



W kulisach dyskutują: pełnomocnik DIL województwa legnickiego Jerzy Malkiewicz i sekretarz DIL Maciej Przestalski

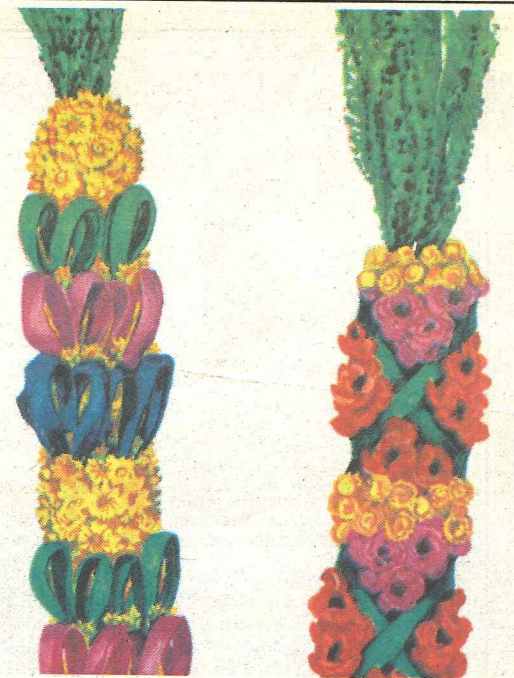
**Wystąpienie
powitalne prze-
wodniczącego
Dolnośląskiej
Rady Lekarskiej
dra n. med.**

**Włodzimierza
Bednorza**

Szanowni i Dostojni Goście, Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy!

Ponad pięć lat minęło już od naszego pierwszego Zjazdu. Byliśmy wówczas pełni entuzjazmu i nadziei, wydawało się, że rychło nastąpią oczekiwane zmiany - sensowne reformy w ochronie zdrowia i zwiększą się nasze płace. Większość naszych członków to ci, którzy nie pamiętali działalności Izby sprzed 1950 roku. Z reaktywowaniem samorządu lekarskiego wiązano zatem ogromne nadzieje. Tymczasem po 5 latach - jest Izba, są składki, nie ma reformy, nie ma pieniędzy. Dlaczego?

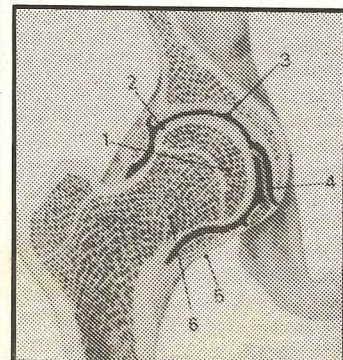
str. 2



Wesołych i spokojnych

Świąt Wielkanocnych

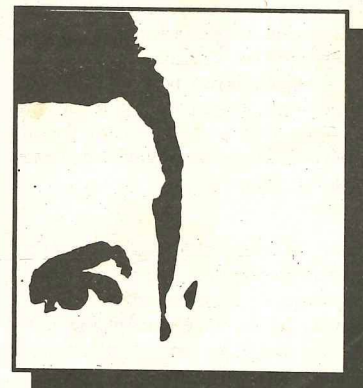
radości przy dzieleniu się
świętecznym jajkiem i mokrego dyngusa
życzy Redakcja



str.14

Wokół osteoporozy

Leczenie osteoporozy fluorem wciąż pozostawia wiele niewiadomych co do dawki jeszcze terapeutycznej, a jeszcze nie toksycznej. Wydaje się, że jedynie monitorowanie stężenia fluoru w surowicy krwi oraz wydalania z moczem mogłoby być podstawą do prawidłowo prowadzonego leczenia związkami fluoru.



str. 15

Czy prawidłowo oceniono ryzyko operacyjne

Założono szwy powiekowe i przecięto kącik oka. W tym momencie operowany zaczął uskarżać się na silny ból zamostkowy, a po kilkunastu sekundach doszło do zatrzymania krążenia. Natychmiast podjęto, w sposób typowy, akcję reanimacyjną, uzyskując chwilową poprawę.

Szpalta Naczelnego



Andrzej Wojnar

Zastanawiałem się ostatnio dlaczego z tak pięknym odzwem spotkała się moja inicjatywa utworzenia Klubu Syrtyczyka a tylko kilkanaście osób odpowiedziało na moją propozycję zorganizowania Mistrzostw Żeglarskich. Chyba zadziałała nasza wrodzona nieufność do wszelkich społecznych inicjatyw i tzw. "spędów", których w poprzedniej epoce mieliśmy aż nadto. I chyba tylko więzi zadziergnięte tam w Afryce 3 tysiące kilometrów od kraju kazały nam tak licznie zjechać z wielu odległych miast w ostatni dzień marca by zawiązać klub pracujących kiedyś w syrtyskim szpitalu. Natomiast Klubu Żeglarza Medyka na razie nie będzie, chociaż sędzę, że być może nawet w tak nielicznym gronie spotkamy się nad jeziorem w połowie czerwca, trochę "poszalejemy" na żaglach a jak siły potem pozwolą, również i przy ognisku, śpiewając szanty, opowiadając z reguły przesadzone żeglarskie opowieści i obiecując sobie, że za rok spotkamy się znowu.

Albo nie tylko nasza niechęć do społecznych "bawiarzy" o czym wyżej wspomniałem ujawnia się w naszych działaniach ale również brak konsekwencji czy wręcz brak odpowiedzialności za dobrowolnie przyjęte przez nas obowiązki. Bo jakżeś inaczej tłumaczyć można fakt, że kolejny nasz Walny Zjazd Delegatów nie mógł uchwalić kompletnie uchwał gdyż po południu zabrakło quorum, lub że po dwu, trzech godzinach na obradach Prezydium czy Rady pozostają tylko najwytrwalsi, mimo serwowanej kawy i kanapek.

Dość mi ostatnio list, w którym pisze mi kolega-lekarz z antypodów, mieszkający tam od wielu lat, że rozważa możliwość powrotu, z wielu względów też ekonomicznych ale przede wszystkim rodzinno-uczuciowo-nostalgicznych. Zazdrości mi, że mogę w sklepie, w urzędzie porozmawiać po polsku, że mogę odwiedzić swoją matkę oraz grób ojca, że czytam polskie gazety, oglądam polską telewizję, że jestem u siebie, nie jestem obcym przybyszem, intruzem. Tak więc w chwilach złości na naszą rzeczywistość, też na ten przedziwny społeczno-polityczny galimatias jaki przeżywamy, zastanówmy się przez chwilę, że nie jest najgorzej, że pracujemy w wyuczonym zawodzie, zawodzie, który większość z nas kocha i spełnia się w nim na różnych płaszczyznach, czasem i naukowych. A przede wszystkim, że tu jest nasze miejsce na ziemi, że tu pracowali, mieli też wiele różnych problemów nasi ojcowie i dziadkowie myśląc o nas, tak jak my myślimy teraz o naszych dzieciach i wnukach. Tak się jakoś rozfilozofowałem, że jeszcze chwila i nie tylko Wy, ale i ja zagubię się w tym moim wywodzie. Przeczytałem jeszcze raz cały tekst i myślę, że chyba wiecie o co mi chodzi. "Carpe diem" ale zarazem "festina lente". Całe nasze ziemskie bytowanie jest złożone z dokonywanych wyborów i poszukiwania nieosiągalnego optymalnego złotego środka.

Chcę po prostu odciągnąć Was od postaw zamknięcia się w sobie, negacji i krytyki wszystkiego, czy wręcz krytykanctwa, postaw ksenofobicznych i wrogości do innych. Postaw, które niestety coraz częściej spotykam w naszym środowisku.

Za oknami wiosna - najpiękniejsza pora roku. Otwórz okno, zaczerpnij głęboko powietrza. Wyjdź na zewnątrz. Posłuchaj śpiewu ptaków i szumu wiatru. Popatrz jak pięknym kwieciami obsypane są drzewa. Wyjdź na zewnątrz i uśmiechnij się. Świeci słońce. Żyjesz.

Z ostatniej chwili:

Nareszcie zaczyna się coś dziać wokół szpalty. Dziwiłem się już, po ponad rocznym jej pisaniu, że chyba wszyscy moi czytelnicy zgadzają się z moimi sądami, identyfikują się ze mną. Dochodziły też do mnie komentarze, przyznam, że głównie pozytywne, dotyczące mojego stylu pisania. Były one czasem dyskusyjne i zawsze do dyskusji. Dopiero dziś na forum Rady DIL pewna prominentna Pani Doktor stwierdziła, że cały Biuletyn budzi grozę, zajmuje się tylko balami i rozrywką, pomija wiele ważnych tematów zwłaszcza tych, które są poruszane na zebraniach delegatów. A sama szpalta pisana jest stylem "leninowskim" (!!) i budzi jej negatywne odczucia. Oj, gdyby takie "Leniny" jak ja robiły rewolucję to nigdy nie byłoby komunizmu na świecie. Z drugiej strony cieszy mnie, że wreszcie znalazła Pani Doktor czas na przeczytanie mojej szpalty, bo w takim samym stylu piszę od 15 miesięcy. Lepiej późno niż wcale. Zyskałem więc jeszcze jednego czytelnika szpalty, tym razem krańcowo krytycznego. Natomiast decydowanie o tym czy drukować o sprawach wielkich, bardzo wielkich, czy o tych małych pozostawiam jednak sobie, bo przecież jako naczelny muszę coś robić i na pewno za moich "rządów" Biuletyn nie stanie się urzędowym monitorem.

Wystąpienie powitalne przewodniczącego
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dra n. med. Włodzimierza Bednorza
na IX Zjeździe DIL

Szanowni i Dostojni Goście, Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy!

Ponad pięć lat minęło już od naszego pierwszego Zjazdu. Byliśmy wówczas pełni entuzjazmu i nadziei, wydawało się, że rychło nastąpią oczekiwane zmiany - sensowne reformy w ochronie zdrowia i zwiększą się nasze płace. Większość naszych członków to ci, którzy nie pamiętali działalności Izby sprzed 1950 roku. Z reaktywowaniem samorządu lekarskiego wiązano zatem ogromne nadzieje. Tymczasem po 5 latach - jest Izba, są składki, nie ma reformy, nie ma pieniędzy. Dlaczego?

Naszym niecierpliwym Kolegom chcę przypomnieć, że to nie Izba uchwała budżet Państwa i nie Izba wprowadza nowe systemy organizacyjne. Jak wykazał przykład ostatniego strajku głodowego najpotężniejszej centrali związkowej, nawet tak drastyczne formy protestu nie przynoszą sukcesów.

W moim przekonaniu kolejne rządy, kolejne ekipy poselskie boją się naruszenia tej kruchej bardzo, ale jednak stojącej budowli, jaką jest system opieki zdrowotnej w Polsce. Podobnie jak to się działo w poprzednich latach z innymi dziedzinami gospodarki dziwnym zrządzeniem losu - bez pieniędzy, bez sprzętu, kosztem naszego zdrowia, to wszystko jakoś funkcjonuje! Lekarze i dyrektorzy dwoją się i troją, żebrzą o pieniądze to z banków, to z orkiestry. Cegielka po cegielce rozbierają mur bezpłatnej służby zdrowia. Od dawna domagamy się zmian w finansowaniu, połączonych z gruntownymi przekształceniami organizacyjnymi.

Opowiadamy się za systemem ubezpieczeniowym - uchwalili to poprzedni Zjazd - bardziej podobnym do projektu Solidarności niż do znowu centralistycznej struktury oferowanej przez Ministerstwo Zdrowia, zbliżonej do systemu angielskiego.

Potrzebna jest ogólnonarodowa debata nad istniejącymi już projektami zmian i podjęcie pilnych działań legislacyjnych.

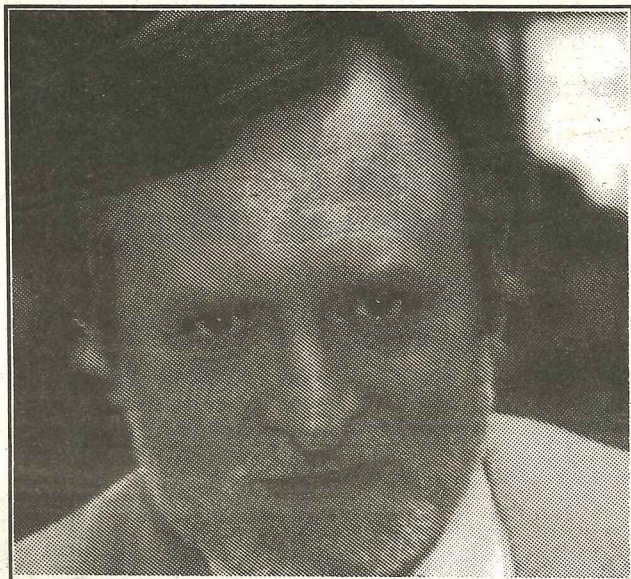
Chciałbym jednak z całym naciskiem stwierdzić, że niektóre obecne działania administracji są pseudoreformą, działającą na niekorzyść pacjentów i lekarzy.

Tak więc są sprawy, które wymagają rozstrzygnięcia na poziomie centralnym. Lokalnie, na terenie działania Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, współpraca z administracją układa się dobrze - z wyjątkiem woj. wrocławskiego, w którym w dalszym ciągu istnieje wiele problemów - pisze o nich kol. Kochman w Biuletynie.

W ciągu ubiegłego roku odbyły się wybory samorządowe, w których udzielił mi poparcia naszym kolegom lekarzom - na ok. 140-150 startujących ok. 120 z nich weszło do rad gminnych. Świadczy to pośrednio o bardzo dużym zaufaniu społeczeństwa do naszego zawodu. Cieszyć może także fakt, że stopniowo przelamywana jest bierność w działalności społecznej. Na uroczystości pięciolecia DIL rzuciłem myśl powołania Forum Samorządowego, skupiającego przedstawicieli kilku izb samorządowych. Wydaje się, że idea ta przypadła do gustu innym samorządom. Akcja zresztą rozszerza się na cały kraj.

Na terenie Dolnego Śląska działa ponad 100 kół lekarskich - w związku z uchwałą dotyczącą nowych zasad ich finansowania, na wniosek Komisji Rewizyjnej, przeprowadzana jest akcja porządkowania spisów członków tych najmniejszych naszych komórek organizacyjnych.

Około 1/4 tych kół działa bardzo prężnie - być może inne też pracują, ale nie chwalią się tym, ani nie proszą o pieniądze. Organizowane są imprezy towarzysko-szkoleniowe, oglądane są filmy naukowe wypo-



życzonych z naszej wideołeczni, prenumerowana i czytana jest prasa medyczna, odbywają się uroczyste pożegnania kolegów przechodzących na emeryturę.

Członkowie Rady brali udział w wielu takich spotkaniach, od kilku miesięcy zapraszani są na posiedzenia Prezydium i Rady kolejno przewodniczący kół. Członkowie NRL i Komisji szczebla centralnego biorą czynny udział w pracach tych organów, wystarczy wymienić kol. Hajzika - przewodniczącego Komisji Emerytów, kol. Łopucha - przewodniczącego Komisji Pracy i Warunków Placy, aktywnie działających w Komisjach: Etyki - kol. Rzeszutkę, Legislacyjnej - kol. Kasprzak-Wójtowicz, Współpracy z Zagranicą - kol. Bruzewicz-Mikłaszewską, Organizacyjnej - kol. Przestalskiego.

Osobiście, prócz pracy w Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, Kolegium Redaktorskim "Gazety Lekarskiej", pracuję także w Komisjach Etyki i Informacji i oczywiście Konwencji Przewodniczących.

Rozwija się działalność Klubu Lekarzy "Remedium" we Wrocławiu i Klubu Lekarzy w Jeleniej Górze. W siedzibie Izby na IV piętrze posiadamy 2 pokoje gościnne (2 i 3-osobowy) dla kolegów odbywających kursy specjalizacyjne. Zawarliśmy umowę z Bankiem Śląskim na gwarantowanie kredytów lekarzom na wyposażenie gabinetów prywatnych.

Ze sprawozdań zamieszczonych w Biuletynie można wyczytać wiele naszych innych aktywności. Chciałbym wspomnieć tylko o sympozjum na temat "Lekarz a chory na AIDS", kolejnym spotkaniu lekarzy polonijnych, w planie najbliższych tygodni jest konferencja o "przestępstwach urzędniczych" i spotkanie Koła Kłodzkiego i Prezydium z Czeską Izbą Lekarską oraz sympozjum komputerowe, historyczne i dotyczące ustawy psychiatrycznej. Podobnie jak w okręgu zgorzeleckim także w Kotlinie Kłodzkiej istnieje pilna potrzeba kontaktów sąsiedzkich, między innymi dotyczących integracji transportu sanitarnego, niektórych badań diagnostycznych i innych.

W 1994 roku odbyło się 13 posiedzeń Rady DIL, 34 posiedzenia Prezydium DRL, podjęto 73 uchwały, wydano 548 praw wykonywania zawodu, zarejestrowano 625 nowych członków.

W ciągu naszej dalszej pracy pragniemy zwrócić uwagę na:

- tworzenie struktur kształcenia ustawicznego,
- rozwijanie pracy samorządowej w kołach izby,
- wspieranie inicjatyw lokalnych,
- rozwijanie współpracy z innymi samorządami i ze związkami zawodowymi,
- tworzenie systemu ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej,
- dopracowanie systemu lobbingu na rzecz godnego wykonywania naszego zawodu i zmian systemowych w ochronie zdrowia.

Szanowny Panie Prezesie, Szanowni Państwo!

Na początku chciałbym serdecznie podziękować Państwu za zaproszenie na dzisiejszą imprezę. Chętnie skorzystałem z niego. To, że goszczę tu już nie po raz pierwszy, jest dla mnie wielkim zaszczytem.

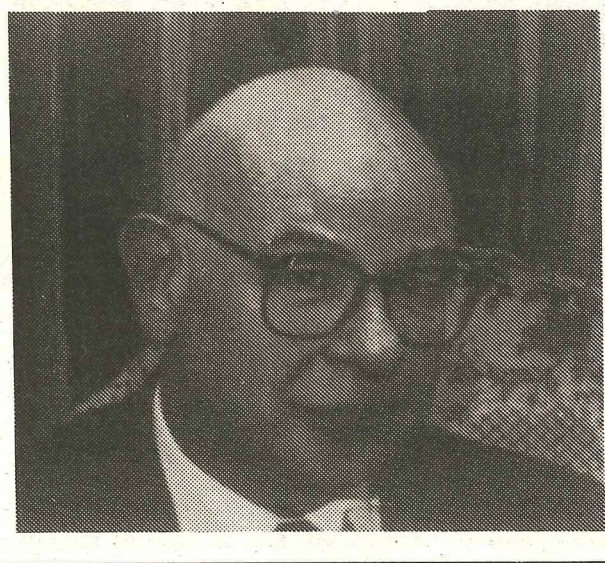
Pozwólcie Państwu przekazać pozdrowienia prezesa i zarządu sąsiedniej Krajowej Izby Lekarskiej Saksonii. Jednocześnie życzyć Państwu sukcesów na dziesiątym zjeździe Izby Lekarskiej!

My Saksończycy zakończymy za kilka tygodni pierwszy okres wyborczy po naszym przełomie politycznym. Jednak w procesie demokratycznego przekształcenia Polska wyprzedziła nas o kilka lat. Wszystkim pozostanie na zawsze w pamięci, że to właśnie polski ruch związkowy lat 80-tych po raz pierwszy dał sygnał wolności na Wschodzie, na długo przed tym, jak wschodni Niemcy stracili strach przed komunistycznymi strukturami władzy i obalili stary, skostniały system.

Po przełomie politycznym we wschodnich krajach związkowych znów został wprowadzony system społecznego ubezpieczenia na wypadek choroby, polegający na zasadzie solidarności. Do ubezpieczenia tego, finansującego się poprzez składki, płacone pół na pół przez pracodawców i pracowników, należą mocą ustawy wszyscy pracownicy.

Oprócz tego istnieją jeszcze dobrowolne, prywatne ubezpieczenia na wypadek choroby dla przedstawicieli wolnych zawodów.

Jednocześnie został u nas znów wprowadzony system społecznego ubezpieczenia emerytalnego, funkcjonującego według tej samej zasady jak ubezpieczenie na wypadek choroby, więc finansującego się na rzecz



Przemówienie wiceprezesa
Saksońskiej Izby Lekarskiej dra Petera Schwenke,
gościa IX Zjazdu DIL

Uchwały IX Zjazdu DIL

we Wrocławiu podjęte w dniu 18 marca 1995 r.

Uchwała nr 1/95

Na podstawie art.23 pkt 3 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30 poz. 158, zm. Dz.U. nr 20/1990 r. poz. 120), uchwała się co następuje:

Par.1
IX Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu udziela absolutorium Dolnośląskiej Radzie Lekarskiej za rok 1994.

Par.2
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała nr 2/95

Na podstawie art.23 pkt 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30 poz. 158, zm. Dz.U. nr 20/1990 r. poz. 120), uchwała się co następuje:

Par.1
IX Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu uchwała budżet Dolnośląskiej Izby Lekarskiej na rok 1995.

Par.2
Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia z mocą obowiązującą od 1 stycznia 1995 roku.

Uchwała nr 3/95

Na podstawie art.23 pkt 1 w związku z art.4 ust.1 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30 poz. 158, zm. Dz.U. nr 20/1990 r. poz. 120), uchwała się co następuje:

Par.1
IX Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu popiera inicjatywę powołania Forum Samorządowego.

Par.2
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała nr 4/95

Na podstawie art.23 pkt 1 w związku z art.4 ust.1 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30 poz. 158, zm. Dz.U. nr 20/1990 r. poz. 120), uchwała się co następuje:

Par.1
IX Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu opowiada się za koniecznością powołania ogólnopolskiego towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych lekarzy, działającego dla zapewnienia bezpieczeństwa wykonywania zawodu.

IX Zjazd Delegatów Dolnośląskiej

Izby Lekarskiej wyraża wolę utworzenia takiego towarzystwa i zapewnienia udziału w zgromadzeniu kapitału zakładowego poprzez deklarację udziału ze środków budżetowych izby, proporcjonalnie do liczby jej członków.

Par.2
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała nr 5/95

Na podstawie art.23 pkt 1 w związku z art.4 ust.1 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30 poz. 158, zm. Dz.U. nr 20/1990 r. poz. 120), uchwała się co następuje:

Par.1
IX Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przeznacza środki z pożyczek oprocentowanych na tworzenie ubezpieczeń wzajemnych lekarzy.

Par.2
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała nr 6/95

Na podstawie art.23 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30 poz. 158, zm. Dz.U. nr 20/1990 r. poz. 120), uchwała się co następuje:

Par.1
IX Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu ustanawia fundusz celowy na obsługę prawną DIL.

Par.2
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała nr 7/95

Na podstawie art.23 pkt 2 w związku z art.4 ust.1 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30 poz. 158, zm. Dz.U. nr 20/1990 r. poz. 120), uchwała się co następuje:

Par.1
IX Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu podwyższa kwotę, którą Skarbnik Dolnośląskiej Rady Lekarskiej może wypłacić bez akceptacji Prezydium DRL do wysokości 500 złotych.

Par.2
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała nr 8/95

Na podstawie art.23 pkt 2 w związku z art.4 ust.1 ustawy z dnia 17 maja

1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30 poz. 158, zm. Dz.U. nr 20/1990 r. poz. 120), uchwała się co następuje:

Par.1
IX Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu ustanawia zasady finansowania wydatków własnych kół Dolnośląskiej Izby Lekarskiej stanowiące załącznik do niniejszej uchwały.

Par.2
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały nr 8/95

1. Kola DIL mogą wykorzystać środki finansowe na działalność własną w wysokości do 20% wpływu składek na członków kola wpłaconych za rok ubiegły, pomniejszonych o składki odprowadzone do Naczelnej Izby Lekarskiej.

2. Decyzję o wydatkowaniu kwot do 500 złotych może podjąć zarząd kola terenowego. Wydatki wyższe od 500 złotych muszą być uchwalone większością głosów na zebraniu członków kola, prawomocnym w sensie regulaminu wyborczego do rady kola DIL.

3. Umotywowane wnioski kola składają do Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, które konsultuje je z głównym księgowym, skarbnikiem i Komisją Finansową.

4. Kola terenowe zobowiązane są do prowadzenia ewidencji wydatkowanych środków.

5. Wydatki kola wymagają udokumentowania rachunkami w ciągu 60 dni od daty podjęcia pieniędzy.

6. Środki finansowe nie wykorzystane przez kolo w roku budżetowym przechodzą na lata następne.

Uchwała nr 9/95

Na podstawie art.23 pkt 1 w związku z art.4 ust.1 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30 poz. 158, zm. Dz.U. nr 20/1990 r. poz. 120), uchwała się co następuje:

Par.1
IX Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu ustanawia fundusz kształcenia lekarzy.

Par.2
Zasady funkcjonowania funduszu określi Dolnośląska Rada Lekarska.

Par.3
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała nr 10/95

Na podstawie art.4 ust.1 pkt 1, 2 i 3 oraz art.4 ust.2 pkt 10 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich

W KULUARACH ZJAZDU



(Dz.U. nr 30 poz. 158, zm. Dz.U. nr 20/1990 r. poz. 120), uchwała się co następuje:

Par.1
IX Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej wyraża wolę wprowadzenia dobrowolnych certyfikatów dla prywatnych praktyk lekarskich.

Par.2
Posiadanie certyfikatu wydanego przez Izbę Lekarską jest świadectwem wysokiego poziomu świadczonego przez lekarza usług medycznych w prywatnym gabinecie. Jest również świadectwem przestrzegania przez lekarza zasad ogłaszania się obowiązujących na terenie działania Izby.

Par.3
Certyfikat zaświadcza, że kwalifikacje lekarza odpowiadają rodzajowi świadczonych usług - zgodnych z udokumentowaną specjalizacją.

Par.4
W miarę poszerzenia uprawnień ustawowych samorządu lekarskiego będzie to stopniowe przejście do zasad proponowanych w ustawach o izbach lekarskich i zawodzie lekarza.

Par.5
Certyfikat wydaje się na wniosek lekarza ubiegającego się o jego przyznanie.

Par.6
Szczegółowe zasady wydawania i rejestrowania certyfikatów określi Dolnośląska Rada Lekarska.

Par.7
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący IX Zjazdu Delegatów DIL
dr n. med. Lech Zynda

składek. Do niego również należą wszyscy pracownicy mocą ustawy. System społecznego ubezpieczenia na wypadek choroby i społeczno-ego ubezpieczenia emerytalnego są zupełnie oddzielnie funkcjonującymi instytucjami.

W roku 1990, bezpośrednio po przełomie politycznym, założyliśmy na nowo naszą Krajową Izbę Lekarską Saksonii. Tym samym po sześćdziesięcioletniej przerwie, spowodowanej przez reżim narodowo-socjalistyczny, a następnie komunistyczny, powróciliśmy do dawnej tradycji demokratycznego samorządu lekarzy, powstałej w połowie dziewiętnastego wieku. W roku 1990 w tych poczynaniach była nam pomocna Rada Zachodnia Krajowych Izb Lekarskich, ale potem bardzo szybko o własnych siłach zbudowaliśmy strukturę naszej Krajowej Izby Lekarskiej Saksonii. Podstawą naszej pracy jest Saksońska Ustawa o Zawodach Leczniczych, dotycząca lekarzy, dentyistów, weterynarzy i aptekarzy. Przedstawiciele tych zawodów mają w Saksonii własne izby, również dentyści - czego zresztą żałujemy. Ustawa izby zobowiązuje lekarzy do nadania sobie regulaminu zawodowego, regulującego obowiązki lekarzy w dziedzinie wykonywania swego zawodu oraz stosunki między lekarzami. Uchybienia regulaminowi zawodowemu mogą być karane poprzez sądy zawodowe, w których pracują lekarze jako sędziowie niezawodowi. Poza tym Ustawa Izby zobowiązuje lekarzy do ustalenia treści i warunków nabycia lekarskich kwalifikacji specjalnych. Zostało to ustalone poprzez regulamin szkolenia zawodowego.

Egzaminy, stwierdzające zawodowe przygotowania lekarza specjalisty, na przykład internisty, chirurga, okulisty, odbywają się przed komisjami izby lekarskiej, składającymi się ze specjalnie powołanych, pracujących honorowo specjalistów. Prezes Izby Lekarskiej podpisuje świadectwo o lekarskim przygotowaniu specjalistycznym.

Ważnym zadaniem izby lekarskiej jest niewątpliwie dokształcanie lekarzy w swoich dziedzinach specjalnych. W tym celu została przez nas założona Saksońska Akademia Dokształcania Lekarskiego przy Krajowej Izbie Lekarskiej Saksonii.

Obecnie na terenie Saksonii jest około 14.000 lekarek i lekarzy. Spośród nich około 12.000 pracuje zawodowo, w tym około 7.000 jako pracownicy w komunalnych placówkach służby zdrowia, na

Egzaminy, stwierdzające zawodowe przygotowania lekarza specjalisty, na przykład internisty, chirurga, okulisty, odbywają się przed komisjami izby lekarskiej, składającymi się ze specjalnie powołanych, pracujących honorowo specjalistów.

państwowych uniwersytetach, w sanatoriach i administracjach.

Zaś 5.000 lekarek i lekarzy pracuje jako wolni przedsiębiorcy we własnych gabinetach lekarskich. Do ich obowiązków należy w całości zapewnienie przychodnich usług lekarskich. Jako tak zwani lekarze kontraktowi współpracują na podstawie umów ramowych z poszczególnymi ubezpieczalnymi społecznymi, płacącymi honorarium za pracę, to znaczy za wykonane zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne. Również wystawione przez lekarzy recepty płacone są aptekom przez ubezpieczalnie społeczne.

Do najważniejszych zadań Krajowej Izby Lekarskiej Saksonii należy instalacja własnego systemu ubezpieczenia na starość, tak zwanego Saksońskiego Ubezpieczenia Lekarskiego. Do niego należy około 10.000 lekarek i lekarzy. Wśród nich są również zatrudnieni w różnego rodzaju placówkach służby zdrowia. Ustawodawca na to pozwala.

Do tego ubezpieczenia płaci się ustawowo przepisane składki na

rzecz emerytur i na wypadek niezdolności do wykonywania zawodu. Przede wszystkim obecnie młodzi lekarze będą mieli z tego pożytek.

Na tym chciałbym zakończyć swój krótki przegląd rozwoju w kraju sąsiednim Państwa, jednak nie bez zwrócenia uwagi na to, że w niemieckim systemie służby zdrowia tymczasem uwidaczniają się liczne problematyczne w skutkach, błędne tendencje rozwojowe. Coraz więcej trudności przysparza finansowanie. Wskutek coraz

nowszego i droższego wyposażenia technicznego gabinetów lekarskich, wskutek tego, że mamy do czynienia z rosnącą ilością starych ludzi, wymagających opieki lekarskiej, i wskutek wygórowanych wymogów ze strony pacjentów wydatki przeznaczone dla służby zdrowia wzrosły w takim stopniu, iż właściwie trzeba by było podnieść składki

na rzecz ubezpieczalni społecznych, czego z kolei nie można żądać od ludności, bo składki obecnie wynoszą już 13 % zarobków brutto.

Z tego powodu, pan Seehofer, federalny minister zdrowia, rozpoczął w roku 1993 reformę struktury służby zdrowia, która jeszcze nie została zakończona. Celem reformy jest ograniczenie kosztów, bez zmniejszenia usług ze strony ubezpieczalni dla pacjentów przy zmieniających się składkach do ubezpieczeń na wypadek choroby. Mamy tu do czynienia z prawdziwą kwadraturą koła!

Gdyby więc Państwo rozmyśliło o zmianach struktury własnego systemu służby zdrowia, poleciłbym krytycznie skierować wzrok na Zachód, sprawdzić wzory, przygotować zmiany szczegółowo i gruntownie, rozważając możliwe skutki dla społecznego systemu w całości.

To tyle - jeszcze raz życząc Państwu pomyślnego przebiegu obecnego zgromadzenia izby.

Z PRAC PREZYDIUM RADY DIL

16 marca

Przyjęto uchwałę o przyznaniu Praw Wykonywania Zawodu nowym kolegom. Podjęto też jednogłośnie uchwałę o przyjęciu ich do DIL.

Została ponownie podniesiona sprawa płatnego anonu prasowego dotyczącego lekarzy jednego ze szpitali Kol. J. Szkarłat Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wyjaśnia, że nie może się zajmować wszystkimi doniesieniami prasowymi o lekarzach, aby się mógł sprawą zająć musi wpłynąć do niego oficjalna skarga.

Na prośbę Koła z Polanicy o dotację na sfinansowanie organizacji Dni Kardiochirurgii Dziecięcej wywiązuje się dyskusja na temat finansowania tego rodzaju imprez. Koledzy uważają, że należy w takim przypadku pozyskiwać pieniądze z firm farmaceutycznych lub innych sponsorów.

Zostaje poruszona sprawa działalności klubowej w "Remedium", brak organizatora spotkań klubowych powoduje, że ich ilość jest niewielka. Kol. R. Łopuch postanawia zająć się organizacją działalności klubowej.

W najbliższym roku została ogłoszona ogromna ilość konkursów na stanowiska dyrektorów i ordynatorów. Ich ilość jest tak wielka, że trudno na posiedzeniach Rady i Prezydium typować przedstawicieli do nich i składy komisji. Postanowiono więc powołać specjalną komisję typującą w składzie kol. kol. T. Agopsowicz- Olipra, J. Kasprzak-Wójtowicz, A. Szmid, A. Niedziółka, M. Przeszalski- sekretarz komisji, W. Poradowska-Jeszke, przewodniczącym został Z. Plamieniak.

Zaproponowano też, by na Zjeździe DIL zawiązać koalicję Izby Lekarskiej z Izłą Pielęgniarską i Związkami Zawodowymi Służby Zdrowia i wspólnie wpływać na wybór dyrektorów szpitali.

Wniesiono także zmiany do porządku obrad Zjazdu DIL i przyjęto je.

Została także podniesiona sprawa posiedzeń wyjazdowych DIL. Toczyła się na ten temat ożywiona dyskusja. Spotkania w terenie powinny odbywać się na określony temat, aby po nich można było wytyczyć dalsze kierunki działania. Powinny w tych spotkaniach uczestniczyć osoby odpowiedzialne za służbę zdrowia na danym terenie, a także przewodniczący Kół z danego terenu.

23 marca

Zostały odczytane uchwały IX Zjazdu. Było dyskutowane wniesienie poprawki do uchwały o Kółach przez poprzedzenie jej preambułą, która by usankcjonowała istnienie Kół. Postanowiono ponownie przedyskutowanie tej sprawy.

Podnoszono sprawę frekwencji na Zjeździe, która w ostatniej części obrad nie pozwoliła podjąć żadnych uchwał z powodu braku quorum. Została podkreślona sprawna praca Komisji Uchwał i Wniosków.

Kol. R. Łopuch zasygnalizował problem zmniejszania się liczności Kół, a także projekt zwalniania lekarzy z pracy.

Kol. W. Bednorz zdawał relację z pracy NRL. Został zatwierdzony projekt zmian w uchwale o konkursach. Została podjęta uchwała o kupnie siedziby dla NRL i o rozpisaniu konkursu na redaktora naczelnego Gazety Lekarskiej. Został też opracowany projekt uchwały dotyczący stopni specjalizacyjnych, ubezpieczeń zdrowotnych, a także projekty uchwał o ZOZ, o zawodzie lekarza i o Izbach.

Przewodniczący Komisji Farmakoterapii W. Dziewiszek poinformował o stanowisku Ministerstwa Zdrowia w sprawie rejestracji leków. Mówił o projekcie wpisywania na receptach międzynarodowej nazwy leku i o lekach wydawanych bez recepty. Obecnie jest opracowywany ogólnopolski receptariusz, na podstawie którego zostaną ułożone receptariusze regionalne i szpitalne. Kol. Leśniakowski dał przykład jak opracowano receptariusz w woj. wrocławskim, który został oparty na receptariuszu MZiOŚ, odrzucono niektóre leki i podzielono je na drogie i tanie.

O nieetycznym posunięciu ministra zdrowia poinformował kol. W. Bednorz. Minister na koszt firmy Tarchomin zorganizował spotkanie z lekarzami, na którym poinformował o tym, że za insulinę powinno się płacić.

Odczytał też swoje stanowisko dotyczące przesłanego do wiadomości pisma przewodniczącej Koła DIL w Lubinie, kol. E. Soszyńskiej-Romanowskiej a skierowanego do prezesa NRL dr. Madeja oraz pismo lekarza wojewódzkiego z Legnicy.

Poinformował także, że prawnik Izby nie będzie odpowiadał na telefoniczne pytania.

**W. Pan
Dr Włodzimierz Bednorz
Przewodniczący
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
ul. Matejki 6
Wrocław**

W załączeniu przesyłam tekst wystąpienia Władz Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz odpowiedź Wojciecha Guglasa Dyrektora Generalnego w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, w celu zobrazowania sposobu traktowania potrzeb nauczycieli akademickich przez władze resortowe.

*Prorektor ds. Klinicznych
prof. dr hab. Andrzej Kübler*

**W. Pan
Prof. dr hab.
Ryszard Jacek Żochowski
Minister Zdrowia i Opieki Społecznej
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa**

Senat Akademii Medycznej we Wrocławiu wnioskuję o zmianę rozporządzenia MZiOŚ nr 160 z dnia 11.04.1991 r. w sprawie zasad wynagradzania nauczycieli akademickich za sprawowanie opieki zdrowotnej i występuje o przywrócenie warunków wynagradzania nauczycieli akademickich według zarządzenia MZiOŚ nr 43 z dnia 21.09.1989 r.

Zarządzenie Ministerstwa z 1991 r. dające dyrektorom zakładów opieki zdrowotnej bardzo dużą dowolność w określaniu wielkości wynagradzania ryczałtowego nauczyciela akademickiego, doprowadziło do niewłaściwych relacji wewnątrzszpitalnych krzywdzących nauczycieli akademickich. Z reguły wielkość przyznawanego ryczałtu zostaje systematycznie obniżana przez dyrektorów szpitali i jest zupełnie nieadekwatna do udziału nauczycieli akademickich w pracy leczniczo-usługowej, ponadto pracownicy ci zostali pozbawieni nagród pieniężnych należnych im z tytułu wykonywanej pracy. Rozporządzenie MZiOŚ z 1991 r. a szczególnie pismo Dyrektora Generalnego MZiOŚ z dn. 14.04.1992 r. potraktowało fałszywie pracę leczniczo-usługową nauczyciela akademickiego określając ją wyłącznie jako świadczenie usług leczniczych na rzecz społecznego zakładu opieki zdrowotnej. Tymczasem działania typowo lecznicze a także rozległa działalność konsultacyjna, nadzorcza i doradcza, są nierozdzielnie związane z organizacją i prowadzeniem pracy dydaktycznej i naukowej nauczyciela akademickiego, będącego jednocześnie lekarzem klinicystą.

Ponadto działalność taka stanowi podstawowy element szkolenia specjalistycznego młodego klinicysty a zarazem pracownika Uczelni.

Przywrócenie warunków wynagradzania ujętych w zarządzeniu MZiOŚ z 1989 r. a więc przede wszystkim określenie wysokości wynagrodzenia na 50% maksymalnego uposażenia zasadniczego oraz wypłacanie tego wynagrodzenia przez akademie medyczne, stanowić będzie korzystne uregulowanie oczekiwane i postulowane już od kilku

LISTY

lat przez pracowników uczelni medycznych.

Do wiadomości:
Rektorzy Akademii Medycznych

Proszę przyjąć wyrazy szacunku i poważania

prof. dr hab. Jerzy Czernik

**Szanowny Pan
Prof. dr hab. Jerzy Czernik
Rektor Akademii Medycznej we Wrocławiu**

Dziękuję uprzejmie za pismo z dnia 31 stycznia br. znak: R-86/145/95 w sprawie usługowej działalności leczniczej nauczycieli akademickich. W związku z tym pragnę poinformować, że przygotowywana obecnie nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w sposób istotny umocni pozycję rektora wobec dyrektora szpitala klinicznego, co pozwala przypuszczać, że wzajemnym stosunkom uczelni będzie towarzyszyć znacznie mniej kolizji i nieporozumień niż obecnie.

Jednocześnie pragnę podkreślić, że wielu konfliktom i nieprawidłowościom w dziedzinie działalności usługowej można byłoby zapobiec, gdyby zainteresowane podmioty (rektor, dyrektor szpitala) stosowały się do ducha i litery rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 kwietnia 1991 r. - w szczególności, gdyby wszystkie istotne kwestie dotyczące działalności usługowej były rozstrzygane w drodze wzajemnego porozumienia tych podmiotów (patrz par. 2 ust. 1 rozporządzenia).

Określenie zakresu usługowej działalności leczniczej nauczycieli akademickich w cytowanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, jak też w piśmie Dyrektora Generalnego z dnia 14 kwietnia 1992 r., jest zgodne z treścią art. 3 ust. 4 ustawy o szkolnictwie wyższym. Inne formy aktywności zawodowej nauczycieli akademickich, wymienione w piśmie Pana Rektora, są wynagradzane odrębnie, np. przez wynagrodzenie za działalność naukową, dydaktyczną i organizacyjną na uczelni, odrębne wynagrodzenie (umowa-zlecenie) za badania statutowe i w ramach tzw. grantów, wynagrodzenia autorskie itp.

*Z wyrazami szacunku
Dyrektor Generalny w Ministerstwie
Zdrowia i Opieki Społecznej
Wojciech Guglas*

**Ministerstwo Zdrowia i
Opieki Społecznej
Centrum Organizacji i Ekonomiki
Ochrony Zdrowia
ul. Długa 38/40
00-238 Warszawa**

W związku z licznymi zapytaniami kierowanymi do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zwracamy się z prośbą o informację: w opar-

ciu o jaką podstawę prawną w druku Mz-24 "Roczne sprawozdanie o ambulatoryjnym dokonywaniu przerywania ciąży za rok 19..." w dziale 1 "Rodzaj zakładu" wymieniono, oprócz publicznego zakładu opieki zdrowotnej, lekarza prywatnie praktykującego.

Zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. nr 17 poz. 78) w ustawie z dnia 28 października 1950 roku o zawodzie lekarza (Dz.U. nr 50 poz. 458 z późniejszymi zmianami) skreślono zapis dotyczący możliwości przeprowadzania zabiegów przerywania ciąży poza publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

Ponadto art. 7.2 ustawy o planowaniu rodziny wprowadził zmiany w kodeksie karnym, określając, iż nie popełnia przestępstwa śmierci dziecka poczętego lekarz podejmujący to działanie w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, w przypadku, gdy: ciąża stanowiła zagrożenie życia matki, poważne zagrożenie zdrowia matki, badania prenatalne wskazują na ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu oraz gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie potwierdzone zaświadczeniem prokuratora, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

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

**Ministerstwo Zdrowia i
Opieki Społecznej
Szanowny Pan
Dr med. Włodzimierz Bednorz
Przewodniczący
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej**

Nawiązując do Pana pisma z dnia 28 lutego br. dotyczącego zbierania danych w/g druku MZ-24 - Departament Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej uprzejmie dziękuję Panu Doktorowi za zwrócenie uwagi na nieprawidłowości zaistniałe na w/w druku. Jak Pan Przewodniczący słusznie zauważył w swoim piśmie, zgodnie z ustawą z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17, poz. 78) zabiegi przerywania ciąży (w określonych ustawą przypadkach) mogą być wykonywane tylko w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Uprzejmie informujemy, że wszystkie zakłady opieki zdrowotnej zostaną powiadomione o stwierdzonym błędzie w treści formularza MZ-24 i związanej z tym konieczności wykreślenia pkt. 2.13 w dziale 1 omawianego druku. Ponadto zwrócono się do lekarzy wojewódzkich z prośbą o spowodowanie wycofania formularzy MZ-24 od osób i jednostek, które w związku z cytowaną ustawą nie są zobligowane do dokonywania sprawozdawczości w tym zakresie.

*Z poważaniem
Wicedyrektor Departamentu
Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa
lek.med. Wiktor Maśkowski*

Szkolenia dla stomatologów

I. Kursy dla lekarzy z I stopniem specjalizujących się w ortodoncji i dla ortodontów z II stopniem specjalizacji.

W programie kursu: nowości z zakresu aparatury zdejmowanej (czynnej i czynnościowej) oraz podstawy leczenia aparatami stałymi.

Przewidywana forma zajęć: wykłady (ok. 4-5 godzin), zajęcia kliniczne i fantomowe na typodontach (16-20 godzin).

Ćwiczenia kliniczne prowadzone w zespole: 1 asystent i 2 kursantów.

Liczba uczestników ograniczona: 8-10 osób.

II. Kurs pt. "Fizykoterapia w stomatologii" dla lekarzy będących w trakcie specjalizacji (kurs ten będzie zaliczony jako staż specjalizacyjny z fizykoterapii).

Czas trwania: 6 godzin.
Liczba uczestników: 25-30 osób.

III. Kurs podstawowy dla specjalizujących się we wszystkich specjalnościach stomatologicznych.

Temat: "Wczesna diagnostyka

zmian nowotworowych jamy ustnej i kości szczęk".

Wykłady:

1. Etiopatogeneza zmian nowotworowych
2. Nowotwory niezłośliwe jamy ustnej i kości szczęk
3. Stany przedrakowe - klinika i diagnostyka różnicowa
4. Klasyfikacja morfologiczna i jej znaczenie. Techniki badań histologicznych
5. Klasyfikacja kliniczna nowotworów
6. Schorzenia nowotworowe ślinianek
7. Guzy zębopochodne - klinika i różnicowanie
8. Diagnostyka wizualizacyjna zmian nowotworowych
9. Trudności i błędy w rozpoznawaniu i leczeniu nowotworów

Rozkład dzienny zajęć: 3 godzinny wykład, 3 godziny ćwiczeń.

Liczba wykładów: 15 godzin, liczba ćwiczeń: 15 godzin (4 osoby na 1 asystenta).

Ilość uczestników: 12 osób.

IV. Kurs podstawowy dla specjalizujących się we wszystkich

specjalnościach stomatologicznych.

Temat: "Złamania kości szczęk".

Wykłady:

1. Systematyka, patomechanizm, objawy kliniczne, rozpoznawanie i plan leczenia złamań
2. Pierwsza pomoc w leczeniu złamań szczęk
3. Złamania zębów i wyrostków zębodołowych kości szczęk
4. Leczenie zachowawcze złamań kości szczęk
5. Leczenie operacyjne złamań kości szczęk
6. Złamania zespołowe kości twarzy
7. Rentgenodiagnostyka złamań
8. Powikłania i niepowodze-

nia w leczeniu złamań szczęk

9. Antybiotykoterapia w leczeniu złamań czaszki twarzowej

10. Fizykoterapia w traumatologii szczękowo-twarzowej

Rozkład dzienny zajęć: 3 godzinny wykład, 3 godziny ćwiczeń.

Liczba wykładów: 15 godzin, liczba ćwiczeń: 15 godzin (4 uczestników na 1 asystenta).

Ilość uczestników: 12 osób.

Zgłoszenia będą przyjmowane w sekretariacie DIL - tel. 22-50-56.

W przypadku dużej ilości chętnych 80% kosztów pokryje Dolnośląska Izba Lekarska.

Kurs zakończy się wydaniem certyfikatu do I i II stopnia specjalizacji.

Ryszard Łopuch

Stomatologdy

W dniu 11 maja 1995 roku o godz. 12.00 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu zaprezentuje swoje produkty firma 3M.

Temat: Prezentacja własności i zastosowania produktów 3M: koron tymczasowych, cementu łączącego korony z tkanką zęba oraz elektronicznego systemu anestezji.

Ryszard Łopuch

Stanowisko Komisji d/s Lekarzy Cywilnych MSW Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 lutego 1995 roku w sprawie projektu reorganizacji resortowej służby zdrowia

Komisja d/s Lekarzy Cywilnych MSW Naczelnej Rady Lekarskiej popiera główne kierunki restrukturyzacji służby zdrowia MSW, przedstawione przez Doradcę Ministra Spraw Wewnętrznych p.o. Dyrektora CZSZ MSW dr n.med. Krzysztofa Panasa.

Jednocześnie Komisja uważa, że szereg rozwiązań szczegółowych zawartych w projekcie powinno stanowić podstawę do dalszej dyskusji, przed zatwierdzeniem ostatecznego modelu restrukturyzacji.

Sekretarz Komisji d/s Lekarzy Cywilnych MSW
dr Małgorzata Gawrońska
Przewodniczący Komisji d/s Lekarzy Cywilnych MSW
dr Maciej Szewczyk

Stanowisko Komisji d/s Lekarzy Cywilnych MSW Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 lutego 1995 roku w sprawie rozdziału środków finansowych z przeznaczeniem na podwyżki płac dla pracowników cywilnych służby zdrowia MSW

Komisja d/s Lekarzy Cywilnych MSW Naczelnej Rady Lekarskiej nie akceptuje przyznanej na podwyżkę w styczniu 1995 roku kwoty 48,52 zł na etat kalkulacyjny.

Komisja uważa, że powinny zostać podjęte natychmiastowe rozmowy w sprawie renegocjacji powyższej kwoty. Ponadto Komisja stoi na stanowisku, że w rozmowach powinny zostać poruszone następujące problemy:

1. szczegółową analizę średniej płacy w resortowej służbie zdrowia po czerwcu 1994 r. i styczniu 1995 r. - po przeprowadzonych podwyżkach,
2. wyodrębnienie w budżecie resortowej służby zdrowia kwoty na dyżury zakładowe oraz dodatki za noce i święta,
3. wyasygnowanie dodatkowych środków na dopłaty do ustawowej płacy minimalnej,
4. przeprowadzenie rozdziału kwoty na podwyżki na szczeblu ministerstwa (powinny one być zdaniem komisji zgodne z kategorią zaszerogowania pracownika, tak jak pozostałe pionierzy ministerstwa),
5. ustalenie wysokości podwyżki w resortowej służbie zdrowia na poziomie nie niższym niż w powszechnej służbie zdrowia,
6. uwzględnienie w wypłatach 20% dodatku nocnego za każdą godzinę dyżuru zakładowego,
7. wypłacenie 13 pensji do końca lutego 1995 r.,
8. zobowiązanie dyrektorów jednostek służby zdrowia do przestrzegania zapisów ustaw o związkach i samorządach zawodowych przy podziale środków na podwyżki i nagrody.

Sekretarz Komisji d/s Lekarzy Cywilnych MSW

Polskie Towarzystwo Informatyki Medycznej

Oddział Wrocław

i Ośrodek Informatyki Medycznej

4 Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

uprzejmie zapraszają do wzięcia udziału w Jubileuszowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Informatyków Wojskowej Służby Zdrowia nt.:

Informatyka medyczna we wspomaganiu zarządzania, diagnostyce i dokumentowaniu procesu leczniczego.

Konferencja odbędzie się w dniach 5-6 czerwca 1995 r. we Wrocławiu.

Zgłoszenia udziału oraz tytuły referatów prosimy kierować do 30 marca 1995 r. pod adres organizatorów: Ośrodek Informatyki Medycznej i Pracownia Biocybernetyki Wojskowego Szpitala Klinicznego, ul. Czerska 5, 50-981 Wrocław 40, tel. (071) 660-545, fax (071) 660-640.

Koszt udziału w konferencji wynosi: dla członków PTIM - 25 zł, dla pozostałych uczestników - 50 zł (od osoby). Zakwaterowanie we własnym zakresie.

Numer konta: Polski Bank Inwestycyjny SA O/Wrocław nr 708036-2990-3111 z dopiskiem "Konferencja informatyków medycznych WP".

Miejsce obrad: Klub Oficerski Śląskiego Okręgu Wojskowego, ul. Pretficza 24, 50-984 Wrocław.

Możliwość zakwaterowania i wyżywienia na miejscu.

przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
pptk dr n.przr.inż. Kazimierz Frączkowski

Komunikat

DIL organizuje w dniach 23-24 czerwca (piątek, sobota) Konferencję: Komputery w medycynie, obejmującą następujące grupy tematów:

- komputerowe wspomaganie diagnostyki
- komputeryzacja i informatyzacja placówek służby zdrowia
- poczta elektroniczna, sieci komputerowe lokalne i globalne (Internet)
- multimedia
- systemy edukacyjne i eksperto-we

Konferencji będzie towarzyszyć wystawa sprzętu i oprogramowania oraz zajęcia warsztatowe. Wszystkie osoby i firmy zainteresowane udziałem w seminarium, wykładach i wystawie prosimy o kontakt z biurem DIL, 50-333 Wrocław, ul. Matejki 6, telefon (71) 225056, fax 224844 (Dyrektor biura pani mgr Maria D. Jarosz).

Decyduje kolejność zgłoszeń. Zespół ds. Informatyki DIL - szczegółowy program zostanie podany w numerze następnym.

Pozostaną niewykorzystane miejsca

W czasopiśmie lekarskich co pewien czas pojawiają się informacje o stażach zagranicznych. W "Biuletynie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej" z grudnia pojawiła się wzmianka o takich właśnie stażach w Stuttgarcie i Worms. Obok wielu specjalności wymieniono również ortodencję. Po wstępnej kwalifikacji we Wrocławiu otrzymałam zawiadomienie o ostatecznej, która odbyła się 18 lutego w Warszawie, w Klubie Lekarzy. Informacja podpisana była przez Panią Lidę Retkowską-Mikę, przedstawicielkę CARE-Deutschland. Na miejscu okazało się, że przedstawiciele niemieccy nie uwzględniali w swej ofercie lekarzy ortodontów, a dane zamieszczone w prasie były nieścisłe. Warto wspomnieć, że nie byłam jedyną zainteresowaną, która w ten oto niepospolity sposób musiała się pożegnać z wizją pobytu w zagranicznej placówce. Ponieważ sprawa już w Warszawie nabrała rozgłosu, liczyłam na wyjaśnienia przedstawicieli CARE-Deutschland. Ponieważ, jak sugerowali mi niemieccy goście, chodziło o chirurgów szczękowo-twarzowych, domyślałam się, że ze względu na błąd w informacji pozostaną niewykorzystane miejsca na owych stażach. Tak więc nieścisłość spowodowała niepotrzebne zaangażowanie ortodontów, pozostawiając możliwości wyjazdu lekarzy o innej specjalności.

Z poważaniem

Magdalena Zalwert

Jaki Klub Lekarza przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej

Ryszard Łopuch

Niektórzy z kolegów na spotkaniu delegatów krytycznie ocenili działalność naszego Klubu, świadczy to o zupełnym braku rozeznania. W latach 70-tych we Wrocławiu istniały dobrze działające cztery Kluby, był to Klub Dziennikarza, Prawnika, Pracowników Ochrony Zdrowia i Klub Związków Twórczych, tętniły one ciągle życiem ale nie były to Kluby typowo środowiskowe. Najbardziej sławny był Klub Dziennikarza (najmniej było tam lekarzy). Do Klubu przy ul. Kazimierza Wielkiego nie wiem dlaczego przyczynił się pracownicy Ochrony Zdrowia jak również wielu byłych nie związanych z Ochroną Zdrowia. W latach 80-tych najczęstszymi bywalcami Klubów byli pracownicy Służb Bezpieczeństwa. Kluby zatraciły swoją charakterystyczną intymność i przestali w nich przebywać dawni bywalcy. Najpierw zlikwidowano Klub Prawnika a potem Klub Dziennikarza. W maju 1994 r. powstał przy ul. Matejki Klub wyłącznie dla lekarzy, w czasie jego krótkiej działalności zorganizowano tam 42 imprezy prywatne dla lekarzy: wesela, imieniny, studniówki, bale maturalne, zjazdy absolwentów lekarzy, wieczory towarzyskie i inne spotkania kameralne. W każdej imprezie bierze udział około 50 osób więc skorzystało z tej działalności 2.100 osób, w tym okresie zorganizowano w sali konferen-

cyjnej 112 posiedzeń naukowych. Coraz więcej firm farmaceutycznych organizuje spotkania z lekarzami różnych specjalności, odbywają się szkolenia organizowane przez instytucje do tego powołane. Firmy farmaceutyczne zorganizowały w sali konferencyjnej 138 spotkań z lekarzami połączone z poczęstunkiem w tym 48 uroczystych obiadów. Biorąc pod uwagę, że średnio w spotkaniu uczestniczy od 150 do 200 lekarzy skorzystało z tych imprez kilkadziesiąt tysięcy lekarzy. Aby zamówić którąś z sal trzeba to zrobić przynajmniej z trzymiesięcznym wyprzedzeniem, czekamy na inne propozycje i inicjatywy. Widziałbym bardzo chętnie działalność klubową, zapraszamy wszystkich którzy chcieliby zorganizować sekcję szachową, brydżową, lekarzy którzy piszą, malują i wszystkich innych hobbystów, którzy zrzesziliby się w swoich sekcjach. Największe pole do popisu miałoby tu lekarze emeryci, są pomieszczenia, w których mogliby się spotykać codziennie. Czekam na wszelkie propozycje, które można zrealizować w naszym klubie. W kilkunastu miastach na terenie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej istnieją kluby, które prowadzą ożywioną działalność.

Komisja

Współpracy z Zagranicą DIL

informuje, że jest organizowana pielgrzymka turystyczna

"Skandynawia '95 - cz.I" 1-23.07.95

organizator: OO.Redemptoryści

Ramowy program:

Finlandia: Helsinki, Turku, Lapperante, Imatra (wodospad), Oulu
Laponia (półn.Norwegia i półn.Szwecja): Alta, Nordcap (najdalej na północ wysunięty ląd), Troms, Narvik, Kiruna (kopalnie)

Cena orientacyjna: ok. 1600 \$

Zgłoszenia i szczegółowy program: tel.48-20-00 (A.Dadun-Sęk) obowiązują pierwszeństwo zgłoszeń.

Komisja Sportu i Rekreacji Okręgowej Izby Lekarskiej

w Szczecinie ul.Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin, tel.874-936 uprzejmie informuje, że w dniach 1-4.06.1995 roku organizuje III Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy na kortach w Gryfinie. Turniej przed rokiem zgromadził ok.90 zawodników, lekarzy z całej Polski i z zagranicy (Nowy Jork, Berlin) i stał się podstawową imprezą cyklu turniejów tenisowych w kraju.

Karty zgłoszenia i regulamin turnieju można otrzymać w redakcji "Biuletynu".

Okręgowa Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie

i Olsztyńskie Towarzystwo Tenisowe

organizują w dniach 23 - 27 sierpnia 1995 r.

V Jubileuszowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie ziemnym

Turniej odbędzie się na kortach tenisowych Olsztyńskiego Towarzystwa Tenisowego w Olsztynie przy ul. Radiowej. Zgłoszenia przyjmuje i informację udziela Olsztyńskie Towarzystwo Tenisowe: Olsztyn, ul. Radiowa (karty tenisowe), tel. 26-46-21.

Osoby, które nadesłały zgłoszenia, otrzymają na piśmie szczegóły regulaminu Mistrzostw oraz informację o warunkach zakwaterowania.

Do udziału zapraszamy firmy współpracujące ze środowiskiem lekarskim.

Od dżumy do dżumy

Andrzej Wojnar

Pod takim tytułem wydał ostatnio książkę dr Maciej Zarębski. Promocję tej książki wraz ze spotkaniem jej bohaterów czyli lekarzy pracujących w Syrze w Libii w latach 1982-1986, zorganizowała w dniu 31 marca Komisja Informacji DIL. Do Klubu Lekarza "Remedium" przybyło ponad 50 osób, w większości byłych pracowników Polskiego Zespołu Medycznego w Syrze. Była też obecna przewodnicząca Komisji Współpracy z Zagranicą DIL dr Barbara Bruziewicz-Miklaszewska. Autor książki dr med. Maciej Zarębski jest internistą i specjalistą analitykiem, autorem ponad 50 prac naukowych, ponad 100 publicystycznych, kilku książek, jest posiadaczem nagrody naukowej Sekretarza Polskiej Akademii Nauk, jest w końcu społecznikiem wielkiego formatu (współzałożyciel Koła PTL w Staszowie, założyciel i wieloletni prezes, aż do dziś, Staszowskiego Towarzystwa Kulturalnego, dyrektor muzeum w Staszowie, redaktor naczelny Gońca Staszowskiego, redaktor naczelny Almanachu Staszowskiego). Ostatnia jego

książka to właśnie "Od dżumy do dżumy". 3 marca odbył się wieczór promocyjny tej książki w Warszawie w Klubie Księgarza na Rynku Starego Miasta a fragmenty czytała Krystyna Czubówna. Wśród ponad 100 uczestników spotkania był m.in. prof. Woy-Wojciechowski, Wojciech Żukrowski, Wojciech Siemion i inni. U nas we Wrocławiu również czytała fragmenty książki pani Krystyna Czubówna, tylko że z ekranu telewizora z nagranej kasety video. Przytoczę teraz fragmenty dwu recenzji jakie ostatnio ukazały się w prasie:

"Dżuma w języku arabskim to nazwa piątego dnia tygodnia odpowiadającego naszej niedzieli. Pachnie ona słońcem i słodkim leniuchowaniem. Autor książki przeżył ich sto sześćdziesiąt. Zarębski opisuje kolejne "dżumy", podczas których przemierzał śródziemnomorską Afrykę, stworzył bardzo ciekawy obraz historii, obyczajów i współczesnych

problemów gospodarczych i kulturalnych Libijczyków. Problemy te poznajemy "z pierwszej ręki", autor i jego małżonka czuwalili nad stanem zdrowia m.in. ojca pułkownika Kaddafiego. Liczne informacje okraszane są umiejętnie wplecionymi w tekst arabskimi słowami, dowcipami, anegdotami, przytoczeniami i kolorowymi zdjęciami. Zarębski zapisuje wszystkie szczegóły, jest zaskakująco drobiazgowy, jest reporterem idealnym. Okazuje się, że poetyckie zdolności posiada niemal każdy polski

lekarz. I jest to, na serio, dobra poezja... Kompozycja tomu bardzo przejrzysta: cztery lata pobytu w Libii to cztery rozdziały. Wyznania i refleksje autora woleją u czytelnika wzruszenia, a przecież wiemy, że uczucia jest w stanie wywołać w nas tylko dobre pióro. "Od dżumy do dżumy" jest książką istotnie wzbogacającą polską literaturę podróżniczą."

Na spotkaniu wrocławskim po prelekcji autora ilustrowanej slajdami i kasetą video wspominaliśmy wspólnie nasze

lata spędzone w libijskich piaskach. Na zakończenie powołaliśmy oficjalnie Klub Syrtyczyka z dwoma prezesami: staszowskim - Maciem Zarębskim i wrocławskim - niżej podpisanym. Ustaliliśmy następny termin Zjazdu Klubu Syrtyczyka na wolną sobotę 30 września w Ośrodku Wypoczynkowym w Hańczy k/Staszowa. Jednocześnie informuję, że w naszej redakcji są jeszcze ostatnie egzemplarze omawianej książki po promocyjnej cenie, bez marży, w wysokości 8 złotych.



Bohaterowie książki słuchają swojego kronikarza

Niekorzystne strony państwa opiekuńczego

1. Rozwijający się stan państwa socjalnego nie ma przyszłości. Nie można go już finansować.

Charakteryzuje się niegospodarnościami i ogranicza wolność. Takie państwo ma ponad 90% populacji pod kuratelą socjalną. Znaczne koszty takiego stanu rzeczy wynikają z wymuszonych struktur gospodarczych. W stanie dobrobytu socjalnego widać dalej kontynuację socjalizmu.

2. Nadmierne opiekuńcze państwo: jego odwrotną stroną są nadmierne koszty. Całkowite środki na ten cel w ubiegłym roku wynosiły 45% i bez istotnych zmian winny osiągać w następnych dziesięcioleciach pod naciskiem żądań socjalnych ponad 65%. Państwo nadopieczne nie będzie mogło być utrzymane.

3. Finansowanie tego systemu nie jest zabezpieczone na dłuższą metę, ponieważ ludność z własnej jej woli nie będzie gotowa do zapłacenia dowolnie wysokich części prywatnych zarobków i przekazania ich na opodatkowania socjalne. Odpowiednio do niekorzystnego rozwoju demograficznego będą stale rosła udziały w ubezpieczeniach zdrowotnych i w ubezpieczeniach nowej opieki nad ludźmi starymi. Jeśli zachować obecny standard tych usług i zaopatrzenia.

4. Niemieckie państwo nadopieczne oddala się od swoich założonych pryncypiów pomocy słabym gospodarczo. Występuje tendencja ubezpieczania coraz większej ilości ryzyk dla coraz większej liczby osób i w coraz większym zakresie. Socjalny kaftan bezpieczeństwa omija dziś tylko mniejszość. Mamy tu zatem do czynienia z pewnego rodzaju wyłączeniem (lub socjalizacji) odpowiedzialności prywatnej. Mamy do czynienia z pelającym burzeniem społeczeństwa obywatelskiego. Różne partie przeliczują się w wyścigu różnych ofert dodatkowych zabezpieczeń i podziałów.

5. Państwo, w którym istnieje opieka społeczna jest nieefektywne w najwyższej mierze. Stanowi to jego błąd strukturalny, że odejmuje obywatelowi część jego zarobków, aby następnie po odciągnięciu kosztów manipulacyjnych oddać go obywatelowi. Jest to bardzo wątpliwa metoda "socjalnego wzbogacenia obywatela". Jest to po prostu przekładanie środków z prawej do lewej kieszeni spodni. Postępowanie takie bardziej służy biurokracji socjalnej i politykom, niż tym, którzy nie mogą sami o siebie już dbać i są zależni od obcej pomocy.

6. System ten jest socjalnie nieefek-

tywny i nie jest również socjalnie sprawiedliwy. Np. wolne zawody w tym systemie poddane są pewnym rozstrzygnięciom politycznym. Jest ponadto bezsensowne rozdzielanie na wszystkie warstwy społeczne równomiernych podarunków socjalnych lub zmuszanie wszystkich do otrzymywania opieki od państwa mimo, że obywatele byłoby do tego zdolni we własnym zakresie, z własnych środków. Jeśli zatem politycy chwalą się wysokością budżetu socjalnego przypomina to straż pożarną, która chwali się liczbą wyjazdów, ale przemilcza, że poprzednio pomagała w podpalaniu. Budżet socjalny biliona marek w powiązaniu z odkryciem nowej biedy jest absurdem.

7. Szczególnie daleko zaszła kolektywizacja w zdrowiu. Dobra i służby w większości świadczone są bezpłatnie lub wg taryf socjalnych. Wkłady do ubezpieczeń zdrowotnych, które dla 70% obywateli są obowiązkowe, nie są premiami rynkowymi, tylko upolitycznionymi taryfami. Pacjent nie wie zatem jakie są koszty tych usług. Szpitale w większości przypadków są socjalizowane i ich liczba, pojemność i rozkład przestrzenny są ustalane centralnie i sterowane. Aptekarze, lekarze i inne wolne zawody są w wysokim stopniu reglamentowane. Państwo prowadzi dla tych grup politykę zarobkową (w coraz większej mierze ogranicza wolność zawodu). W zaopatrzeniu farmaceutycznym kontrola cen przez ostatecznego odbiorcę tych produktów jest wyłączona. Ustawowe kasy chorych są obowiązkowe. Ich nieograniczone prawo inkasa powoduje ich płynność.

8. Ponieważ nie działają tu animowe prawa rynku, tylko wpływy polityczne przy podziale rozchodu występuje stała walka zorganizowanych grup interesu, kas i biurokracji socjalnej o możliwie duży udział w budżecie socjalnym. W walce tej rozstrzyga nie wydajność tylko wpływ polityczny.

9. Główny błąd państwa opieki społecznej leży jednak w jego strukturach prowadzących do mamotrawienia. Rynek, swoboda decyzji i rywalizacja są wyłączone lub ograniczone.

10. Zadaniem pracodawcy jest naprawa opieki społecznej aby była możliwa do zniesienia. Należy doprowadzić opiekę społeczną do tego społecznego celu dla

którego on powstał. Oznacza to, że obywatelowi oddaje się większość tego co państwu opiekuńczemu musi oddać. W ten sposób będzie mógł sam zadbać o swoje potrzeby. Jest to pierwszy krok w przejściu do obowiązkowych świadczeń minimalnych.

11. Jeśli chodzi o zdrowie każda reforma powinna opierać się na gospodarce rynkowej i rywalizacji. Celem dalekosiężnym powinna być swoboda wyboru i swoboda zawierania układów dla pacjentów. Z rzeczywistą realizacją od strony podaży w aptekach, u lekarzy, ubezpieczeniach zdrowotnych. Najważniejszym instrumentem sterującym, motywującym i koordynującym będzie

wówczas cena a nie dyktat polityczny.

12. Cele socjalne realizowane są nie przez uprzywilejowane instytucje, manipulowane usługi lecz przez bezpośrednie wsparcie potrzebujących, unikanie się wówczas rozproszonych kosztów. Przez wolę potrzebującej mniejszości nie trzeba większości wkładać w jakiś gorset.

13. Etapami pośrednimi w tym kierunku winno być wprowadzenie systemu zwrotu kosztów wielokrotnienie własnego udziału, przeznaczenie ustawowych kas chorych dla dobrowolnych uczestników, obniżenie obowiązkowych ubezpieczeń, oddzielenie ubezpieczeń społecznych od umowy o pracę,

zniesienie podwójnego finansowania w szpitalnictwie.

14. Ważne jest aby struktury państwa o nadmiernej opiece socjalnej przekazać organizacjom samopomocowym społeczeństwa. Należy odchodzić od modelu Bismarkowskiego. Państwo opieki nadmiernej jest ostatnim bastionem Prus w Niemczech. Własność gospodarka rynkowa i rywalizacja winny zastąpić system pruski.

dr Haberman

Referat wygłoszony na Kongresie Izby Dentystycznej Dolnej Saksonii
Hm. Anna Serafinowicz - przew.
Komisji Współpracy z Zagranicą
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Nie zgodne z kartą praw człowieka

Sz.P.

prof. Jacek Żochowski

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej

w Warszawie

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu zwraca się z uprzejmą prośbą o wyjaśnienie jakiego kryterium nie dotrzymała koleżanka A.W., składająca w terminie wszystkie potrzebne dokumenty jak również kartę egzaminacyjną, egzaminów praktycznych z zakresu medycyny rodzinnej.

Uważamy za wysoce krzywdzące niedopuszczenie koleżanki do egzaminu końcowego zwłaszcza, że kryteria wiekowe nie mogą stanowić zasadniczego p/wskazania. Jest to niezgodne z kartą praw człowieka.

Przepisy zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1994 roku zmieniające zarządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy nie mogą działać wstecz w stosunku do osób, które w 1991 roku zostały zakwalifikowane przez CMKP w Warszawie do 3-letniego cyklu szkolenia z zakresu medycyny rodzinnej.

Z poważaniem

Przewodnicząca Komisji Kształcenia
lek.med. Wanda Poradowska-Jeszke

Szanowna Pani

Lek. Wanda Poradowska-Jeszke

Przewodnicząca Komisji Kształcenia

Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

we Wrocławiu

Szanowna Pani Doktor,

W odpowiedzi na pismo dotyczące nie zakwalifikowania Pani dr A.W. do egzaminu specjalizacyjnego w zakresie medycyny rodzinnej, Departament Nauki, Kształcenia i Współpracy z Zagranicą uprzejmie informuje, iż Minister Zdrowia i Opieki Społecznej decyzją z dnia 6 stycznia 1995 r. wyraził zgodę, w drodze wyjątku, na niestosowanie kryterium wieku - przed wejściem w życie nowego zarządzenia o specjalizacjach - w stosunku do lekarzy, którzy starają się o podjęcie szkolenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny rodzinnej, w trybie skróconym, a także dla tych lekarzy, którzy takie szkolenie ukończyli i oczekują na dopuszczenie ich do egzaminu specjalizacyjnego (...).

W wyrazami poważania

V-ce Dyrektor Departamentu Nauki, Kształcenia i Współpracy z Zagranicą
Dr n.med. mgr fil. Aleksander Tulczyński

LISTY

Czas współpracy

Do P.T. Czytelników

Na marginesie bardzo osobistych i "zgorzkniałych" refleksji dra Eugeniusza Piotrowskiego (Biuletyn luty 1995 r., str.3) informuję Czytelników Biuletynu, iż w roku 1990 zostało reaktywowane Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich.

Stało się to dzięki zabiegom Stefana Teodorowicza, Tadeusza Dobruckiego, Hermana Artmana i innych, którzy już w 1989 roku rozpoczęli przygotowania do wznowienia działalności SLD. Z chwilą odzyskania osobowości prawnej Stowarzyszenie liczące niewielu jeszcze członków czyniło starania o odzyskanie swojej własności - Domu Lekarza. Po trudnym okresie starań o wzajemne dobre stosunki nadziedził czas kontaktów i współpracy z DIL.

DIL jest finansowana przez nas wszystkich z potrąconych z naszych poborów składek. Stowarzyszenie natomiast szukać musi pieniędzy na utrzymanie działalności Domu Lekarza między innymi poprzez wynajem pomieszczeń.

Wynikiem chyba pomylenia adresów wydało się autorowi "refleksji" zobaczyć suknie ślubne, lecz nie w Domu Lekarza, tam bowiem rozpoczął działalność Klub o charakterze towarzysko-kulturalnym. Tych, którzy nie mieli okazji uczestniczyć w licznych już, jak na pierwsze chwile działalności imprezach informujemy, iż:

- 10 stycznia odbyło się spotkanie opłatkowe dla lekarzy i ich rodzin, które zaszczylił obecnością J.Eksceleńca ks.bp.dr Jerzy Tyrawa oraz Przewodniczący DIL dr Włodzimierz Bednorz,
- 11 lutego odbył się "Pierwszy po 30 latach bal u lekarzy" a w dwa tygodnie później "Śledź u doktorów" - uznane przez uczestników za bardzo udane,

- w ostatni piątek stycznia odbył się wieczór autorski piszących lekarzy - z udziałem Jerzego Kosa, Andrzeja Lipińskiego, Zbigniewa Hirnle, Zbigniewa Domosławskiego i Wiesława Prastowskiego,

- 3 marca gościem piątku u medyków był prof.dr hab.Jan Miodek z bardzo ciekawym wykładem "Medycyna w naszym codziennym języku".

Obecność profesorów Bolesława Popielskiego, Gerwazego Świdzkiego i przedstawicieli młodszej generacji profesury - Marii Witkowskiej, Jacka Szechlińskiego i Tadeusza Heimratha, stworzyła niepowtarzalną atmosferę spotkania tak utalentowanego popularyzatora języka polskiego, z często błądzącymi na bakier, z polszczyzną, medykami.

Stowarzyszenie wydaje też kwartalnik pt. "Dolnośląski Dziennik Lekarski". W jego pierwszym numerze, w ankiecie "Co dalej ze Stowarzyszeniem Lekarzy Dolnośląskich" na zakończenie swojej wypowiedzi stwierdziłem: "Szkoda że skrót SLD kojarzy się tak pejoratywnie".

Organizacja skupiająca, z wyboru, ludzi, którzy chcą inspirować i rozwijać zainteresowania nie tylko zawodowe ale i filozoficzne, literackie, plastyczne, itp. ułatwiające lekarzom bycie ludźmi wszechstronnie wykształconymi i wzajemnie życzliwymi sobie. Dla jednych z nas, domem stała się siedziba DIL, dla drugich siedziba SLD. Bywajmy u siebie jak u przyjaciół!

10 grudnia 1994 r. na walnym zebraniu SLD wybrano nowy Zarząd Stowarzyszenia. Przewodniczącym został prof. Krzysztof Moron, sekretarzem dr Stefan Malcewicz.

Dr Bohdan Stoliczewski

Zdrowie i resort

Szczecin, dn. 14.03.1995 rok

Szanowny Pan

Adam Wojciechowski

Rzecznik Prasowy

Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej

Warszawa

Jestem niepomniecznie zdziwiona treścią i formą Pańskiego pisma z dnia 27.02.1995 roku, uznanego przez Pana za tak pilne, że przekazanego aż telefaksem.

Jak sądzę, pomylił Pan adres, bowiem jestem co prawda odpowiedzialna za treść artykułów, notatek i felietonów zawartych w Biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, jednakże nie jestem powołana do oceny uchwał i oświadczeń Okręgowej Rady Lekarskiej.

Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie jest wydawany od 1990 roku, zgodnie z uchwałą Nr 5/89/I Okręgowej Rady Lekarskiej z dnia 21 grudnia 1989 roku i służy przedstawianiu problematyki korporacji lekarskiej na terenie działania Izby.

Drukując list otwarty do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, będący emanacją uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie - pomijam fakt, iż osobiście podzielałam zawarte w nim treści - zgodnie z prawem prasowym nie mogłabym go nawet opatrzyć żadnym komentarzem.

Tyle uwag, co do formy pisma Pana Rzecznika. Jednak przy okazji nie odmówię sobie przyjemności skomentowania ostatniego akapitu Pańskiego pisma.

List otwarty do Pana prof. Jacka Żochowskiego koresponduje w sposób oczywisty z obszernym i bardzo nierzetelnym, bądź też nieodpowiedzialnym artykułem w "Rzeczypospolitej" z dnia 15.11.1994 roku pt. "Zdrowie to towar z ceną".

Środowisko lekarskie szczecińskiej Izby i tak czekało prawie dwa miesiące na reakcję resortu, co do treści zawartych w tym artykule.

Powinien Pan zauważyć, iż sensacyjna wyłudźszona wstępna część artykułu nadaje koloryt następnym kwestiom w nim poruszonym. Już w tej części zawarte jest sformułowanie "Resort szacuje.....". Jeżeli weźmie się pod uwagę fakt, że pod dość eufemistycznym określeniem resortu powinien kryć się jednak jakiś urzędnik tego resortu (urzędnik wyższego szczebla) a nadto, iż w trzeciej kolumnie wspomnianego artykułu zawarte są w tym samym przedmiocie pytania dziennikarza kierowane wyraźnie pod adresem Pana Ministra (cyt. "Panie Ministrze....") oraz odpowiedzi na te pytania - to trudno przyjąć, iż artykuł jest tylko felietonem, za treść którego resort nie ponosi żadnej odpowiedzialności.

Środowisko lekarskie Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie (jest to mój pogląd oparty jednak na wypowiedziach Kolegów) zostało zbulwersowane takim "szlampowym" i nieodpowiedzialnym ciosem dotyczącym blisko 120.000 lekarzy w Polsce.

Nie jestem upoważniona przez nikogo, ani do zwracania uwagi ani też pouczeń w stosunku do kierownictwa resortu - jednakże, o ile nie jest prawdą, że dziennikarz uzyskał informacje i wypowiedzi z Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, to należało natychmiast wyśtosować sprostowanie.

O ile zaś dziennikarz bazuje na wypowiedziach przedstawicieli kierownictwa resortu, to takie wypowiedzi są rzeczywiście nieodpowiedzialne a stanowi lekarskiemu należy się publicznie satysfakcja.

Redaktor Naczelny
Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej
w Szczecinie
dr Sabina Mikee

Szanowna
Pani Doktor!

Jestem pełen podziwu dla pracowitości Pani w aspekcie kreacji raportu o stanie placówek służby zdrowia we Wrocławiu i województwie wrocławskim. Zawarte są w nim cenne doniesienia do których winienem się pilnie ustosunkować.

1. W punkcie pierwszym pisze Pani: ...mimo licznych monitów w dalszym ciągu w szpitalach pobierane są opłaty za badania od chorych hospitalizowanych, których dana placówka nie wykonuje...., wszelkie interwencje lekarzy w miejscowych dyrekcjach kwitowane są aroganckimi odpowiedziami...

Rzeczywiście wielokrotnie wspominała Pani o pobieraniach opłat w szpitalach, ale nigdy nie podała Pani konkretnie za jakie badania, który szpital, i kiedy. Urząd może reagować na konkretną patologię a nie na plotki. Dziwnie dla mnie jest sformułowanie Pani mówiące o pobieraniu opłat za badania, których szpital nie wykonuje, może chodziło o badania, które szpital wykonuje?

Poważnego wyjaśnienia z Pani strony wymaga sformułowanie o arogancji dyrektorów. Czy dotyczy to wszystkich dyrektorów, a jeżeli nie, to proszę o nazwiska, daty i dokumenty aby użyte sformułowania nie były czystym pomówieniem całej kadry dyrektorskiej.

2. W punkcie drugim pisze Pani: ...w Wojewódzkiej Poradni Kardiologicznej... nie zabezpieczono pacjentom dostępu do niezbędnych badań diagnostycznych wymaganych przez tę poradnię - ...tarczycy.

Pani Krystyna Kochman
Zastępca Przewodniczącego
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

List otwarty

będący odpowiedzią na Pani list otwarty o stanie placówek służby zdrowia na terenie Wrocławia i województwa wrocławskiego.

Jest to ewidentna nieprawda, badania hormonów tarczycy w tej poradni były zawsze wykonywane i nadal są. Nie wiem, na jakiej podstawie sformułowała Pani te słowa.

W przypadku badań USG serca, rzeczywiście od kilkunastu lat są problemy i w tej sprawie kilka razy w roku monitujemy u profesora Sadowskiego w Warszawie, dysponenta zakupów centralnych w zakresie sprzętu kardiologicznego. Proponowałbym, aby w ramach konstruktywnych działań monity Pani Doktor skierowane były w stronę zakupów centralnych.

...Braki w tym względzie można tymczasowo rozwiązać umowami z gabinetami prywatnymi na zasadach kontraktowych lub innymi placówkami publicznej służby zdrowia...

Proszę mi wskazać placówkę prywatną posiadającą sprzęt USG o wartości 3.5 mld zł, obsługiwany przez odpowiedniej klasy fachowca, a rozważę poważnie możliwość kontraktu. Ja nie

dr n. med.
Witold Kowalewski
Zastępca Dyrektora
WZ UW we Wrocławiu

znam takiej prywatnej jednostki w promieniu 200 km od Wrocławia. Po półtora roku pracy na stanowisku wiceprzewodniczącej DRL winna Pani wiedzieć, że akty prawne, jakimi są ustawy, zabraniają podpisywania kontraktów Urzędu z jednostkami publicznej opieki zdrowotnej.

W punkcie trzecim pisze Pani: ...obarcza się pacjentów kosztami danej usługi w formie "cegiełek", czyli wymuszonej dobrowolnej opłaty, bezpośredniej opłaty pieniężnej bądź kieruje do gabinetów prywatnych...

Po raz kolejny proszę Panią o konkrety - nazwiska chorych, kwoty, daty badania, nazwę jednostki i nazwisko

lekarza, który np. skierował do gabinetu prywatnego. Jest to jeden z ważnych elementów walki z szarą strefą, której istnieniu Pani zaprzecza.

Ogólniki, którymi publicznie szafuje Pani obrażają wszystkie ciężko pracujące jednostki opieki zdrowotnej i ludzi tam zatrudnionych.

Pisze Pani: ...Jeżeli tomograf jest przeciążony, to pora zastanowić się nad uruchomieniem następnego czynnego całą dobę - jest ich w 700-tysięcznym mieście 5 i na pewno nie w pełni są wszystkie wykorzystane. ...

Jeden z tomografów pracujących na naszej bazie pracuje 24-godzinny na dobę od ponad roku, drugi niemal całkowicie wyeksploatowany - na dwie zmiany. Uprawnienia, które mi Pani przypisuje są nierealne. Trzy pozostałe tomografy są w służbie resortów MON, PKP i Akademii Medycznej; aby je uruchomić drogą zarządzenia powinienem mieć uprawnienia, jakie ma Urząd Rady Ministrów, a takich jeszcze nie mam, o

czym powinna Pani wiedzieć. Powyższy monit proponuję skierować do Ministra Obrony Narodowej, Ministra Transportu i Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej jako kompetentnych w tej sprawie. Dodam tylko, że w przypadkach szczególnych resorty na zasadzie dobrosąsiedzkich stosunków bez problemów wykonują te badania dla naszych chorych, o czym też pewnie Pani nie wie.

Pisze Pani: ...Pogotowie ratunkowe z Oleśnicy wozi chorych do Szpitala Wojewódzkiego przy ulicy Kamieńskiego we Wrocławiu, zamiast do najbliższej placówki w Oleśnicy. Liczy się czas, nie mówiąc o kosztach...

Tak, Pani Doktor, liczy się czas i rejonizacja jest tak skalkulowana, aby na dużym obszarze gminy Długoleka czas dostępu lekarza do chorego był jak najkrótszy i jest już tak skalkulowana, aby czas transportu do najbliższego szpitala był też jak najkrótszy. Stąd gmina Długoleka została podzielona na trzy obszary obsługiwane przez trzy różne szpitale, nie tylko szpital przy ulicy Kamieńskiego. O czym też powinna Pani wiedzieć jako półtoraroczny wiceprzewodniczący DRL zanim napisała Pani ten tekst.

Pisze Pani: ...Brakuje w Pogotowiu Ratunkowym nowych karettek...

Znaczenie wcześniej dostrzegaliśmy ten problem i mamy już nowe karetki "R", oraz trzydzieści innych nowych wozów z tego roku zakupione ze środków innych niż na ochronę zdrowia. Zgodzę się że to nie wszystko, ale nie zgodzę się, że nic w tym kierunku się nie robi jak Pani sugeruje.

ciąg dalszy na str. 8

W dniach 16-18 marca Lipsk był miejscem Europejskich Targów i Kongresów Medycznych, na które Komisja Współpracy z Zagranicą DIL zorganizowała wyjazd 48-osobowej grupy lekarzy z całej Polski.

Tradycja Targów Lipskich wywodzi się z jarmarków. Pierwsze o nich wzmianki sięgają 1165 roku. Ludność kupiecka miasta umocniła w przebiegu stuleci przywileje targowe i w ten sposób Lipsk stał się ośrodkiem handlu światowego. Aktualnie po przemianach społeczno-politycznych Targi Lipskie zmieniły swe założenia. Ostatnio, a w medycynie od 1992 roku, realizuje się koncepcję nie tylko targów, ale i kongresów branżowych, co w założeniu organizatorów ma ułatwić w możliwie maksymalnym stopniu prezentację nie tylko dorobku, ale i aktualnych potrzeb medycyny. Akcenty tegorocznych targów rozłożone były między: medycynę praktyczną a kliniczną, z szerokim uwzględnieniem pielęgnacji i różnych form rehabilitacji. Można powiedzieć, że dawna koncepcja targów uniwersalnych została zastąpiona przez targi specjalistyczne. Wobec różnorodności i bogactwa tematyki oraz kilku godzin, które miała do dyspozycji nasza grupa, było rzeczą niemożliwą wzięcie udziału również w obradach (uczestniczyliśmy w nielicznych) i dlatego też nasze krótkie sprawozdanie będzie na pewno niepełne. Opowiemy jednak o tej interesującej imprezie, w której zaprezentowano nie tylko sprzęt, ale podano również szereg informacji nie tylko dla lekarzy, także dla personelu pomocniczego, studentów, a nawet pacjentów.

Olbrzymie tereny targowe są położone niedaleko pomnika Bitwy Narodów i mimo tego, że mają około 70 lat i niedługo będą zastąpione nowymi obiektami, to nadal uderzają swą monumentalnością i rozmachem.

Organizatorzy przywitali nas bardzo serdecznie, każdy z uczestników dostał komplet informacji bardzo ułatwiający zwiedzanie targów, z dołączonym także szczegółowym katalogiem. Ponieważ cały czas towarzyszył nam w podróży bardzo silny wiatr, wszystkich ucieszyła kawa, herbata, soki i ciasteczka, którymi częstowani byliśmy przez cały okres pobytu na Targach.

Reprezentowaliśmy wszystkie specjalizacje medyczne i w takich podgrupach staraliśmy się zwracać uwagę na interesujące nas nowości. Na Targach niestety nie można dokonywać indywidualnych zakupów, jedynie dr Monika Cierlińska potrafiła "zauroczyć" wystawę i kupiła fantastyczny miniaturowy aparat do mierzenia ciśnienia z manżetą zakładanym na nadgarstek (a 140 DM).

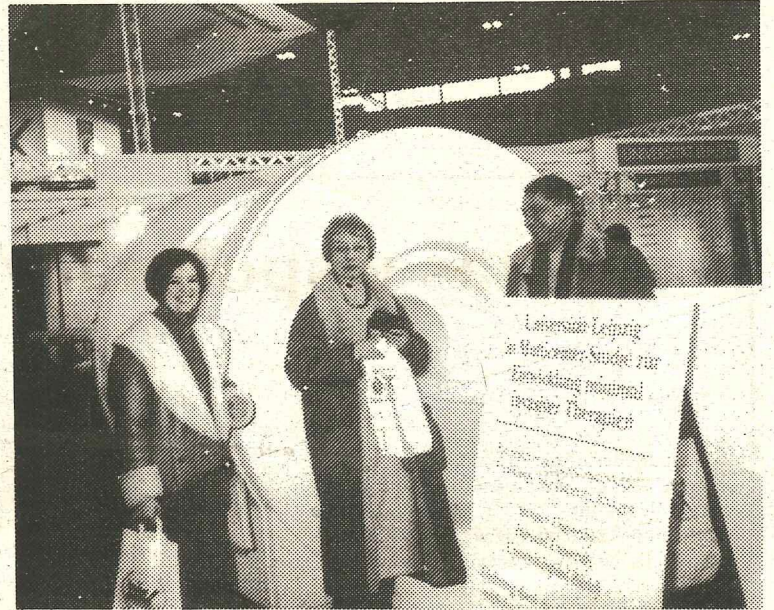
Obok stale ulepszanych i unowocześ-

nianych tradycyjnych instrumentów i urządzeń do wyposażenia sal operacyjnych i gabinetów, bogato był reprezentowany dział "elektromedycyny": 12-kanalowe elektrokar-diografy (Hellige i Siemens) z pomiarami oddechu, temperatury, ciśnienia i urządzeniami alarmowymi oraz aparaty do tomografii komputerowej. Prezentowano dużo nowoczesnego sprzętu i instrumentów, które nie powodują poważniejszych uszkodzeń tkanki podczas zabiegu. Ekspozowano urządzenia i preparaty do diagnostyki enzymatycznej i immunologicznej oraz do oznaczania poziomu leków w ustroju. Obok podstawowych urządzeń leków, były prezentowane preparaty ziołowe, ich kombinacje i preparaty homeopatyczne. Przyciągały oko meble szpitalne, łóżka wielofunkcyjne przeznaczone dla szpitali i dla domów starców, urządzenia higieniczne, a także bielizna szpitalna prezentowana jak na pokazie mody. Zwracały uwagę urządzenia rehabilitacyjne przydatne nie tylko w ortopedii, ale i w medycynie na co dzień. Pani dr Krystyna Gomółska i pan dr B. Romanowicz nawiązali kontakty z wystawcami i na pewno wkrótce na Oddziale Rehabilitacji w Szpitalu Specjalistycznym im. Marciniaka i na Oddziale Ortopedii w Szpitalu przy ul. Ry-

nieporównywalne ale warto i o tym nadmienić.

Lipsk słynny jest jako miasto książek. Mają tu swoją siedzibę liczne, sławne na cały świat, wydawnictwa i dlatego niemal na każdym kroku pełno było ekspozycji książek (przeważnie w języku niemieckim) zarówno ściśle fachowych dla lekarzy, dla personelu pomocniczego i dla pacjentów. Były to wydawnictwa dla nas zbyt drogie. Np.: "Psychosomatische Medizin", autor - Uexküll U., wyd. Urban-Schwarzenberg - kosztuje 198 marek, a "Klinische Kardiologie" autor - Riecher: Springer Verlag - 348 marek. Obok poruszania klasycznych tematów w nowoczesnym ujęciu, nie brak pionierskich opracowań np. K.D. Rumov "Klinische Onkologie" - Hippokrates Verlag. Bardzo szeroko jest uwzględniana oświata sanitarna, a dużo szkoleniowych broszurek rozdawanych było nieodpłatnie.

Równolegle z wystawami trwały kongresy i sympozja medyczne. Mogliśmy uczestniczyć w seminariach poświęconych reumatologii, przede wszystkim wieku dziecięcego, ortopedii ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych i perspektywicznych wskazań do wszczepienia endoprotez, diagnostyce i tera-



Lipsk - "Euromed '95"

**Renata Wojtala
Zbigniew Domosławski**

dygiera pojawiają się urządzenia pomocne w przywracaniu pacjentom sprawności.

Całość uzupełniały zestawy do udzielania doraźnej pomocy, łącznie z supernowoczesnie wyposażonymi środkami transportu.

Wyjątkowo duży nacisk położono na zaprezentowanie komputerów i oprogramowań pomocnych w prowadzeniu każdego rodzaju dokumentacji.

Sprawa kosztów, niemal na każdym etapie leczenia, była szczególnie wyeksponowana.

Pewną właściwością medycyny w Niemczech są różne formy ubezpieczeń (nieporównywalne do naszych realiów) oraz oferty licznych klinik i prywatnych sanatoriów. Szczególnie uzdrowisko Bad Mergentheim, położone między Würzburgiem a Stuttgartem oferowało całe spektrum usług: hotelowych, sanatoryjnych, rehabilitacyjnych, ogólnorekreacyjnych i także turystycznych. Obok zasadniczego leczenia oferowano tutaj nawet takie usługi jak gry w golf, jazdę konną, gry sportowe, sport strzelecki, tenis, możliwość uprawiania rybołówstwa, nie mówiąc już o gimnastyce i pływaniu.

Zarówno ceny jak i spectrum świadczeń, oczywiście odpłatnych, to parametry dla nas

wódz książę Józef Poniatowski. Postać archa- niola Michała na szczycie pomnika, symboli- czne sklepienie krypty, panteon i potężna kopuła sprawiają imponujące wrażenie.

Przejeżdżając przez Lipsk zwróciliśmy uwagę na olbrzymi Dworzec Główny (budynek z 26-cioma peronami, oddany do użytku w 1915 roku, należący do największych i najładniejszych w Europie), na kościół św. Tomasza, gdzie Jan Sebastian Bach, zatrudniony w latach 1723-1750 jako organista, znalazł swe ostatnie miejsce spoczynku, oraz niewielką prześliczną cerkiew św. Aleksego zbudowaną w 1912 r. ku pamięci 22.000 Rosjan, którzy polegli w bitwie narodów w 1813 r. Na więcej nie było czasu. Mamy nadzieję nadrobić to za rok.

Warto nadmienić, że w dniach 25-28.IV.95 odbędzie się międzynarodowe targi i sesje naukowe poświęcone analizie biochemicznej, a 17-18 czerwca to czas na międzynarodowe targi i kongresy farmaceutyczne.

Obok jednak prezentacji nie tylko osiągnięć, ale sposobu wychodzenia naprzeciw potrzebom medycyny niemieckiej, warto pamiętać, że problemy takie jak: prewencja, rehabilitacja, postępowanie z pacjentami w

wieku podeszłym, nieraz potrzeba gruntownej reorientacji zawodowej, liczenie się z wydatkami, to sprawy, którym i my będziemy musieli w przyszłości poświęcić nieco więcej uwagi, bez względu na to, czy uda nam się uzyskać nowy specjalistyczny sprzęt czy nie.

Są to problemy nie tylko niemieckie ale i nasze. Równie ważne jest wezwanie XXI wieku - postęp techniczny. Obok bowiem bardzo skomplikowanych, specjalistycznych i drogiej urządzeń, nie brak było tanich i pomyslowych.

Sądząc, że skorzystaliśmy wszyscy i wszyscy uczestniczący w targach lekarze są zadowoleni, chociaż zmęczeni byli bardzo.

Jesteśmy bardzo wdzięczni naszemu sponsorom. To "Centrostal" - Wrocław i Konsulat Generalny Republiki Federalnej Niemiec sprawili, że nasza "wyprawa" była gratisowa. Mamy nadzieję, że za rok nasi sponsorzy będą także o nas pamiętać i będziemy mogli uczestniczyć w Targach, już na nowych terenach targowych. Na powierzchni 100 hektarów powstają najnowsze tereny handlowe Europy, a otwarcie ich ma nastąpić pod koniec tego roku, w setną rocznicę utworzenia Lipskich Targów Wzorów.

Pisze Pani o aspekcie niedoboru dializ: ...należy rozważyć możliwość zorganizowania w placówce przy ulicy Glinianej dużej stacji dializ - może prywatnej, kontraktującej usługi. ...

Możliwość utworzenia stacji dializ na ulicy Glinianej była wielokrotnie rozważana, jednakże koszt powstania takiej samej stacji w Brzegu Dolnym był 10 krotnie niższy, stąd decyzje o powstaniu stacji w Brzegu i pod koniec roku 1995 drugiej stacji w Miliczu. Proszę pamiętać, że nie istnieje już pojęcie "nowych zadań" na które kiedyś Ministerstwo Zdrowia asygnowało dodatkowe pieniądze na budowę i eksploatację. Stąd nowo otwarte stacje dializ będą funkcjonować kosztem budżetów innych istniejących placówek, a są to bardzo poważne sumy, eksploatacja jednej nerkę kosztuje ponad 1.8 mld. zł rocznie. W chwili obecnej nowe inwestycje są nieraz znacznie tańsze niż adaptacja starych wyeksploatowanych obiektów. Na utworzenie prywatnej stacji dializ na terenie obiektu przy ulicy Glinianej nie zdecydowały się nawet wielkie firmy z Europy Zachodniej.

O zakontraktowanie usług prywatnej stacji dializ zabiegaliśmy od lata 1994 roku, oferent został nawet wybrany w drodze przetargu, nie był jednak w stanie spełnić wymogów wymaganych w tego rodzaju strukturach i decyzją Ministerstwa Zdrowia nie dopuszczono do podpisania umowy.

W punkcie dializy pisze Pani:

...snuje Pan plany o utworzeniu innych oddziałów neurochirurgicznych w sąsiednich województwach. ...

Szanowna Pani doktor, czy mogę spytać o źródło tych informacji. Ja do- kładnie zdaję sobie sprawę z zasięgu

**Pani Krystyna Kochman
Zastępca Przewodniczącego
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej**

List otwarty

będący odpowiedzią na Pani list otwarty o stanie placówek służ- by zdrowia na terenie Wrocławia i województwa wrocławskiego.

swoich kompetencji, które nie sięgają innych województw i takich planów snuć nie mogłem.

Pisze pani:

...Jak wynika z Pańskich enuncjacji prasowych w województwie jest za du- żo łóżek ginekologicznych. Tymczasem budowane będą oddziały ginekologiczne w Trzebnicy i Miliczu.

Proszę mi wskazać choć jedno nowe łóżko ginekologiczne w Trzebnicy, skąd te dane? Może rzeczywiście wie Pani lepiej niż ja, będę głęboko zobowiązany.

Natomiast kwestia Milicza jest nieco inna, wystarczy spojrzeć na mapę województwa. Jest on najbardziej wysuniętą jednostką na północ od Wrocławia i ze względu na czysto merytorycznych wie- nien tam powstać pełnoprofilowy, no- woczesny szpital, tym bardziej, że poprzednie ekipy już stworzyły jego szkielet a stary szpital jest już całkowi- cie zdekapitalizowany.

Pisze Pani:

...Jak bumerang wraca sprawa znie-

sienia rejonizacji w ginekologii mimo sprzeciwu środowiska ginekologicznego...

Po pierwsze nie zniesienia rejonizacji a umożliwienie wolnego wyboru ośrod- ka pacjentkom, po drugie czy znany jest też pani gremialny sprzeciw pacjentek? Czy tylko środowiska i czy całego, czy tylko jego części, a jeżeli tak to które?

W dalszej części pisze pani:

...Lansuje i forsuje Pan liczenie usług ginekologicznych i asygnowanie pienie- dzy za pacjenta, bez wprowadzania re- formy. Skąd miałyby być te pieniądze?...

Wolałaby Pani abyśmy nie asygno- wali pieniędzy za pacjenta i aby musiał on płacić z własnej kieszeni? Czy to jest Pani stanowisko? Muszę powiedzieć że lekko kontrowersyjne.

Na spotkaniu w siedzibie DIL wyjaś- niłem szczegółowo, że liczenie kosztów jest przygotowaniem do wejścia reformy, tak aby nie robić tego za późno i być gotowym na jej wejście. Wprowadzenie systemu warunkowałem uchwaleniem

odpowiednich aktów prawnych zapo- czątkowujących proces reformy o czym Pani doskonale wie i wie Pani, że nie miała powstać żadna rezerwa środków, a jedynie transfer pieniędzy za pacjen- tem i usługą. Jak do tej pory nie urucho- miłem tego procesu z braku wystarczających uregulowań prawnych. Ponieważ plan wyjaśniłem szczegóło- wo, dziwi mnie Pani zarzuty. Dziwi mnie również brak pani rozeznania w przedstawionej kalkulacji, która uwzględnia nie tylko bieżącą amortyzację bazy, ale daje również pieniądze na od- tworzenie jej niedoborów.

Z prawdziwą przyjemnością zga- dzam się z Pani stanowiskiem w zakre- sie problemu łóżek intensywnej terapii - prowadzimy jednak działania w kierunku szybkiej poprawy tego stanu. Nieste- ty jurysdykcja Urzędu nie sięga innych resortów o czym pisałem powyżej.

W aspekcie centrum urazowego in- formuję, że działania w tym kierunku podjęła wrocławska Akademia Medy-

czna i mam nadzieję, że zakończy się to pełnym sukcesem. Rzeczywiście kilku- dziesięcioletnie zaniedbania w tej dzie- dzinie owocują wyjątkowo trudną sytuacją i w tym celu planujemy otwar- cie nowego oddziału traumatologiczne- go. ...niewielkie dofinansowanie i przeorganizowanie niektórych placów- ek... może sięgać kilkudziesięciu mi- liardów złotych, a dla mnie nie są to niewielkie pieniądze tylko dramatycz- nie wysokie sumy.

Pisze Pani:

...Nie rozwiązuje Pan palącego pro- blemu przeciążonej do maksimum Kli- niki Neurochirurgicznej, która działa w określonym regionie narzuconym przez ministerstwo. ...publicznie nakazuje Pan ograniczać przyjęcia pacjentów. ...

Klinika działa na bazie naszych jed- nostek i za pieniądze przeznaczone na leczenie pacjentów z województwa wrocławskiego stąd winni mieć oni pier- wszeństwo w korzystaniu z jej usług. Jak Pani winna wiedzieć, oprócz Kliniki Neurochirurgicznej w regionie Dolnego Śląska, istnieją jeszcze inne ośrodki neurochirurgiczne i intensyfikacja ich działań zniemiennie odciążałaby Klini- kę. Przypominam Pani, że zakres moje- go działania ogranicza się tylko do jednostek Wojewody Wrocławskiego, a Pani jako Wiceprzewodniczącej Dolno- śląskiej Rady Lekarskiej uprawnienia do działania sięgają całego Dolnego Śl- ska, stąd zamiast kreować destrukcyjne opinie proszę o konstruktywne zajęcie się pracą innych ośrodków na Dolnym Śl- sku dla dobra wszystkich zainteresowa- nych, w tym również Kliniki i pacjentów z naszego województwa. Niedopuszczal- nym byłoby zaniedbywanie własnych cho- rych na korzyść innych regionów.

ciąg dalszy na str. 9

Jak już wspominałem, prawo wykonywania zawodu lekarza daje Izba Lekarska i Stomatologiczna (Medical and Dental Council) z siedzibą w Pretorii. Dla obcokrajowców warunkiem uzyskania rejestracji jest teraz zdanie egzaminów wstępnych i uzyskanie oferty pracy. Wyjątek uczyniono tylko dla Belgów i Brytyjczyków. Z zasady Izba nie uznaje jednak specjalizacji i doktoratów. A więc kolego (rzadziej: koleżanko), możesz sobie być nie wiadomo jak wysoko wyspecjalizowanym doktorantem, tu zaczynasz jednak jako zwykły "medical officer" to znaczy taki sobie szeregowy lekarz... jeśli chodzi o pobyty, bo pracujesz przeważnie zgodnie ze swoją specjalizacją. Tak jest jednak tylko w szpitalach państwowych.

W praktyce prywatnej, jeśli już udało ci się załatwić rejestrację nieograniczoną, możesz też pracować tylko jako lekarz ogólny (general practitioner - GP)... i możesz znów robić prawie wszystko, tyle że za mniejszą stawkę niż specjalista.

Tym niemniej ma sens być uznanym tj. zarejestrowanym specjalistą, bo to jednak oznacza pewien awans, tak pod względem materialnym, jak i prestiżowym.

Wspominałem już o możliwości zdawania egzaminu dla tych, którzy posiadają specjalizację spoza RPA. Warunek: 20 lat od uzyskania absolutorium.

Młodzi i nie tak całkiem młodzi, bez specjalizacji lub nawet ze specjalizacją, mogą ubiegać się o etat specjalizującego się (tu: registrar, w USA: resident). Jest to jednak bardzo trudny, nieraz gorzki kawałek chleba. Pierwszą i zasadniczą różnicą między Polską i RPA jest to, że tu specjalizacja odbywa się tylko i wyłącznie w szpitalach i instytutach uniwersyteckich (Johannesburg, Pretoria, Durban, Bloemfontein, Kapsztad, Stellenbosch i Ga Rankuwa).

Oczywiście, po studiach obowiązuje najpierw roczny staż, potem wymagany jest dodatkowo jeden rok pracy na oddziałach zabiegowych jako ktoś w rodzaju starszego stażysty (senior house officer). Dla przykładu: od kandydatów na laryngologię, okulistykę, urologię wymaga się roku pracy na chirurgii ogólnej, która wcale nie polega tylko na przyglądaniu się.

W zależności od kierunku specjalizacji wymagane są egzaminy jakby wstępne (primary). Na przykład: dla przyszłych zabiegowców jest to anatomia, fizjologia, intensywna terapia itp. Egzaminy te są raczej trudne.

W innych zaś specjalnościach np. w radiologii zdaje się je w połowie specjalizacji (intermedial). Specjalizacja we wszystkich dziedzinach jest jednostopniowa i trwa 4 lata. Przeważnie jest to droga jak na Gólgotę.

Przyjmuje się tylko ściśle określona

na było znacznie gorzej. Jest to 4 lata niezwykle intensywnego szkolenia i jednocześnie pracy z chorymi. Z czasem pracy nikt nie liczy, godziny spędzane w szpitalu są praktycznie nieograniczone. W służbie zdrowia, tak jak w całej gospodarce, obowiązuje w RPA 8-mio godzinny dzień pracy, 5 dni w tygodniu. Ale nie dla nich. Ich zajęcia zaczynają się około 7.00 lub 7.30 rano i najczęściej trwają do 6.00 lub 7.00 wieczorem. Do tego dochodzą dyżury, teoretycznie 16 godzin tygodniowo, płatne jako ryczałt.

piwem, fundowanym przez firmy farmaceutyczne. Wiedza podawana jest w formie przystępnej, łatwo przyswajalnej. Równie intensywne jest szkolenie praktyczne, na przykład nie kończące się dyskusje i odpytywanie przy łóżku chorego w czasie wizyty rannej i wieczornej czy na bloku operacyjnym. Operatywy na bloku jest ilość ogromna, materiał nieprzebrany, bowiem przyjmuje się pobitych, postrzelonych, z wypadków, a czasem też chorych z rozległego terenu.

Miałem okazję spotykać specjalistów z bardzo renomowanych ośrodków z Wielkiej Brytanii i stwierdziłem zwykłe, że ich doświadczenie i umiejętności praktyczne (operatywa) prezentowały się skromniutko w porównaniu do sprawności tutejszych lekarzy.

A co potem, po zdaniu egzaminów końcowych?

Ano, groś idzie do praktyki prywatnej, inni pozostają w szpitalach państwowych jako konsultanci, by nabrać więcej doświadczenia lub nawet robić karierę naukową, choć to nie jedyna droga do profesury. Nie ma tu bowiem sztywnej, ustalonej hierarchii. Polska droga (asystent, adiunkt, docent, profesor) nie jest tu praktykowana. Profesorem można zostać bez stopni pośrednich; ważna jest zdobyta specjalizacja, a poza tym to, jaką klasę ktoś sobą reprezentuje. Nawet doktorat nie jest wymagany. Bardzo się liczy publikowanie sensownych prac (publish or perish - publikuj albo przepadnij), wystąpienia na kongresach, ale też uzyskanie specjalizacji w Wielkiej Brytanii. W tym celu zdają egzaminy końcowe lub je powtarzają w Londynie czy Edynburgu.

Nie jest wcale wyjątkiem, gdy profesurę otrzymuje wybitny specjalista z praktyki prywatnej.

Inni wreszcie wybierają emigrację tam, gdzie ląki są bardziej zielone (where there are greener pastures) czyli do Australii, Kanady, Wielkiej Brytanii, czasem do USA. Ostatnio modna jest, bo łatwo dostępna, Nowa Zelandia.

W rezultacie około 60% absolwentów tutejszych wydziałów medycznych wcześniej czy później emigruje. I tak koło się zamyka: powstają niedobory lekarzy, pod presją smutnej pustki w szpitalach izba lekarska znów zmuszona będzie do złagodzenia restrykcji i otworzą się nowe możliwości dla chętnych z Trzeciego Świata.

Na opróżnione miejsca przyjdą z Izraela zdesperowani Żydzi, pochodzący ze zbankrutowanego sowieckiego imperium, Azjaci, może nawet ktoś z Polski...

Johannesburg, 23.02.95

Sytuacja lekarzy w RPA

Kazimierz Pater

Szkolenie teoretyczne zwykle zajmuje 1 lub 2 popołudnia. Są tzw. academic afternoons i wyglądają przykładowo tak: godzina 14 do 15.00: histologia z omawianiem przypadków z oddziału, 15-16.00: journal club, gdzie omawia się najnowsze doniesienia z prasy fachowej, głównie amerykańskiej, czasem brytyjskiej, innej rzadziej i o ile drukowano je w pismach angielskojęzycznych, 16-17.00: lecture tj. referat omawiający jakieś zagadnienie, ale broń Boże w formie kazania (no sermon-like talk, please!). Treść takiego referatu musi być na slajdach i referujący krótko omawia to, co jest widoczne na ekranie.

Potem jeszcze prezentacja ciekawych czy problemowych przypadków. W innych zaś specjalnościach mogą to być szkolenia teoretyczne na "dzień dobry" o 7.00 rano, a potem w przerwie obiadowej. Szkolenia kontynuują się często w soboty do południa, gdzie zaprasza się starszych kolegów z praktyki prywatnej. Do tego dochodzą comiesięczne spotkania w szerszym gronie szkolonych i wszystkich chętnych z praktyki prywatnej, zwykle wieczorem, przy obfitej zakąsce i napojach, łącznie z winem i

Panuje przeważnie atmosfera dość bezpośrednia, czasem wręcz koleżeńska. Do konsultantów (odpowiednik adiunkta) lub nawet profesorów szkoleni zwracają się zwykle po imieniu i to w formie zdrobiałej (Bill, Rob, Nick czy Charlie). Nie ma tu wcale europejskiej sztywności i tytułomani.

Częste są wizyty gości zagranicznych, zwykle wybitnych specjalistów, których uczelnia zaprasza do dzielenia się swymi doświadczeniami na jedno- lub parodniowych kursach i workshopach tj. kursach praktycznych, np. resekowanie kości skalistej dla laryngologów. Takie kursy są zwykle dość kosztowne dla szkolonych.

Poza tym jest właściwie obowiązkowy udział w kongresach ogólnokrajowych, zwykle raz w roku. Chętnie widziany jest udział szkolonego w kongresach zagranicznych, oczywiście na jego koszt, ale na to nie każdego stać.

Egzaminy końcowe są dość trudne, ale można je powtarzać wielokrotnie, praktycznie aż do skutku, dwa razy w roku, z tym że po zaliczeniu czterech lat odchodzi się już z grona szkolonych (tzw. teaching circle), aby zrobić miejsce dla następnych. Tak wyszkoleni lekarze - specjaliści w RPA reprezentują rzeczywiście poziom bardzo wysoki.

Pisze pani o oddziale kardiologii dziecięcej:

...taniej wyniesie transport małego pacjenta niż tworzenie i utrzymywanie nowych ośrodków...

Jest niewątpliwie ideą wysoce humanitarną aby dziecko w stanie krytycznym z wrodzoną wadą serca transportować setki kilometrów. Czy rzeczywiście jest to zdanie wiceprzewodniczącego Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, nie mogę uwierzyć.

Wyjaśniam dodatkowo, że oddział kardiologiczny będzie leczył nie tylko dzieci, ale i dorosłych, albowiem jedyny na Dolnym Śląsku ośrodek jakim jest Klinika Kardiologii nie jest już w stanie sprostać potrzebom regionu. Przed wyrażeniem zdania o jednostce proponuję wziąć pod uwagę wszystkie aspekty jej istnienia.

Pisze pani: ...Mammograf powinien stanąć i służyć społeczeństwu w Centrum Onkologicznym we Wrocławiu, wtedy można by mówić o należytych wykorzystaniu tak cennego daru sponsorów. ...

Po pierwsze o którym mammografie Pani pisze? Po drugie proszę pamiętać, że sponsor i darczyńca deklaruje cel i lokalizację swej darowizny. Proszę więc nie ingerować w decyzje naszych dobroczyńców.

Pisze pani: ...Kilkakrotnie sugerowałam Panu zarządzenie prawdziwej inwentaryzacji sprzętu... to do sprzętu, który można przewieźć bez szkody dla niego niech korzysta dodatkowo inna placówka. ...

Inwentaryzacja jest w toku. A sprzęt tak naprawdę to jaki by nie był nie lubi transportu. Czy zgodziłaby się Pani aby inny szpital korzystał z Pani aparatury

Pani Krystyna Kochman Zastępca Przewodniczącego Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

List otwarty

będący odpowiedzią na Pani list otwarty o stanie placówek służby zdrowia na terenie Wrocławia i województwa wrocławskiego.

np. monitorów w momencie kiedy byłoby chwilowo wolne łóżko?

Pisze Pani w aspekcie inicjatyw sponsorów:

...W 700-tysięcznym mieście mamy 5 tomografów komputerowych (z tego jeden pracuje całą dobę)... Jaki jest stopień wykorzystania tego sprzętu?...

Proponuję spytać dysponentów tego sprzętu z resortów PKP, MON i Akademii Medycznej, a nie mnie, nie jest to sprzęt i resorty podległe Województwu Wrocławskiemu.

W dalszej części pisze Pani:

...Uważam, że każdy tego typu zakup powinien być zaakceptowany przez Wojewodę...

Całkowicie i z nieklamną radością się z Panią zgadzam, też uważam, że jurysdykcja Wojewody winna sięgać całego terenu obecnego województwa i wszystkich stojących na jego terenie jednostek, a byłbym skłonny nawet powiększyć województwo do skali dawnego, lub, nawet regionu.

Wspomina Pani:

...W lecznictwie otwartym czeka się tydzień, miesiąc, ...na wykonanie badań rtg, eeg i innych. Jednak odpłatne badania wykonuje się natychmiast. Czy należy taki stan utrzymywać?

Myślę, że to pytanie też adresuje Pani źle, proszę zgodnie z kompetencjami skierować je do Lekarza Miejskiego Miasta Wrocławia.

Pisze pani:

...Obecnie po bezmyślnej, częściowej likwidacji przemysłowej służby zdrowia istnieje pilna potrzeba zorganizowania centrum medycyny przemysłowej. Zorganizowanie placówki na właściwym poziomie diagnostycznym i operacyjnym w połączeniu z wojewódzką przychodnią przemysłową mogłoby zaowocować powstaniem regionalnego centrum medycyny przemysłowej, które świadczyłoby usługi odpłatnie, ...

Czy ten fragment opinii przesłała pani pod adresem Ministra Zdrowia jako inicjatora, czy tylko do mnie?

Na życzenie, słowo stało się ciałem, DOLMED robi już odpłatne badania dla potrzeb medycyny przemysłowej.

W dalszej części pisze Pani o DCDM DOLMED:

...Prywatyzacja tego obiektu nie znajduje uzasadnienia...

Skąd takie podejrzenia, przez myśl by mi nie przeszedł ten pomysł. Pani Doktor, plotki nie stanowią najlepszej podstawy do budowy raportu o stanie służby zdrowia, mogą go delikatnie zniekształcić.

W aspekcie służb resortowych i Akademii Medycznej zapytuje Pani:

...Jaki jest stopień zaangażowania medycznych służb resortowych w usługi medyczne dla mieszkańców Wrocławia i województwa. ...

Bardzo dbamy o dobrą współpracę i w naszej ocenie zaangażowanie to jest duże, o szczegóły proszę spytać się szefów resortów.

W dalszej części pisze pani:

...Trzeba jasno określić wzajemności tych usług. ...

Są jasno określone w wynegocjowanych zakresach.

...Pacjent spoza resortu może być leczony wszędzie...

Pytam o konkretny z którego resortu i co oznacza wszędzie?

Pisze pani o gminach:

...Docierają sygnały, że w niektórych placówkach przekazanych gminom brakuje pieniędzy na ich utrzymanie...

Uprzejmie przypominam Pani, że przekazanie zadań gminom odbyło się na ich żądanie co gwarantowała ustawa, a nie pod groźbą rewolweru UW jak się Pani wydaje. Proszę znów o podanie konkretnych gmin a nie ogólników, bo nie jest to cecha raportu.

Pisze Pani o kadrach:

...Domagamy się rzetelnej oceny zatrudnienia w poszczególnych placówkach. Nie według do niczego nie pasujących norm, ale według rzeczywistych potrzeb. ...

O czyich normach Pani pisze? A slogan "każdemu według jego potrzeb" nie będzie realizowany. Realizowana natomiast będzie potrzeba zatrudnienia w zależności od wykonywanych zadań.

Cytuję Panią dalej:

...Niektóre oddziały już niebawem przestaną pełnić dyżury z powodu braków personalnych kadry lekarskiej...

Ze względu na wyjątkową wagę problemu proszę o natychmiastową informację które oddziały niebawem przestaną pełnić dyżury i na czyje polecenie.

Zgodzę się natomiast z panią, że płace nie tylko lekarzy w służbie zdrowia są już żenująco niskie w porównaniu nawet z zawodami czysto fizycznymi. Jest to przedmiotem intensywnych negocjacji na poziomie ministrów i proszę Panią o osobiste wsparcie działań Ministra ciągnąć dalszy na str. 10

Na marginesie strajków w służbie zdrowia

Chodząc ulicami naszych miast, od czasu do czasu widzimy przejawy różnego rodzaju protestów, wyrażonych często w formie bardzo biernej, wymagającej niewielkiego wysiłku protestujących grup społecznych, a mianowicie w postaci oflagowań lub mało czytelnym w treści dla przeciętnego przechodnia transparentów. Protestują rolnicy, policjanci, mniejsze i większe zakłady pracy i inni. W ostatnim czasie nasiliły się znacznie różne formy protestów pracowników ochrony zdrowia. I rzeczywiście, nikt nadzieje na szybką poprawę w przekształcaniu struktur opieki zdrowotnej naszego kraju, a przede wszystkim kulejącą w szczegółach całą organizację zabezpieczenia samych pracowników resortu zdrowia, zmusza większość z nich do niecierpliwych przemyśleń.

Pod znakiem zapytania stoi przyszłość i egzystencja ich zakładów pracy. Bardzo skromne wynagrodzenie w postaci pensji "budżetowej", zaskakująco niskie wypłaty za dyżury szpitalne, kliniczne i w stacjach pogotowia ratunkowego stwarzają u większości lekarzy uczucie nasilającej się nerwowości, niedoceniania ich zawodu i ich niższej wartości w społeczeństwie. Obserwuje się nowe, niepokojące zjawisko rezygnowania z dokończania się, przedłużania uzyskiwania stopni specjalizacji lekarskich. Lekarze nie uczestniczą w kursach i szkoleniach (których opłaty przekraczają znacznie miesięczne wynagrodzenie), nie biorą udziału w cyklicznych zebraniach naukowych towarzystw lekarskich.

Wszystko to mówi samo za siebie. Pauperyzacja wielu lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników resortu dochodzi do zenitu. I tak dalej być nie może!

Wprawdzie szukając najlepszych rozwiązań, zapewniających rozwój, zwalczanie ubóstwa i ograniczenie nadmiernego ryzyka chaosu i destabilizacji w służbie zdrowia, należy brać pod uwagę całość służących temu zjawisku mechanizmów i pamiętać, że wzrost lub niewłaściwe formy wyrażania protestów stwarzają niebezpieczeństwo braku zrozumienia i skuteczności przez tych, do których protest jest skierowany.

Powoli zbliżyliśmy się do momentu, kiedy państwo socjalne przekracza pewien krytyczny punkt i społeczeństwo pada ofiarą swego rodzaju błędnego koła. Żyjemy w gorących chwilach przemian społecznych w naszym kraju. Zmieniają się prezydenci, władze ustawodawcze i kolejne rządy. W sejmie i senacie służba zdrowia ma swoich licznych przedstawicieli, istnieją komisje zdrowia obu izb, podobne komisje są na wszystkich szczeblach administracji państwowej. Istnieje rada nadzorcza prezydenta i wreszcie rozbudowane Ministerstwo Zdrowia. Naprzeciw tej olbrzymiej maszyny znajduje się na bardzo kruchych nogach kilkuset tysięcy armia zdesperowanych lekarzy, pielęgniarek, laborantów pionu technicznego i administracji, a przede wszystkim chore społeczeństwo. I co z tego? Nic! Wybrani głosami wyborców posłowie i senatorowie zmarnowali czas kilku parlamentów, Ministerstwo Zdrowia prezentuje niezliczne projekty nowych struktur odbudowy społecznej służby zdrowia, które w końcu nie są, nawet w części, realizowane. Modne hasło lekarza domowego wcale się nie przyjmuje i wydaje się, że będzie kolejnym niewypałem. Chorzy dla otrzymania dobrej porady lekarskiej oraz uzyskania właściwego leczenia udają się do coraz liczniejszych prywatnych gabinetów lekarskich i tzw. centrów medycznych.

Jest o co walczyć

Aleksander Białas

Ale czy jest to właściwe rozwiązanie? Na pewno nie. Zdecydowana większość prywatnych gabinetów jest bardzo prymitywnie wyposażona w przysłowiowe dziesięć palców, słuchawki i aparat do mierzenia ciśnienia krwi. Do wyjątków należą gabinety posiadające aparaturę USG, EKG, fiberoskopy, laboratorium podręczne, punkt wydawania leków pierwszej potrzeby, czy możliwość

tego nie odczuwają. A więc pozostaje konieczność kontynuowania protestów i opracowania form organizacyjnych, w jakich powinny być stosowane. Jestem stanowczym przeciwnikiem strajków w szeroko pojętym znaczeniu. Doświadczenia lat ubiegłych i ostatnich miesięcy wyraźnie wykazały małą skuteczność tej formy protestu i nie otrzymały szerokiej akceptacji społecznej. Społeczeństwo rozumie konieczność załatwienia problemów reorganizacji opieki zdrowotnej, akceptuje dofinansowywanie bazy leczenia, ale nie zdaje sobie

Zawodowym Lekarzy, kierownictwem jednostek służby zdrowia, a przede wszystkim z pracownikami lecznictwa, którzy niejednokrotnie dowiadują się o proteście w ostatniej chwili. Nie bez znaczenia jest uprzedzenie społeczeństwa o fakcie i zasadności przystąpienia do protestu. Należy stanowczo zaniechać zawieszania białej płachty z napisem "akcja protestacyjna" przez kilku młodych ludzi, bez niczyjej wiedzy o tym fakcie. Musi to być protest kompleksowy doskonale zorganizowany i mający określony czas trwania.

Organizatorami winni być ludzie sprawni, reprezentatywni w danym środowisku, odpowiedzialni, z którymi strona przeciwna może pertraktować. Należy bezwzględnie uaktywnić biura poselskie i senatorskie, aby konkretne postulaty, wynikające z akcji protestacyjnej odpowiednio nagłaśniały i kierowały.

Niestety, dotychczasowa działalność naszych parlamentarnych przedstawicieli jest mizernie nieśmiała i mało widoczna. Nieliczne i sporadyczne spotkania poselskie nie wnoszą nawet żadnych informacji co do prac komisji sejmowych oraz konkretnych wyników w załatwianiu spraw regionu.

Nie można reasumować powyższych rozważań, ale jest faktem, że przez kilkadziesiąt lat było źle w resorcie zdrowia, a nie było strajków i protestów. W chwili obecnej są poważne strajki i zwiększone akcje protestacyjne, a w służbie zdrowia jest jeszcze gorzej. Zmusza to nas wszystkich do większej bojowości, doskonałości organizacyjnej, zaostrożenia form działania i jednoci środowiska. Jest o co walczyć!

Pauperyzacja wielu lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników resortu dochodzi do zenitu. I tak dalej być nie może!

transportu chorych. Ale za to trzeba słono płacić. Czy stać ubogie społeczeństwo na takie wydatki? Odpowiedź jest jednoznaczna - nie! Zawsze ponad dziewięćdziesiąt procent pacjentów będzie korzystało z szeroko pojętego lecznictwa otwartego i zamkniętego. A więc jest o co walczyć. Czy jednak dotychczasowe formy protestów i strajków pracowników służby zdrowia dały jakiegokolwiek rezultaty? Odpowiedź jest jednoznaczna: żadne.

Szeroko rozreklamowane oddłużenie służby zdrowia było praktycznie widocznym (ale dla administracji i zarządzających) sukcesem poprzedniego rządu. Nie należy poważnie traktować dwusto i trzystozłotowych okresowych podwyżek uposażenia. Może są i inne sukcesy, ale społeczeństwo i pracownicy resortu

sprawy ze skandalicznie niskiego wynagrodzenia ludzi pierwszego frontu lecznictwa. Jest oczywiste, że w mało zamożnym kraju podstawową rolę musi odgrywać trwały wzrost indywidualnych dochodów, uzależnionych od rozwoju całej gospodarki. Żadne zabezpieczenia socjalne nie są w stanie zastąpić tego podstawowego procesu. A więc istnieje bezwzględne sprężenie wielu czynników, które wpływają na konkretne załatwienie wszystkich zadań wynikających z protestów. Wydaje się słusne, by zadania były optymalizowane do aktualnych potrzeb i możliwości oraz rozłożone na nieco dłuższy okres realizacji. Krótko mówiąc - nie wszystko od razu. Każda akcja protestu musi być zsynchronizowana z regionalnymi oddziałami izb lekarskich, Związkiem

Zdrowia w tym zakresie.

W aspekcie lekarza domowego pisze Pani:

...W dobie wysoko rozwiniętej medycyny promuje się lekarza omnibusa, który wszystko bada, lecz... Świat odchodzi od tego modelu, bo nie wytrzymuje on próby czasu, a my mając świetnie wyszkoloną kadrę udowadniamy sami sobie i społeczeństwu, że to błąd i głupota. ...

Promocją "omnibusa" zajmuje się osoba biście Minister Zdrowia, oraz Akademia Medyczne, proszę ten cytat przesłać pod ich adresem, bo "omnibus" jak to Pani nazywa nie leży w gestii i zadaniach Urzędu Wojewody i Wydziału Zdrowia. Też powinna Pani o tym wiedzieć.

Swoją drogą mam do pani pytanie niemal natury osobistej, czy zgodnie z tą ideą specjalista np. od lewego ucha nie ma znać się na prawym uchu, albo np. ordynator oddziału ostrych zatruc ma się nie znać na reszcie medycyny, tylko na ostrych zatruciach. A pacjent z chorobą wrzodową, zaburzeniami rytmu serca i migreną ma odbyć długą drogę wyłącznie po specjalistach. Komu to ma służyć?

Pisze Pani:

...Wydział Zdrowia nie ma rozeznania jakie są prawdziwe koszty leczenia i funkcjonowania publicznych placówek służby Zdrowia...

Po pierwsze znów nie wiem jakie są źródła Pani informacji, że zawsze wydawało mi się że wiem co się dzieje w Wydziale. A po drugie Pani działanie jest chyba dość mocno niekonsekwentne, bo moja próba pełnej konkretyzacji kosztów leczenia z amortyzacją włączanie w ginekologii, spotyka się z Pani nieprzychylnością. O co w końcu Pani chodzi? Liczyć koszty, czy nie?

Pani Krystyna Kochman Zastępca Przewodniczącego Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

List otwarty

będący odpowiedzią na Pani list otwarty o stanie placówek służby zdrowia na terenie Wrocławia i województwa wrocławskiego.

Wspomina Pani:

...Do chwili obecnej w wielu placówkach pracują koledzy nawet od kilku lat pełniący obowiązki ordynatora, dyrektora czy kierownika placówki. Do tej pory nie ogłoszono konkursów na te stanowiska. ...

Rzeczywiście przed kilku laty nie dopilnowano należytego uprawomocnienia zajmowanych stanowisk. Mogę jednak Pani obiecać, że w tym roku rzetelnemu postępowaniu konkursowemu poddane zostaną wszystkie stanowiska na które nie było konkursu lub minął termin kadencji.

Zgodzę się, na koniec że w służbie zdrowia nie jest dobrze, jest niedoinwestowana, panują jeszcze w znacznej części stare wzorce organizacyjne, brak jest odpowiednich aktów prawnych wprowadzających załączki reformy. Możemy działać wolno ale działamy na podstawie rzetelnych analiz istniejącej rzeczywistości prawnej i ekonomicznej.

Nie budujemy obrazu służby zdrowia na płotkach, donosach i pobożnych życzeniach w przeciwieństwie do Pani Raportu w którym stosunkowo niewiele jest rzetelnych i konkretnych informacji, za te ostatnie rzeczywiście szczerze dziękuję. Niewątpliwie brak mi jest konkretnych informacji o nieprawidłowościach, patologiiach i zagrożeniach w służbie zdrowia, liczyłem tu bardzo na konkretne informacje dopływające ze środowisk, konkrety, a wręcz inicjatywy dopływają dość często od Kolegów z Prezydium DIL, ale nie od Pani. Proponuję przed napisaniem następnego raportu lepiej sprawdzić co jest realną podstawą a co plotką.

Pisze pani na koniec o:

...Pańskie enuncjacje o za dużej ilości lekarzy i tzw. "szarej strefie" ... Pana wypowiedź w mass mediach obraża środowisko lekarskie. ...

Enuncjacje o zbyt dużej ilości lekarzy wygłaszał kto inny, może Pani zapo-

mniała. Ja ostrzegłem jedynie przed idącym zagrożeniem związanym bezpośrednio z reformą, przy ograniczonym budżecie, że znaczne podniesienie efektywności diagnostyki i leczenia może wskutek zaistnienia mechanizmów rynkowych wyeliminować pracowników najmniej przydatnych do zawodu, i nie jest to groźba, plan redukcji knuty w Wydziale Zdrowia czy cokolwiek w tym guście, a jedynie wskazanie na konsekwencje zbyt szybkich i gruntownych zmian w systemie zarządzania.

Odnosnie drugiego akapitu i tematu "szarej strefy" popełniłem rzeczywiście poważny błąd pisząc o ogólnikach bez realnych dowodów. Stąd przepraszam wszystkich tych kolegów, którzy są rzetelni, uczciwi, pracują nieraz ponad siły na marne grosze. A jest to, wbrew opiniom prasowym, ogromna większość lekarzy i pielęgniarek. Dzięki nim, w istniejących trudnościach istnieje jeszcze opieka zdrowotna, nierzadko z włas-

nych pensji dofinansowują szpitale i przychodnie. I tych wszystkich raz jeszcze serdecznie przepraszam. Bez względu na to, jakimi ściegami będę przyglądał patologii w każdym zakresie.

Cytuję Pani końcowe stwierdzenie:

...Bilans działań nie jest imponujący: panuje kompletny chaos organizacyjny, brak jakiegokolwiek działań perspektywicznych i porządkujących. ...

Czy uruchomienie kilku nowych oddziałów, tomografów, wprowadzenie rachunku kosztów, zmiany w organizacji zarządzania, znamienna poprawa bazy Pogotowia Ratunkowego i wiele innych nie jest przykładem porządkowania istniejących struktur w obecnym systemie prawnym. W aspekcie działań perspektywicznych nigdy nie tailem kierunków mnie interesujących i jeżeli kiedykolwiek wyraziłaby Pani chęć, to przedstawiłbym Pani swoje propozycje na piśmie. Niestety przed napisaniem raportu nie była Pani uprzejma o to się zwrócić.

Szanowna pani Doktor, pozwoliłem sobie cytować jedynie fragmenty Pani Raportu, ponieważ nie wątpię, że jako list otwarty jest powszechnie znany. Ja również z całym szacunkiem pozwolę sobie odpowiedzieć w postaci listu otwartego.

P.S. Oficjalnie nie ma Lekarza Wojewódzkiego, jest natomiast Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu, domyśliłem się jednak z Pani listu, że to o mnie chodzi i pozwoliłem sobie na odpowiedź.

dr n.med. Witold Kowalewski
Zastępca Dyrektora

Z dziejów dolnośląskiej służby zdrowia

Pierwszy powojenny rozdział dziejów dolnośląskiej służby zdrowia napisany został w Trzebnicy.

20 kwietnia 1945 roku, po kilku dniach podróży specjalnym pociągiem, który wyjechał z Kielc, przybyła do Trzebnicy ekipa organizatorów administracji państwowej z Pełnomocnikiem Rządu RP na Okręg Dolnego Śląska mgr Stanisławem Piaskowskim. W skład ekipy wchodził przedstawiciel różnych grup zawodowych: prawnicy, agronomowie, energetycy i inżynierowie różnych specjalności, a także - stanowiący większość - osoby dobrane z tzw. "klucza partyjnego", przyszli organizatorzy administracji państwowej oraz działacze partii i stronnictw politycznych.

Na tymczasową siedzibę dolnośląskich władz województwa wyznaczono Trzebnicę. Wybór Trzebnicy nie był przypadkowy: zamieniony w twierdzę Wrocław był w ogniu walki, południowe obszary Dolnego Śląska nadal pozostawały w rękach niemieckich, miasta leżące w pobliżu Wrocławia uległy znacznemu zniszczeniu. Tylko Trzebnica zapewniała możliwości rozlokowania urzędów i instytucji oraz dysponowała znaczną ilością budynków mieszkalnych, a także, co nie było bez znaczenia, miała dobrze wyposażony i sprawnie działający szpital. Trzebnica miała również - poprzez Oleśnicę, połączenie kolejowe z resztą kraju.

W pierwszej ekipie Pełnomocnika Rządu był tylko jeden pracownik służby zdrowia, a mianowicie wyznaczony na naczelnika Wydziału Zdrowia dr Bogdan Snarski. Dzięki jego opublikowanym wspomnieniom (1) można, z dużym prawdopodobieństwem, ustalić kolejne fakty i zdarzenia. Urząd Wojewódzki, a zatem i Wydział Zdrowia rozmieszczony został w budynkach mieszkalnych przy ul. Wolności 7. Przypomina o tym dzisiaj tablica pamiątkowa. Pierwszym pracownikiem Wydziału Zdrowia został... zegarmistrz z Radomia, a następnymi przypadkowo dobrani pracownicy o niewielkim doświadczeniu administracyjnym. Pierwszą natomiast decyzją naczelnika Wydziału Zdrowia było zorganizowanie punktu pomocy lekarskiej i pozyskanie miejsc dla pierwszych polskich osadników w miejscowym szpitalu, w którym nadal przebywali żołnierze radzieccy. "Tamtejsi lekarze przyszli nam z pomocą. Odstąpili kilka sal i gabinet lekarski. Jako pielęgniarki zaangażowałam pozostałe kilka siostr z miejscowego klasztoru. Biedę mieliśmy nie tyle z lekami i materiałami opatrunkowymi, ile z brakiem żywności." Tak opisał swoje pierwsze decyzje dr Bogdan Snarski.

W pierwszym sprawozdaniu z działalności Wydziału Zdrowia, datowanym w Trzebnicy 2 maja 1945 roku (2), zawarte są informacje o skompletowaniu składu osobowego Wydziału i o dokonaniu podziału czynności na referaty - powołano wówczas siedem referatów, m.in. referat walki z chorobami zakaźnymi, społecznymi i zawodowymi, oraz re-

ferat nadzoru nad zakładami leczniczymi. Sprawozdanie informuje również o podjętych decyzjach organizacyjnych w Trzebnicy, a mianowicie, że "... przejęto i zabezpieczono Szpital Sióstr Boromeuszek, mianując go Polskim Powiatowym Szpitalem w Trzebnicy" oraz że "zabezpieczono" miejscowe apteki i drogerie, a "ze zgromadzonego materiału tworzy się jedna apteka". Przejęcie trzebnickiego Szpitala na potrzeby mieszkańców miasta i regionu nastąpiło nie później niż 24 kwietnia 1945 roku i miało raczej charakter symboliczny. Dopiero w następnych tygodniach część leczonych w szpitalu żołnierzy radzieckich przeniesiona została do innych zakładów leczniczych, a miejsce lekarzy radzieckich zajęli polscy lekarze. Nazwa: Polski Powiatowy Szpital w Trzebnicy - nie znalazła potwierdzenia w innych przekazach źródłowych. Tuż po wojnie, a także w następnych latach powszechnie używano nazwy: Szpital św.Jadwigi w Trzebnicy. Warto by teraz - po pięćdziesięciu latach - powrócić do tej nazwy.

Szpital św.Jadwigi w Trzebnicy był zatem pierwszym na Dolnym Śląsku szpitalem przejętym przez polskie władze administracyjne, a także jedynym, na wschód od Odry, szpitalem, który nawet na jeden dzień nie przerwał swojej działalności - do końca stycznia 1945 roku leczyli się w nim ranni i chorzy żołnierze niemieccy, w lutym przejęty został przez wojskowe władze radzieckie.

Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia z 2 maja 1945 roku, nie tylko informuje o faktach dokonanych, ale również określa zadania na najbliższą przyszłość, a była nimi: zapewnienie opieki lekarskiej mieszkańcom terenów przejmowanych przez polską administrację, zabezpieczenie szpitali, uzdrowisk i sanatoriów, zorganizowanie w każdym powiecie oddziałów chorób zakaźnych i domu kwarantannowego dla przybywających osadników, a także "stworzenie Uniwersyteckiego Wydziału Lekarskiego, szkół pielęgniarek i dla położnych". Sprawozdanie sygnalizuje również trudności: brak sił fachowych i środków lokomocji, brak druków i zbiorów przepisów sanitarnych. Sprawozdanie,

adresowane zapewne do Pełnomocnika Rządu lub Ministra Zdrowia, kończy się następującymi wnioskami: "Celem sprawnego działania Wydziału Zdrowia koniecznym jest dostateczny napływ sił fachowych, z tego

"Biedę mieliśmy nie tyle z lekami i materiałami opatrunkowymi, ile z brakiem żywności."

powodu proponuję uzyskanie zapewnienia w Ministerstwie Spraw Wojskowych (Naczelne Dowództwo W.P.), że każda siła fachowa przebywająca na terenie Dolnego Śląska ma zwolnienie od służby wojskowej. Prasa codzienna i Związki Zawodowe powinny werбовать ludzi na nasz teren. Wydział Zdrowia nie posiada żadnych środków lokomocji, dlatego Naczelnik Wydziału nie ma jasnego

obrazu stanu sanitarnego naszego województwa. Konieczną jest rzeczą przydzielenie 3 aut i 3 motocykli".

Pierwsze sprawozdanie podpisane przez dr Bogdan Snarskiego napisane odręcznie, być może przez znające zasady kaligrafii i zegarmistrza, jest pierwszym "raportem" o stanie dolnośląskiej służby zdrowia jako przetrwał do naszych czasów.

W końcu kwietnia i w pierwszych dniach maja przyjechały do Trzebnicy kolejne zorganizowane grupy pracowników różnych służb i instytucji, m.in. pracownicy poczty i służby rolnej, a także osadnicy, pochodzący głównie z województwa kieleckiego, krakowskiego i poznańskiego. Wśród pierwszych przybyszów byli również pracownicy służby zdrowia - lekarze,

Rozdział pierwszy

Trzebnica

Jerzy B.Kos

farmaceuci, pielęgniarki i położne. Kierowano ich do miast i powiatów Dolnego Śląska znajdujących się już po wschodniej stronie linii frontu. W maju i czerwcu Trzebnica stała się punktem etapowym dla znacznie liczniejszej, chociaż stale niewspółmiernej do potrzeb, grupy pracowników służby zdrowia. Przyjeżdżali, zapo-

wdziwiali ostoją i siłą trzebnickiego szpitala - w trudnych miesiącach, a także w wielu miesiącach następnych - były siostry Boromeuszki. Spośród nich rekrutowały się wszystkie pielęgniarki, oraz większość pracowników obsługi. Z grupy liczącej ponad trzydzieści osób warte szczególnej pamięci są pielęgniarki s.Julia Malik (Juvenalis) i s.Anna Brzoska (Hilga). Siostra Hilga, pracująca do 1993 roku w trzebnickim szpitalu, jest jedną z najbardziej popularnych mieszkank Trzebnicy, otoczoną powszechnym szacunkiem.

W końcu maja 1945 roku dolnośląskie władze wojewódzkie rozpoczęły stopniowe przenoszenie swoich agend-wydziałów i podległych sobie instytucji - z Trzebnicy do Legnicy. Do Legnicy przeniesiono również Wydział Zdrowia, który zyskał lepsze warunki pracy, a także nowych pracowników. Dwu z nich zastępuje na wymienienie - byli nimi dr Bednarek i mgr Antoni Kurkowski, obydwoj byli zastępcami dr Bogdana Snarskiego odpowiedzialnymi za pion leczniczy i farmaceutyczny.

Trzebnicki rozdział dziejów dolnośląskiej służby zdrowia miał - odnotowany we wspomnieniach dr Bogdana Snarskiego - ważny epizod wrocławski. Tak go opisał pierwszy naczelnik Wydziału Zdrowia:

"Pamiętny był również dzień dziewiątego maja. W przeddzień ogłoszono o zakończeniu działań wojennych we Wrocławiu. Czterdziesto, może pięćdziesięciosobowy wówczas urząd wojewódzki praktycznie przestał istnieć. Pracownicy, na własną rękę, udali się do Wrocławia. Kilku nas z wojewodą na czele, pojechało tam w godzinach popołudniowych, autem ciężarowym, bo innego nie było. Wrażenia z tego wyjazdu wymagają opisu utalentowanego pióra. Pragnę podkreślić tutaj serdeczne powitanie nas przez Polaków, przebywających w mieście na przymusowych robotach, widok pokonanych, płaszcących się przed nami Niemców, wielką ilość trupów na ulicach, ogrom zniszczeń wojennych i przerażający obraz płonących całych dzielnic Wrocławia".

Obraz zniszczonego, płonącego Wrocławia zapowiadał trudne dni i trudne lata, które były dla pracowników służby zdrowia egzaminem o najwyższej skali trudności.

Piśmiennictwo:

1. S.Snarski B.: Pierwsze dni wolności. Archiwum Historii Medycyny. 1974, XXXVII, 3, 355-358,
2. Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia z 1 maja 1945 r. Archiwum Muzeum Regionalnego TMZT w Trzebnicy,
3. Gliński J.: Mój Zgorzelec. Maszynopis, archiwum PTMS we Wrocławiu,
4. Kos J.B.: Trzebnicka służba zdrowia w pierwszych latach powojennych. Brzask, 1987, III-IV, 67-88,
5. Uciński E.: Szlakami 2 Armii Wojska Polskiego. Wrocław 1976.

Przedwojenny cennik za prywatne usługi stomatologiczne

motto: "Historia nauczycielką życia"

W nawiązaniu do dyskusji na ostatnim Zjeździe DIL o gabinetach prywatnych i cennikach, oraz o cenach dumpingowych stosowanych przez niektórych, pozwalam sobie przypomnieć to co już 60 lat temu było ustalone przez stomatologów i lekarzy dentystów lwowskich.

"Polska Stomatologia" - miesięcznik poświęcony wszystkim działom stomatologii i naukom pokrewnym już w 1935 roku, rocznik XIII, Nr 11-12 str. 345-346 zamieściła Cennik na zabiegi stomatologiczne, uchwalony przez Okręgową Izbę Lekarską we Lwowie, której głównym autorem był twórca nowoczesnej stomatologii prof. dr hab. Antoni Cieszyński. Cytuję: "...dr Berger skreślił pokrótce obecne położenie materialne stomatologów i lekarzy dentystów, wskazał na niezdrową konkurencję panującą w zawodzie i fałszywą kalkulację przy obliczaniu honorariów, prowadzącą do coraz to większego zubożenia kolegów. Związek stomatologów oparwszy się na obliczeniach prof. Cieszyńskiego, uwzględniając całkowicie "regie" każdej ordynacji, ułożył nowy cennik, dopuszczający zarazem indywidualne traktowanie każdego pacjenta z jednej strony, z drugiej zaś liczący się z klientem, zależną w wielkiej mierze od urzędzenia i położenia lokalu ordynacyjnego i stopnia doświadczenia."

W dyskusji, która rozwinęła się nad poruszanymi sprawami brali udział: lek. dent. Rotter i drzy Cieszyński, Berger, Szafran i Pfall.

Poniżej zamieszczamy ten cennik, który przystaje nadzwyczaj do naszej rzeczywistości i aktualnych cen oraz cennik tymczasowy Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie z tego samego tomu Stomatologii Polskiej i tego samego okresu.

Zapraszamy do dyskusji

Barbara Bruziewicz-Miklaszewska

Dział zawodowy. Cennik tymczasowy zabiegów w przychodniach dentystycznych Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.

Wizyta z zabiegiem	Zł.	0,20
Plomba cementowa	"	1,00
" miedziana	"	1,00
" srebrna	"	2,00
" porcelanowa (krzemowa)	"	2,50
" gutaperkowa przy ukończeniu leczenia	"	0,50
Oczyszczenie zębów z kamienia	"	1,50
Korona złota	"	15—18
Zdjęcie roentgenowskie zębów nieobjętych mocą § 12	"	1,50
Resekcja korzenia	"	5,00
Narkoza na ogólne żądanie pacjenta	"	15,00
Torbiel w stanie przewlekłym	"	5,00

W Proteziarni:

Ząb w kauczuku przy protezie powyżej 7 zębów	"	3,60
Ząb w kauczuku przy protezie poniżej 7 zębów	"	4,80
Protezy wg. systemu Giesy'go za ząb po	"	4,00
Dostawka „Oralit“ drożej o	"	20,00
Klamra stalowa	"	3,60
Klamra złota	"	7,50
Ssawka	"	3,60
Reparacja protezy kauczukowej	"	3,00
Reparacja protezy „Oralit“	"	5,00
Reparacja mostków złotych od	"	10,00
Korona złota	od zł. 15 do 20	
Ząb lany złoty	od zł. 20.—	
Ząb lany z porcel. fasetką	od zł. 20.—	
Ząb ćwieczkowy na złocie	od zł. 20.—	
Ząb ćwieczkowy Logan'a	od zł. 10.—	
Usunięcie zęba i przecięcie ropnia bezpłatnie.		

Naczelnny Lekarz:
Bakun

Dyrektor:
Szubartowicz

CENNIK

za zabiegi stomatologiczne, uchwalony przez Okręgową Izbę Lekarską we Lwowie.

CZĘŚĆ I.

1. Konsultacja w pokoju ordynacyjnym	od 10 zł.
2. Konsultacja u pacjenta w domu	od 20 "
3. Wyjęcie zęba	od 10 "
4. Wyjęcie zęba połączone z separacją korzeni lub ich wydlutowaniem	od 20 "
5. Zdejmowanie kamienia nazębnego (od każdego posiedzenia)	od 6 "
6. Plomba z porcelany plastycznej lub amalgamowa	od 10 "
7. Plomba cementowa	od 6 "
8. Leczenie miazgi zębowej	od 10 "
9. Zdjęcie roentgenologiczne śródustne	od 10 "

CZĘŚĆ II.

1. Plomba złota lana	od 20 zł.
2. Plomba porcelanowa, wypalana	od 50 zł.
3. Korona złota	od 25 "
4. Złoty człon w mostku	od 25 "
5. Ząb Richmonda	od 30 "
6. Korona porcelanowa wypalana	od 120 "
7. Dostawki kauczukowe, do 7 zębów, od zęba	od 6 "
8. Dostawki kauczukowe, powyżej 7 zębów, od zęba	od 5 "
9. Naprawa pękniętej dostawki kauczukowej	od 5 "

CZĘŚĆ III.

1. Zabiegi nieobjęte niniejszym cennikiem podlegają specjalnej umowie.

2. W wyjątkowych wypadkach, zasługujących na szczególne uwzględnienie, przysługuje lekarzowi prawo udzielenia odpowiedniego opustu, nie przekraczającego 50%, ale tylko w stawkach, wyszczególnionych w części I-szej niniejszego cennika. Za zabiegi wyszczególnione w części II-giej opustu żadnego udzielać nie wolno).

3. Stawki niniejszego cennika obowiązują na terenie miasta Lwowa. Na prowincji może być stosowany powyższy cennik o 25% niższy.

4. Cennik niniejszy uważać należy za minimalny.

5. Cennik powyższy przyjął i zatwierdził Zarząd Okręgowej Izby Lekarskiej we Lwowie, na posiedzeniu Zarządu w dniu 2. lipca 1935., do czasu pojawienia się urzędowego cennika, wydanego przez właściwe władze Wojewódzkie. (Pismo Izby lekarskiej lwowskiej l. 1655/35 z dn. 3. lipca 1935).

UWAGI:

1. Określenie minimum w cenniku jest równoznaczne z pokryciem własnych kosztów utrzymania ordynacji i materiałów zużytych i nie obejmuje wogóle wynagrodzenia za czynności lekarskie.

2. Każde przekroczenie granicy dolnej cennika uważane jest jako postępowanie kolidujące z etyką i solidnością lekarską. Natomiast pozostawia się lekarzowi możliwość wykonywania zabiegów zupełnie bezpłatnie.

We Lwowie, dnia 16. października 1935 r.

ZA ZWIĄZEK STOMATOLOGÓW IZBY LEKARSKIEJ LWOWSKIEJ:

(—) Dr. H. Berger

(—) Dr. H. Allerhand

(—) Prof. Dr. A. Cieszyński

(—) Dr. M. Jankowski

Nasz firmowy krawat



Przewodnicząca komisji współpracy z zagranicą dr. Barbara Bruziewicz-Miklaszewska prezentuje nasz krawat z emblematem DIL. Krawaty można kupić w Biurze DIL.

Geers aparaty słuchowe

Szanowni Państwo

Firma Geers Aparaty Słuchowe zajmuje się dopasowywaniem i sprzedażą nowoczesnych aparatów słuchowych oraz sprzętu dla osób z wadami słuchu.

Dopasowanie aparatu słuchowego składa się z kilku etapów i jest przeprowadzone przez specjalistę w tej dziedzinie - protetyka słuchu.

Pracownik Firmy Geers w drodze szczegółowego wywiadu poznaje problemy i oczekiwania Klienta. Następnie przeprowadzane jest badanie słuchu, na którego podstawie wybierane są aparaty słuchowe mogące być przydatne dla danego Klienta. Brane są pod uwagę podstawowe kryteria, takie jak wzmocnienie i charakterystyka aparatu, zdolności manualne użytkownika, jego wiek oraz sytuację w jakich aparat będzie używany.

Klient jest szczegółowo informowany o cenie, możliwościach i zaletach aparatu słuchowego.

Wykonywane są wstępne próby dopasowania aparatów słuchowych, podczas których Klient ma możliwość oceny i wybrania najkorzystniejszego dla siebie aparatu.

I tak aparaty wewnętrzne, mające duże walory estetyczne, są używane tylko przy małych i średnich ubytkach słuchu. Dzieciom proponujemy aparaty zewnętrzne cyfrowe. Przy częstych zmianach parametrów słuchu, istnieje możliwość przeprogramowania, bez potrzeby zakupu nowego aparatu. Klientom, którzy ze względu na rodzaj wykonywanej pracy i szczególną aktywność pozazawodową mają ponadstandardowe wymagania proponujemy aparaty wieloprogramowe. Dają one możliwość używania aparatów w różnych sytuacjach słuchowych np.: ruch uliczny, dom, teatr, kino, praca, wypoczynek itp.

Po podjęciu decyzji o wyborze optymalnego aparatu, pracownik Firmy Geers wykonuje wycisk ucha. Jest to podstawa do wykonania w specjalistycznym Laboratorium Firmy Geers najwyższej jakości wkładki usznej. Jej jakość wpływa decydująco na komfort używania aparatu słuchowego.

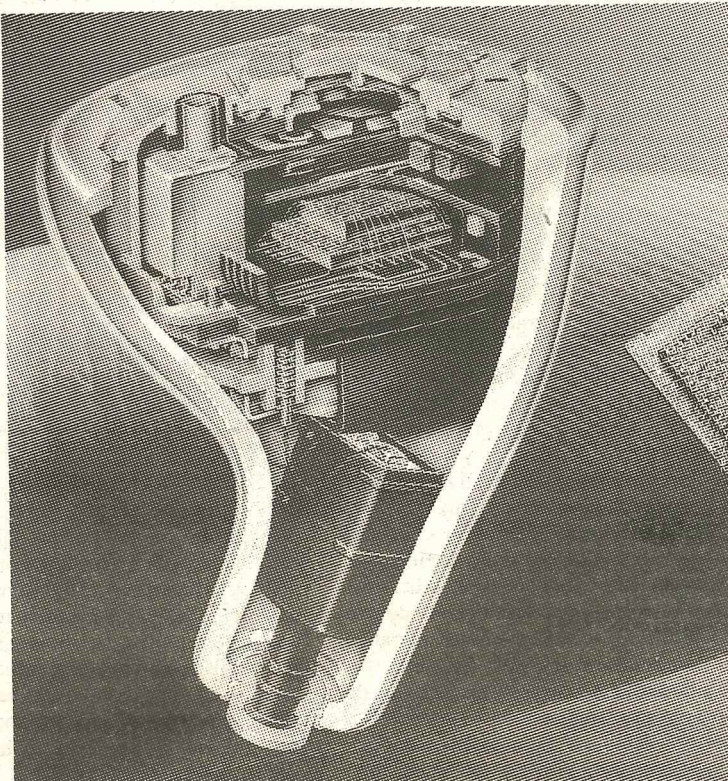
Końcowym etapem doboru aparatu słuchowego jest precyzyjne jego uregulowanie oraz szczegółowy instruktaż użytkownika.

Firma Geers otacza swoich Klientów szczególną opieką, zapewniając im bezpłatne porady, regulację i kontrolę parametrów aparatu. Prowadzony jest też serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.

Firma Geers pieczołowicie archiwizuje dane swoich Klientów (wyniki badań, typ aparatu, wizyty), co daje ogromne możliwości świadczenia wysokiej jakości usług w przyszłości, dla danego Klienta.

Protetycy słuchu zdają sobie sprawę, że dopasowanie aparatu słuchowego jest niemożliwe bez współpracy i diagnozy lekarza laryngologa.

Specjaliści zajmujący się opieką nad ludźmi z wadami słuchu obserwują w ostatnich latach ogromny wzrost możliwości technicznych oferowanych aparatów. Niestety tempo rozwoju jakości dopasowywania aparatów nie przebiega równoległe. Jest to przyczyna, dla której Firma Geers współpracuje z ośrodkami naukowymi m.in. z Uniwersytetem im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.



Geers

Aparaty słuchowe

Oddział Wrocław

ul. Św. Antoniego 21

50-073 Wrocław

tel. 33-169 (0-71)

Dorota Minta
Kierownik Oddziału

III Światowy Dzień Chorego

Jamuskro

11 lutego 1995 r.

Ozędzie Ojca Świętego

(skrót)

Zbawcze czyny Jezusa, niosące ratunek "wszystkim, którzy byli w niewoli zła" pozostawiły wyraźny i trwały ślad w życiu Kościoła w postaci jego troski o chorych. Kościół okazywał tę troskę cierpiącym na wiele sposobów, wśród których szczególnego znaczenia nabiera w obecnej sytuacji ustanowienie Światowego Dnia Chorego. Inicjatywa ta została wszędzie przyjęta życzliwie przez tych, którym leży na sercu los ludzi cierpiących; jej celem jest pobudzenie aktywności duszpasterskiej i charytatywnej wspólnoty chrześcijańskiej, tak aby jej obecność w społeczeństwie była coraz bardziej owocna i znacząca.

Tę potrzebę odczuwamy szczególnie mocno w naszej epoce, kiedy to całym społeczeństwom przychodzi żyć w straszliwych warunkach na skutek okrutnych konfliktów, za które najwyższą cenę płać często najslabsi. Czyż można zatem nie zgodzić się z tezą iż "nasza cywilizacja winna uświadomić samej sobie, że (...) z wielu względów jest cywilizacją chorą i źródłem głębokich schorzeń człowieka".

Nasza cywilizacja jest chora na szerzący się egoizm, na indywidualistyczny utilitaryzm, przedstawiany często jako życiowa zasada, na podstawę negocjacji i powszechnej obojętności wobec transcendentnego przeznaczenia człowieka, na kryzys wartości duchowych i moralnych, budzący tak wielką troskę ludzkości. "Patologia" ducha jest nie mniej groźna od "patologii" fizycznej, obydwie zaś wzajemnie na siebie oddziałują.

11 lutego 1985 r. wydałem motu proprio *Dolentium hominum*, ustanawiając Papieską Komisję - która później przekształciła się w Papieską Radę - ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia; poprzez liczne inicjatywy "ukazuje ona troskę Kościoła o chorych, wspomagając tych, którzy służą chorym i cierpiącym, aby pełniony przez nich apostolat miłosierdzia coraz lepiej odpowiadał nowym potrzebom".

Najważniejsze spotkanie w ramach bliskiego już Światowego Dnia Chorego, który mamy obchodzić 11 lutego 1995 r., odbędzie się na ziemi afrykańskiej, w sanktuarium Maryi

Królowej Pokoju w Jamusukro, na Wybrzeżu Kości Słoniowej. Będzie to spotkanie kościelne, duchowo związane ze Specjalnym Zgromadzeniem Synodu Biskupów poświęconym Afryce; będzie to zarazem sposobność, by uczestniczyć w radości Kościoła w tym kraju, który obchodzi stulecie przybycia pierwszych misjonarzy.

Spotkanie w tym tak doniosłym dniu na kontynencie afrykańskim, a zwłaszcza w sanktuarium maryjnym w Jamusukro, skłania do refleksji nad związkiem między cierpieniem a pokojem. Związek ten jest bardzo głęboki: gdy nie ma pokoju, szerzy się wśród ludzi cierpienie, a śmierć umacnia swoje panowanie. W społeczeństwie i we wspólnocie rodzinnej brak pokojowego porozumienia prowadzi do coraz powszechniejszych zamachów na życie, natomiast służba życiu, jego promocja i obrona - choćby za cenę osobistych wyrzeczeń - to nieodzowne fundamenty budowy pokoju indywidualnego i społecznego.

U progu trzeciego tysiąclecia pokój jest niestety nadal odległy, a wiele wskazuje na to, że może się jeszcze bardziej oddalić.

Źródłem pokoju jest Krzyż Chrystusa, w którym wszyscy zostaliśmy zbawieni. Jeżeli bowiem wojna i podziały są owocem przemocy i grzechu, pokój jest owocem sprawiedliwości i miłości, które sięgają szczytu w wielkodusznej ofierze własnego cierpienia, posuwającej się - jeśli jest to potrzebne - aż do daru z własnego życia w jedności z Chrystusem. "Im bardziej człowiek jest zagrożony grzechem, im cięższe struktury grzechu dźwiga w sobie współczesny świat, tym większą wymowę ma ludzkie cierpienie. I tym bardziej Kościół czuje potrzebę odwoływania się do ludzkich cierpień dla zbawienia świata".

Człowiek wierzący wie, że łącząc się z cierpieniem Chrystusa staje się prawdziwym budowniczym pokoju. Jest to niezgłębiona tajemnica, której owoce można jednak wyraźnie do-

strzec w dziejach Kościoła, zwłaszcza zaś w życiu świętych. Choć istnieje cierpienie wiodące do śmierci, to w zamyśle Bożym istnieje także cierpienie, które prowadzi do nawrócenia i przemiany serca człowieka: takie cierpienie, będące dopełnieniem we własnym ciebie "braków" męki Chrystusa staje się przyczyną i źródłem radości, ponieważ rodzi życie i pokój.

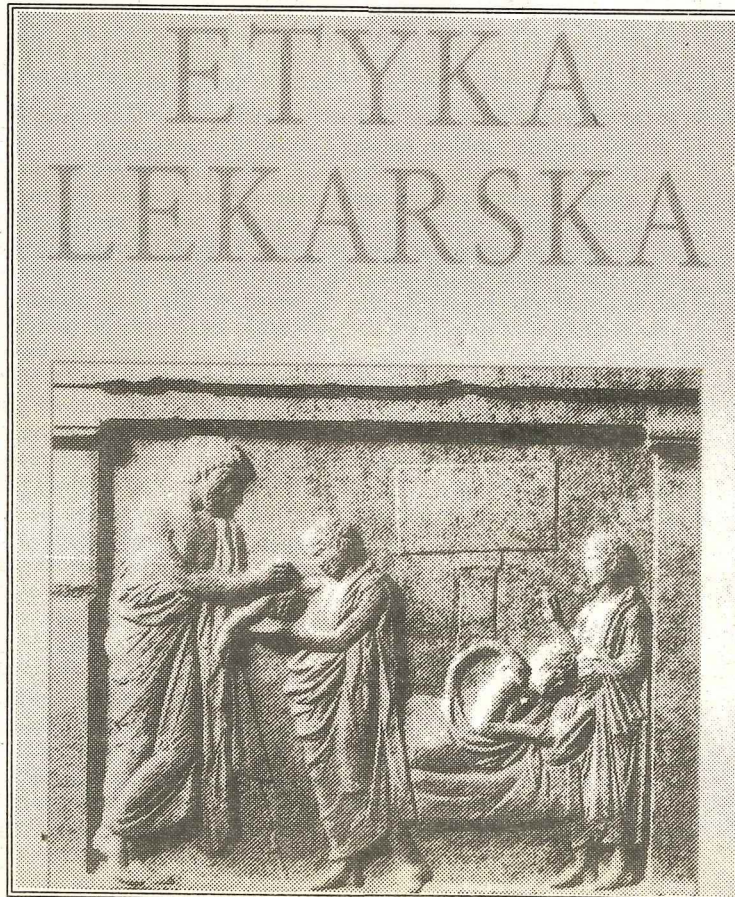
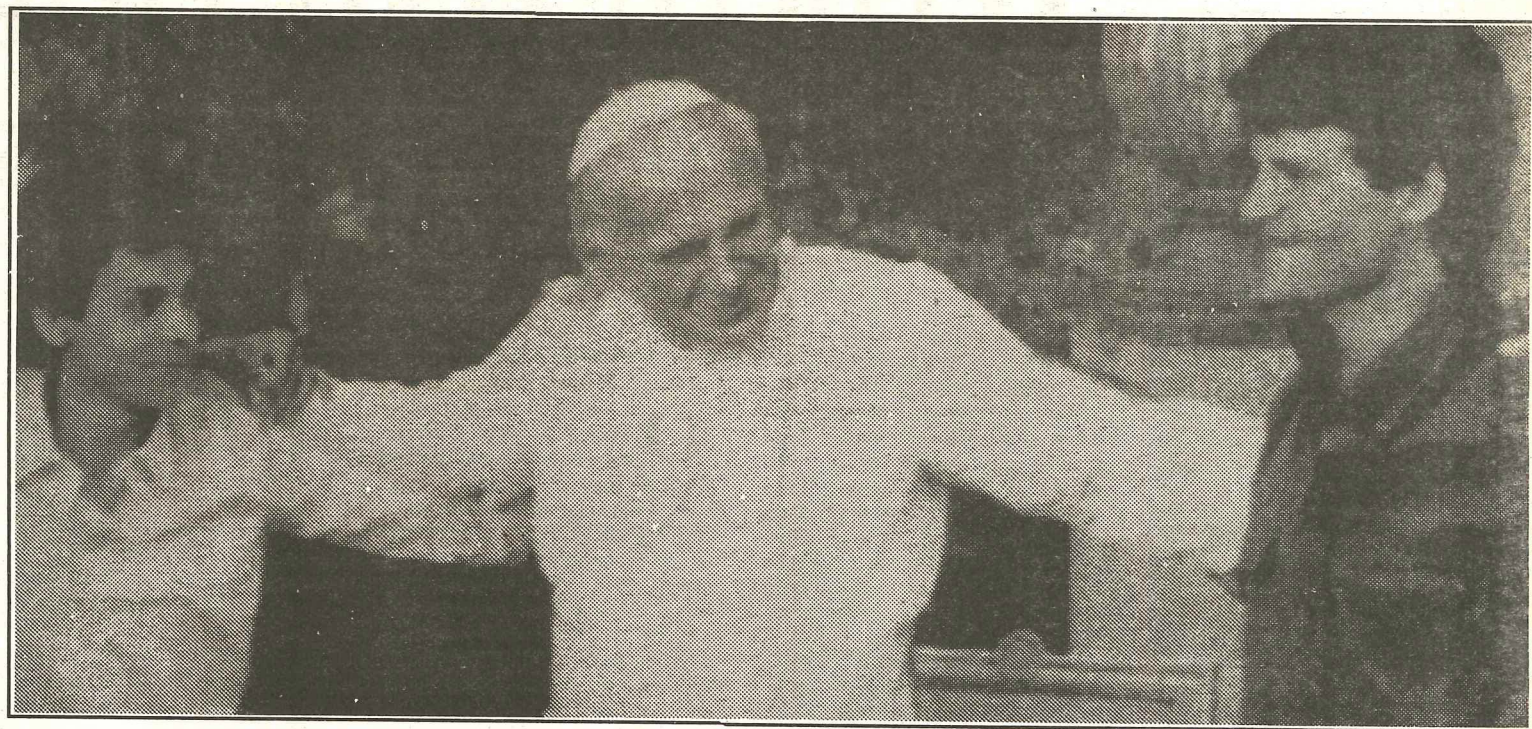
Zwracam się teraz do was, lekarze, pielęgniarki, członkowie stowarzyszeń i grup wolontariatu, którzy służycie chorym. Wasza działalność będzie prawdziwym świadectwem i konkretnym działaniem na rzecz pokoju, jeśli będziecie umieli ofiarować prawdziwą miłość tym, z którymi się stykacie, i jeśli jako wierzący nauczycie się czuć w nich obecność samego Chrystusa. To wezwanie skierowane jest w szczególności do kapłanów, zakonników i zakonnic, którzy ze względu na charyzmat swego zgromadzenia lub konkretną formę apostolatu są zaangażowani bezpośrednio w duszpasterstwo służby zdrowia.

Wyrażam szczerze uznanie dla wszystkiego, co czynicie z tak wielkim poświęceniem i wielkodusznym oddaniem, i żywię nadzieję, że wszyscy, którzy wykonują zawody medyczne i paramedyczne, będą to czynić z entuzjazmem i w postawie ofiarnej służby. Proszę zarazem Pana zniwa, by posłał licznych i świętych robotników do pracy na rozległym polu ochrony zdrowia, tak ważnego dla głoszenia Ewangelii i świadczenia o niej.

Maryja, Matka cierpiących, niech stoi u ich boku w godzinie próby i niech wspiera wysiłki tych, którzy poświęcają życie służbie chorym.

W tym duchu z całego serca udzielam wam, drodzy chorzy, oraz tym wszystkim, którzy w jakikolwiek sposób starają się zaspokajać wasze liczne potrzeby materialne i duchowe, szczególnego Apostolskiego Błogosławieństwa.

Watykan, 21 listopada 1994 r.
w siedemnastym roku Pontyfikatu.
Jan Paweł II



Kilka uwag na temat treści książki Etyka Lekarska ks. Prof. Stanisława Olejnika

Treść wspomnianej książki podzieliłbym na dwie części. Część pierwsza (32 strony) poświęcona jest kształtowaniu się myśli etyki od najdawniejszych czasów. Rozważania natury filozoficznej, dość trudno zrozumiałej dla przeciętnego czytelnika, a nawet dla lekarza. Zawiera ona jednak sformułowania i problemy, pozwalające na łatwiejsze zrozumienie dalszej części książki. Autor omawia również wkład myśli chrześcijańskiej i wartości do etyki ogólnej, która jest częścią etyki lekarskiej.

Druga część omawia rozwój etyki lekarskiej i kończy komentarzem Kodeksu Etyki Lekarskiej z roku 1994. Autor zwraca uwagę na wartości chrześcijańskie i znaczenie modlitwy. "Lekarz wierzący - nie tylko zresztą chrześcijanin, lecz także Żyd, czy Mahometanin - modli się." Przytacza modlitwę lekarza, Żyda Egipskiego, Majmonidesa. Tak się składa, że piszący te uwagi, kończy tą modlitwą Komentarz do Kodeksu Etyki Lekarskiej, drukowany od numeru lipcowego z 1994 roku, w Biuletynie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Poszczególne rozdziały zawierają treść o szerokiach wartościach humanistycznych, szczególnie dotyczących prokreacji.

Książka może dać dużo przemyśleń lekarzowi, nie tylko katolikowi. Dobrze się stało, że Etyka Lekarska, ukazując się na rynku księgarskim w dobie zaniku ogólnej etyki, w tym i lekarskiej.

Prof. dr hab. Julian Kornobis

Osteoporoza jako najczęstszą występującą chorobę metaboliczną kości jest chorobą, której rozpoznawanie stawiane jest w zasadzie na podstawie zaistnienia złamania kości. Wiadomo, że typowa lokalizacja złamań osteoporotycznych to: przedramię (złamanie Coleasa), trzony kręgów kręgosłupa lędźwiowego, szyjka kości udowej. Osteoporoza dotyczy przede wszystkim kobiet okołomenopauzalnych i starszych oraz mężczyzn po 65 roku życia. Zaczyna być problemem kiedy dochodzi do złamania, powikłań, inwalidztwa...

Wokół osteoporozy

Diana Jędrzejuk
asystent Katedry i Kliniki Endokrynologii
AM we Wrocławiu
Pasteura 4, tel. 209676

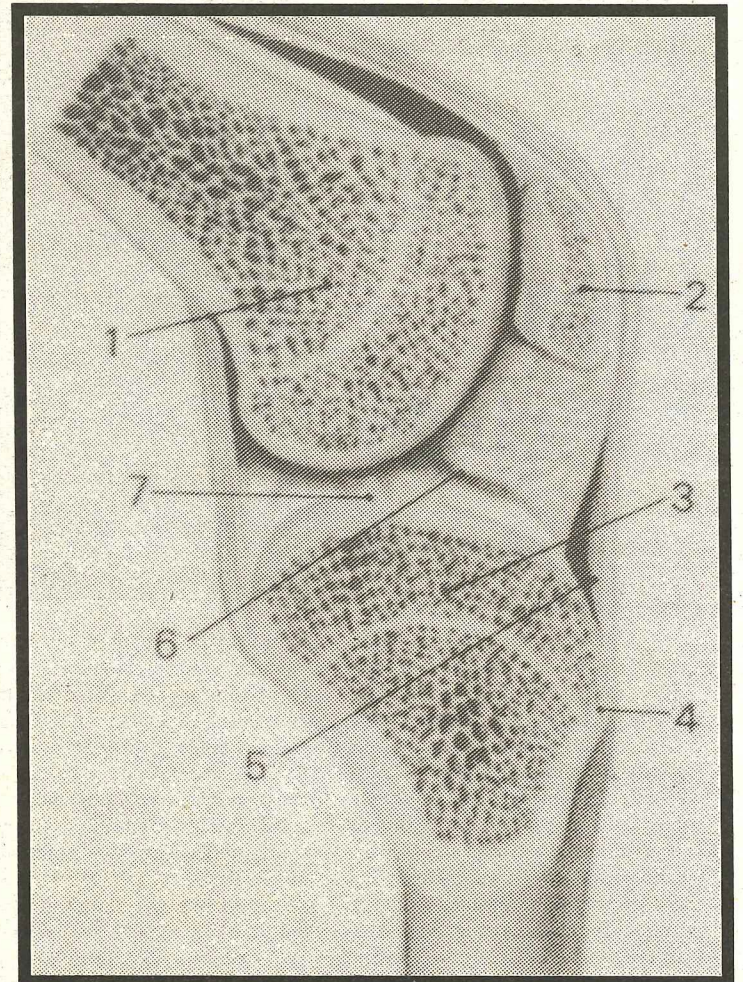
populacji o szczególnie niskim spożyciu wapnia w diecie (np. Japonia). W sferze badań eksperymentalnych pozostaje natomiast zastosowanie parathormonu, którego niewątpliwie anaboliczny mechanizm działania na kość pozostaje wciąż problemem dyskusyjnym.

Podczas sesji plakatywnej zaprezentowano szereg prac z wielu czołowych ośrodków kraju. Dużo miejsca poświęcono osteoporozie pomenopauzalnej. Zajęto się np. porównaniem ultradźwiękowej oceny kości piętowej i obrotu kostnego u kobiet w różnych okresach menopauzy (praca z Kliniki Endokrynologii AM we Wrocławiu). W leczeniu skupiono się na hormonalnej terapii zastępczej oraz kojarzeniem jej z kalcitoniną i wapniem. Schemat ten pozostaje najprawdopodobniej jedynym skutecznym sposobem leczenia tej postaci osteoporozy. W przypadku kastrovanych mężczyzn zaznacza się oczywiście zmniejszenie gęstości kości odwrotnie proporcjonalne do wyjściowej (przed orchidectomią) wartości i wprost proporcjonalne do porannego wydalania wapnia w przeliczeniu na kreatyninę. Rozpatrując przyczyny obniżenia gęstości kości spowodowane chorobami żołądka i jelit potwierdzono obniżenie gęstości kości u chorych po resekcji żołądka. Dzieci z chorobami Leśniowskiego-Crohna oraz wrodzonym zapaleniem jelita grubego także miały obniżoną masę kostną w porównaniu do dzieci zdrowych lub chorujących na nieswoiste zapalenia jelit. Przedstawiony został także wpływ cukrzycy na metabolizm kości - u chorych z długim czasem trwania oraz z późnymi powikłaniami cukrzycy występuje znacznie obniżona gęstość kości. Najmniej na utratę tkanki kostnej wpływa obecność tylko mikroangiopatii. Natomiast metaboliczna kontrola cukrzycy wydaje się mieć podstawowe znaczenie dla utrzymania prawidłowej gęstości kości. Osteoporoza posteroidea jako dość często występujące powikłanie była także tematem prezentowanych prac. Np. podawanie kalcitoniny lososiowej pacjentom kontynuującym steroidoterapię pozwalało na utrzymanie niezmienną gęstości masy kostnej. Obserwowane w szpiczaku mnogim obniżenie gęstości kości może być uznane za niezależny parametr oceniający stopień nasilenia choroby i najprawdopodobniej zahamowane zostaje poprzez stosowanie kalcitoniny. Na potwierdzenie wniosków z wykładu dr W. Olszańskiego przedstawiono polskie prace o zastosowaniu bisfosfonianów w leczeniu osteoporozy doświadczalnej (praca na zwierzętach) oraz chorych na schorzenia nowotworowe. Przedstawiono również nowe biochemiczne markery kostne, które jednak ze względu na cenę pozostają wciąż w sferze eksperymentów.

Podczas wykładów plenarnych dużo miejsca poświęcono zastosowaniu bisfosfonianów, czyli związków łączących się silnie z kryształami hydroksyapatytów. Leki te znane są od kilku lat jednak badane są wciąż pod względem ich długotrwałego efektu leczniczego oraz bezpieczeństwa w stosowaniu. Dane przytoczone przez dr W. Olszańskiego pracującego w Centrum Osteoporozy w Kanadzie potwierdzają pozytywną rolę bisfosfonianów w zwiększaniu masy kostnej kręgosłupa, co wydatnie (do 10%) obniża ilość złamań tej lokalizacji. Prof. Olszański przedstawił też pierwsze doniesienia na temat stosowania nowego leku o działaniu pro i anty estrogenowym w leczeniu osteoporozy okołomenopauzalnej. Poświęcono też uwagę porównywalności efektu analgetycznego leków przeciwbólowych i kalcitoniny. Przedstawiono wyniki polskich prac sugerując pozytywny, podobny do kalcitoniny pod względem przeciwbólowym i anabolicznym wpływ flawonoidów na kość. Prof. R.S. Lorenc (dzięki któremu Forum powstało i prężnie działa) podkreślił rolę często ignorowanego wapnia szczególnie w optymalizacji szczytowej masy kostnej. Wiadomym jest, że w badaniach przeprowadzonych w Polsce ujawniono zbyt niskie w porównaniu do zapotrzebowania spożycie wapnia z pokarmem. Uzupełnienie istniejących niedoborów stało by się możliwe gdyby istniał polski preparat zawierający odpowiednią dawkę tego pierwiastka. Leczenie osteoporozy fluorem wciąż pozostawia wiele niewiadomych co do dawki jeszcze terapeutycznej a jeszcze nie toksycznej. Wydaje się, że jedynie monitorowanie stężenia fluoru w surowicy krwi oraz wydalania z moczem mogłoby być podstawą do prawidłowo prowadzonego leczenia związkiem fluoru. Nie zapomniano również o witaminie D uwydatniając jej szczególną wartość terapeutyczną w przypadku po-

zmniejszyć nieodwracalny ubytek masy kostnej. Powstaje więc pytanie kiedy rozpoznawać osteopenię?

Od 3 lat istnieje Sekcja Densytometryczna Wielodyscyplinarnego Forum Osteoporotycznego. Coroczne spotkania tej sekcji przynoszą nowe wyniki i informacje na temat kiedy przeprowadzać badania densytometryczne i jak je prawidłowo interpretować. Tematem III Spotkania Sekcji Densytometrycznej, które odbyło się 4.02.1995 tradycyjnie w CZD w Międzyzlesiu były badania przesiewowe. Prócz komunikatów wygłoszonych przez przedstawicieli ośrodków wykonujących badania skryningowe (zespół Kliniki Endokrynologii przygotował 2 wystąpienia) odbyła się też sesja plenarna okrągłego stołu. Podkreślano, że sprawą konieczną jest stworzenie polskich norm do każdego rodzaju densytometru. Przytaczano przykłady na to, że jeden pacjent może mieć różne wyniki (mierzone jako Z-score lub T-score) będąc badanym na różnego rodzaju densytometrze, co może wynikać z tego, że nie wszystkie densytometry mierzą kość gąbczastą (najbardziej podatna na osteoporozę). Bardzo ważna jest także przy tym rzetelność, dokładność, technika oraz znajomość wykonywanego przez niego badania. Bez odpowiedzi pozostało pytanie czy jeśli wynik pacjenta będzie na granicy osteopenii i osteoporozy to czy już leczyć, czy badać na densytometrach, których działanie opiera się na pochłanianiu dwufotono-



wej wiązki promieniowania czyli "złotym standardzie" w diagnostyce osteoporozy? Porównywalność poszczególnych metod przedstawiania na Spotkaniu jest dość obiecująca. Szczególnie prace wykonywane na dużych populacjach zachę-

cają do stosowania tańszych, najmniej inwazyjnych metod. Być może teraz gdy coraz więcej densytometrów jest do dyspozycji lekarzy pojawi się szansa odpowiedzieć na wszystkie pytania i wątpliwości...

W sprawie lekarza - seniora

Od spoczynku służbowego do spoczynku wiecznego

Dobrze się stało, że nasza Izba Lekarska podjęła problem lekarzy emerytów i jest otwarta na dalsze propozycje i szukanie praktycznych rozwiązań, mimo, iż wśród tylu bólów dnia codziennego nie jest to problem priorytetowy. Do refleksji pobudza wspaniały artykuł kol. Romana Hajzika "I co dalej koleżanko (kolego) emerycie?" (Remedium nr 1, 1994). Uczyniono pierwsze kroki. Odbywają się zebrania, spotkania, herbatki, opłatki, udane spotkania seniorów z młodszymi pracującymi Koleżankami i Kolegami. Proponuję rozważyć czy możnaby wprowadzić termin i dopracować się statusu lekarza seniora?

To lekarz, który przeszedł na emeryturę, nie ma możliwości dodatkowego zatrudnienia w przepelnionych kadrami ośrodkach. Jest on najczęściej izolowany i samotny w środowisku, dopiero po śmierci wychwala się na wszelkie sposoby mistrza i nauczyciela.

Może uda się wypracować status lekarza emeryta - lekarza seniora - wszak pozostaje do zagospodarowania czas od przejścia w stan spoczyn-

ku służbowego do przejścia w stan spoczynku wiecznego.

W Sejmie mamy marszałka - seniora. W Kościele katolickim przyjął się status biskupa seniora, który po ukończeniu 75 lat i przejściu na emeryturę, jest praktycznie wykorzystywany. Aż się prosi ustanowienie statusu lekarza-seniora, ordynatora-seniora, w warunkach akademickich: profesora-seniora.

Owe rzadkie i limitowane statusem nie tylko emerytalnym, ale i zdrowotnym kontakty, czy to ma być li tylko kwestia wzajemnych grzeczności i w teoretycznie na razie optymalnym ujęciu wykładnik kultury osobistej, czy też należy ten problem usankcjonować. Doświadczenie uczy, że przypadki wtrącania się starych do młodych są bardzo rzadkie, ale za częste jest omijanie dawnych miejsc pracy, przychodni, szpitali, chyba że sprawa losowa do obecności zmusi. Nie omijamy trudnych problemów, gdyż one same się nie rozwiążą.

Nie chodzi tu bowiem o budujące, ani też drastyczne przykłady, ale o krok do przodu w uporządkowaniu zagadnienia, ożywienie owej pustej

przestrzeni między odejściem z placówki, a odejściem z tego świata, które zwykle jest okazją do wybuchu "gejzeru uczuć".

Zbliża się 50-lecie naszego powrotu na Ziemię Zachodnią. Samo mówienie o ogólnych zarówno osiągnięciach jak potknięciach czy błędach, zawsze będzie czymś martwym bez konkretnych ludzi. Nie trzeba tu powoływać się na miejsce starszych w starożytnej Grecji, Rzymie czy Starym Testamencie, gdzie biblijni Patriarchowie cieszyli się szczególnym szacunkiem.

Poprzedni użytkownicy tych terenów, w publikacjach niemieckojęzycznych wracają do każdego niemal detalu z historii, czy biografii nawet całkiem lokalnej. Ma to miejsce w stosunku również do żyjących.

Pozostaje do dyskusji pytanie, czy tylko herbatka, opłatek, czy doradcza porada, czy seniorzy wmontowani w swoje placówki? Nie wszystkim są pieniądze. Wkład w zachowanie ciągłości sztafety pokoleń i ulepszanie relacji interpersonalnych to też pewna inwestycja.

Zbigniew Domostawski

Czy prawidłowo oceniono ryzyko operacyjne?

74-letni mężczyzna cierpiał na zaawansowaną zaćmę obu oczu oraz poważne schorzenia w układzie krążenia. W okresie zaostrzenia tych schorzeń leczony był szpitalnie przez 3 tygodnie i rozpoznano u niego: "przewlekłą chorobę wieńcową w okresie zaostrzenia, z napadowym migotaniem przedsionków, przebyty zawał mięśnia sercowego i nadciśnienie tętnicze II stopnia w okresie względnej wydolności krążenia". Obserwowano wyższe ciśnienia krwi do 210/110. Lekarz leczący w późniejszych zeznaniach podał, że ogólny stan chorego był dość dobry, a układ krążenia względnie wyrównany, występowały jednakże zaburzenia rytmu serca w postaci migotania przedsionków, występowały też bóle dławicowe. Lekarz ten uważał, że w okresie, w którym miał kontakt z chorym, istniały bezwzględne przeciwwskazania do przeprowadzenia u niego zabiegu operacyjnego usunięcia zaćmy.

W około pół roku później syn chorego zwrócił się z pismną prośbą do dyrektora jednego z wojewódzkich szpitali o przyjęcie ojca na oddział okulistyki. Na oddziale tym bowiem wykonywano zabiegi usunięcia zaćmy w znieczuleniu miejscowym. Prośba ta została uwzględniona i chory został przyjęty do szpitala. Przy przyjęciu podpisał "zgoda na proponowane leczenie i zabieg operacyjny". Po badaniach okulistycznych zakwalifikowany został do zabiegu. Przed zabiegiem przeprowadzono konsultacyjne badanie internistyczne. Wpis konsultanta do historii choroby brzmiał: "akcja serca miarowa, tony czyste o prawidłowej akcentacji i głośności, nad płucami słyszalne szmer pęcherzykowy. Brzuch miękki, narządy niepowiększone i uciskowo niebolesne. Obręzków

brak. Badanie ekg - normogram, rytm zatokowy miarowy, cechy niedotlenienia i przeciążenia w zakresie obu komór. Brak przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego".

W dwa dni po badaniu internistycznym przystąpiono do zabiegu operacyjnego w znieczuleniu miejscowym. Wkroplono do oka 3 razy Cocainę z dodatkiem Levonoru, wykonano znieczulenie powiek i kąćka, iniekcję pozagłową Xylocainy 2% i znieczulono mięśnie. Następnie założono szwy powiekowe i przecięto kącik oka. W tym momencie operowany zaczął uskarżać się na silny ból zamostkowy, a po kilku nastu sekundach doszło do zatrzymania krążenia. Natychmiast podjęto, w sposób typowy, akcję reanimacyjną, uzyskując chwilową poprawę. Po 10 minutach doszło jednakże do ponownego zatrzymania krążenia; w ekg obserwowano obraz zamierającego serca. Akcja reanimacyjna była bezskuteczna.

Na prośbę syna odstąpiono od patomorfologicznej sekcji zwłok. Jako przyczynę śmierci przyjęto zawał mięśnia sercowego.

W krótki czas po pogrzebie syn zmarłego zgłosił w prokuraturze zawiadomienie o przestępstwie. Zarzucił w nim lekarzom szpitala, że "badania przedoperacyjne zostały u ojca przeprowadzone pobieżnie, bez wnikania szczegółowo w stan zdrowia", mimo złego stanu "nie zrezygnowano z zabiegu, lecz przeprowadzono go bez odpowiedniego przygotowania, co spowodowało zgon ojca".

Lekarze przesłuchani zostali przez prokuratora. Lekarz okulista zeznał, że ze względów okulistycznych a także ogólnych zabieg usunięcia zaćmy u chorego był konieczny. Rozmawiał z cho-

prof.dr hab.
Barbara Świątek

rym na temat zabiegu, sugerował mu, że dopóki jego stan ogólny jest względnie dobry, zabieg ten należy przeprowadzić. Chory zgodził się z nim i prosił o jak najszybsze wykonanie zabiegu. Lekarz potwierdził przebieg zabiegu, podany w historii choroby.

Lekarz internista podał w zeznaniach, że badanie chorego nie wykazało cech niewydolności krążenia ani świeżych zmian w zapisie ekg. Zakwalifikowała zatem chorego do zabiegu operacyjnego.

Prokuratura przesłała akta sprawy do Zakładu Medycyny Sądowej zlecając wydanie sądowo-lekarskiej opinii ustalającej prawidłowość postępowania lekarskiego. Zakład podjął się opiniowania, choć pewną trudnością opiniodawczą był brak badań pośmiertnych denata; nie przeprowadzenie sekcji zwłok nie pozwalało bowiem na ustalenie w sposób pewny przyczyny śmierci chorego. Istniały jednakże dostateczne podstawy do przyjęcia, że spowodowana ona była zmianami w układzie krążenia.

W opinii sądowo - lekarskiej przyjęto: wyniki badania internistycznego, przeprowadzonego u chorego przed zabiegiem operacyjnym wskazywały, iż zabieg usunięcia zaćmy mógł być u niego, w znieczuleniu miejscowym, bezpiecznie przeprowadzony. Wprawdzie istniało w tym przypadku - ze względu na współistniejące schorzenia i wiek chorego - zwiększone ryzyko operacyjne, jednakże nie istniały przeciwwska-



zania do przeprowadzenia takiego zabiegu. Zabieg operacyjny usunięcia zaćmy w znieczuleniu miejscowym, nawet przy współistniejących schorzeniach układu krążenia, nie stwarzał większego ryzyka śmierci, od ryzyka jakie istnieje w przeciętnych warunkach życia. O przeprowadzeniu zabiegu decyduje w takim przypadku chory poprzez wyrażenie zgody na operację. Wyrażenie zgody na zabieg operacyjny winno być poprzedzone poinformowaniem chorego o ryzyku operacyjnym, jednakże w sposób ogólny tj. tak, aby wiadomość o możliwościach wystąpienia powikłań nie przyczyniła się, poprzez spowodowanie stresu, do zwiększenia ryzyka operacyjnego. Postępowanie lekarskie było zatem prawidłowe. Opisywana sprawa miała miejsce przed 10

laty. W myśl obecnie obowiązujących przepisów, pacjent ma zagwarantowane prawo do pełnej informacji, w tym także o groźącym mu ryzyku operacyjnym. W jakim jednak zakresie? Czy aż do informacji o najradszych powikłaniach, a nawet możliwości (czego przecież wykluczyć nie można) zejścia śmiertelnego? Uważam, że nie; tak przedstawione ryzyko zniechęciłoby wielu pacjentów i odwróciło zgodę na niejednokrotnie konieczny zabieg. Wywoływałoby także niepotrzebnie obciążający organizm stres psychiczny. Nie należy jednakże wpadać w inną skrajność tj. dla poprawy samopoczucia pacjenta bagatelizować ryzyko. Wówczas bowiem, każdy, nawet blady, negatywny skutek może stać się powodem oskarżeń i roszczeń.

Podczas I wojny światowej Gram-ujemnemu drobnoustrojowi *Rochalimaea quintana* (rodzaj: *Rochalimaea*, rodzina: *Rickettsiaceae*) po raz pierwszy przypisano wywoływanie epi-

gicznych do gorączki okopowej. W 1990 roku, badając DNA izolowane z biopłatów tkanek, zidentyfikowano *R.henselae*, w 1992 - *R.quintana* a w 1993 roku kolejny patogen - *R.elizabethae*. Współcześnie gatunki te wy-

(ale *C.felis* bytuje często także na psach, więc eliminacja kotów z otoczenia nie gwarantuje braku ekspozycji na *Rochalimaea*). U kotów, z którymi stykali się przebadani chorzy z Północnej Kalifornii stwierdzono

Kotki, pchły i zoonozy

demii gorączki okopowej, infekcji przenoszonej przez wszy, której ofiarą padali żołnierze obu walczących w Europie Środkowej stron.

Z biegiem lat informacje o tym mikrobie zaczęto traktować raczej marginesowo i tak było aż do 1990 roku. Wtedy to bowiem opisano w USA endemicznie występujące gatunki *Rochalimaea*, odpowiedzialne za 2 nowe zespoły kliniczne: naczyniakowatość (*bacillary angiomatosis* BA) i plamicę wątrobową (*bacillary peliosis hepatis*) i także dwa, dobrze znane: chorobę kociego pazura i chorobę gorączkową, o objawach analo-

wołują u osób immunokompetentnych głównie chorobę kociego pazura (martwicze zapalenie węzłów chłonnych), nawracającą bakterie i zapalenie wsierdza. Angiomatosis (BA) to zwykle efekt infekcji u ludzi zakażonych wirusem HIV, choć zdarza się i u pacjentów bez uchwytanego defektu odporności.

Badania epidemiologiczne sugerują, że czynnik ryzyka to obcowanie z kotami. Szczególnie niebezpieczne są kontakty z... "zapchłonymi" kocieci. Pchła "kocia" *Ctenocephalides felis* jest najprawdopodobniej wektorem w łańcuchu epidemiologicznym

bakterie *R.henselae*. Udokumentowano więc, że kot domowy, przynajmniej na terenie Północnej Kalifornii, służy za stały rezerwuuar dla *R.henselae*, czynnika etiologicznego potencjalnie ciężkiej choroby infekcyjnej.

Jako profilaktykę narażenia sugeruje się więc leczenie antybiotykami kotów z bakterie, ewentualnie szczepienia ochronne zwierząt domowych i przede wszystkim systematyczną, pedantyczną walkę z pchłami.

(K.P., na podstawie "Jama" luty, 1994 r.)

Kruchy X - w czym tkwi problem?

Kruchy chromosom X w zespole Martina i Bella to najczęstsza przyczyna występowania upośledzenia umysłowego u mężczyzn (1:1500), upośledzenia, spowodowanego defektem pojedynczego genu.

Mutacja polega na zwielokrotnieniu tripletu CGG w miejscu określanym jako FMR-1 (fragile X mental retardation-1) gen, na długim ramieniu chromosomu X. Efektem zmiany w genotypie jest pojawienie się charakterystycznego obrazu klinicznego, na który składają się: lekkie do umiarkowanego upośledzenie umysłowe, powiększone jądra (średnia objętość u mężczyzn z zespołem Martina i Bella - 30-50 ml, normalnie - około 20 ml). Mniej stale występują: wydłużona twarz, duże uszy, prognatyzm, padaczka. Niewielkiego stopnia upośledzenie umysłowe może wykazywać także część heterozygotycznych kobiet - nosicieli cechy. W prawidłowym genie liczba powtórzeń CGG waha się od 6 do 52 (przeważnie około 30). U mężczyzn prezentujących objawy zespołu Martina i Bella tripletów tych są setki, nawet tysiące. Matki obciążone ryzykiem urodzenia dziecka z mutacją mają więcej niż 60 powtórzeń.

Nie stwierdza się jednak prostej zależności między liczbą tripletów CGG a stopniem obniżenia współczynnika inteligencji (IQ) oraz natężeniem widocznych znamion zespołu. Tak więc oparty na analizie molekularnej DNA test diagnostyczny jest użyteczny dla potwierdzenia rozpoznania klinicznego, nie może natomiast służyć jako jednoznaczny czynnik prognostyczny. Stosowany w poradnictwie genetycznym pozwala zdiagnozować rodziny, w których fenotypowo prawidłowi mężczyźni przekazują cechę córkom, a potem wnukom, wykryć kobiety - nosicielki zmutowanego genu z rodzin podwyższonego ryzyka.

Opracowanie sposobu wczesnego i precyzyjnego wykrywania zespołu kruchego X jest niewątpliwym osiągnięciem. Ponieważ jednak interwencja terapeutyczna to wciąż sprawa przyszłości, korzyści płynące z wczesnej diagnozy nie są wielkie. Można ewentualnie pomóc dziecku z nieprawidłowym genotypem odpowiednio kierując jego edukacją, tak, by w pełni wykorzystało to, co przypadło mu w udziale.

(K.P., na podstawie "Jama", luty 1994)

Dieta niskobiałkowa. Niekorzystny efekt wysokiej zawartości białka w diecie na przebieg nefropatii znany jest od lat 20-tych bieżącego stulecia. Dieta niskobiałkowa, od dawna stosowana z powodzeniem dla zmniejszenia nasilenia toksemii mocznicowej, obecnie uważana jest za jeden z głównych czynników hamujących progresję przewlekłej niewydolności nerek.

Wyniki badań doświadczalnych wykazały, że u zwierząt zmniejsza ona nasilenie kompensacyjnego przerostu kłębuszków nerkowych i zmian hemodynamicznych w ich obrębie, a także przywraca wspomniane wyżej mechanizmy autoregulacyjne, uniemożliwiające przeniesienie się nadciśnienia tętniczego do kapilarów kłębuszkowych. Ograniczenie zawartości białka w diecie hamuje również opisane powyżej adaptacyjne zmiany cewkowe oraz ich konsekwencje prowadzące do włóknienia obszaru kanalikowo-śródmiąższowego. Większość badaczy i klinicystów zaleca ustalenie dobowej podaży białka w diecie pacjentów z nefropatiami na poziomie 0.6 g/kg wagi ciała. Kolejną ewentualnością jest dalsze obniżenie zawartości białka do 0.3 g/kg głównie pochodzenia roślinnego i uzupełnienie jej niezbędnymi aminokwasami i ketokwasami (np. Ketosteril 3 razy dziennie po 4-8 tabletek). Niektóre publikacje potwierdzają nieznaczny przewagę tej wysocce restrykcyjnej diety nad tradycyjną niskobiałkową (0.6 g/kg) w hamowaniu progresji niewydolności nerek, chociaż praktyczna możliwość jej wieloletniego stosowania u większości pacjentów jest raczej wątpliwa.

Aktualny stan wiedzy nie pozwala jeszcze na pełną ocenę efektu diety niskobiałkowej na progresję przewlekłej niewydolności nerek u ludzi ze względu na niedostateczną miarodajność większości dotychczas przeprowadzonych badań klinicznych z tego zakresu (np. brak odpowiednich grup kontrolnych oceniających rzeczywistą progresję niewydolności nerek u osób nieleczonych, niedostateczna kontrola podporządkowania się pacjentów wieloletnim ograniczeniom dietetycznym itd.). Zastrzeżenia budzi również możliwość niekorzystnego wpływu na stan odżywienia pacjentów poddawanych długotrwałym restrykcjom podaży białka w diecie. W chwili obecnej w wielu krajach prowadzone są wieloletnie badania na dużej liczbie chorych mające przynieść ostateczne rozwiązanie tego problemu i ostatnio opublikowane wstępnie wyniki (np. ze Stanów Zjednoczonych) wskazują na mniej korzystny od oczekiwanego efekt ograniczenia dobowej podaży białka w diecie.

Dieta z obniżoną zawartością fosforu. Jak wspomniano powyżej, odkładanie się kryształów fosforanów wapnia w tkance nerkowej zwierząt z doświadczalnymi modelami postępującej niewydolności nerek prowadzi do rozwoju przewlekłego odczynu zapalnego i włóknienia w obszarze kanalikowo-śródmiąższowym, który jest istotnym czynnikiem przyspieszenia niewydolności. Zmniejszenie dobowej podaży fosforanów w diecie, lub podawanie środków zapobiegających krystalizacji fosforanów wapnia w istotny sposób zwalnia progresję doświadczalnych nefropatii. Oprócz hamowania tworzenia kryształów i włóknienia tkanki śródmiąższowej ten korzystny efekt ma być spowodowany zmniejszeniem wyrównawczej nadczynności metabolicznej komórek cewkowych i przywróceniem fizjologicznej autoregulacji ciśnienia wewnątrz-kłębuszkowego.

Jakkolwiek w badaniach klinicznych u ludzi nie wykazano korzystnych skutków stosowania diety niskofosforanowej jako jedynego postępowania leczniczego, to jednak jej zastosowanie jednocześnie z dietą niskobiałkową powodowało wyraźny synergizm terapeutyczny.

Modyfikacja zawartości lipidów w

diecie. Hiperlipidemia i lipiduria należą do obrazu chorobowego nefropatii, a także wysoka zawartość tłuszczów nasyconych w diecie w istotny sposób przyczyniają się do progresji niewydolności nerek poprzez nasilenie kłębuszkowych zmian hemodynamicznych oraz wspomniane powyżej uszkodzenie komórek mezangium wiodące do glomerulosklerozy. W modelach doświadczalnych nefropatii obniżenie zawartości tłuszczów nasyconych i zastąpienie ich kwasami tłuszczowymi wielonienasyconymi obniża nie tylko układowe nadciśnienie tętnicze, hiperli-

dukacja ciśnienia wewnątrz-kłębuszkowego nie decyduje o powodzeniu leczenia hamującego postęp glomerulosklerozy, gdyż leki nie posiadające tej właściwości, np. inhibitory kanału wapniowego wywierają na równi z inhibitorami konwertazy efekt nefroprotektoryjny.

Badania kliniczne u ludzi, z konieczności mniej szczegółowe, wykazały również korzystny efekt leczenia przeciwnadciśnieniowego na białkomocz i progresję niewydolności nerek, podkreślając znaczenie normalizacji ciśnienia rozkurczowego mającej zdolność zwal-

Dietetyczne i farmakologiczne hamowanie progresji przewlekłej niewydolności nerek

dr hab. Zbigniew Hruby
Katedra i Klinika Nefrologii
Akademii Medycznej we Wrocławiu

pidemii i białkomocz, ale i hamuje postęp włóknienia kłębuszków.

Zastosowanie kwasów tłuszczowych wielonienasyconych u pacjentów z postępującymi nefropatiami zmniejsza nasilenie hiperlipidemii i nadciśnienia tętniczego oraz hamuje progresję niewydolności, chociaż nie wszyscy klinicyści akceptują to ostatnie stwierdzenie. Istnieją również dane wykazujące skuteczność zabiegów tzw. lipoferezy (odmiana plazmaferezy z wybiórczym usuwaniem ciał tłuszczowych) w hamowaniu postępu niewydolności nerek w przypadku glomerulopatii o ciężkim przebiegu. Doniesienia te nie są jednak dostatecznie udokumentowane i potwierdzone, podobnie jak publikacje na temat korzystnego wpływu diety niskobiałkowej i niskofosforanowej, aby już dziś mogły być uznane za obowiązujące wskazówki terapeutyczne.

Ograniczenie zawartości węglowodanów, sodu i wapnia. Diety ze zmniejszoną zawartością każdego z tych składników były testowane w różnych modelach zwierzęcych postępującej niewydolności nerek, najczęściej z dobrym skutkiem w postaci zwolnienia progresji choroby. Jak dotąd brak jest jednak wyników miarodajnych badań klinicznych potwierdzających skuteczność tych diet eliminacyjnych u ludzi.

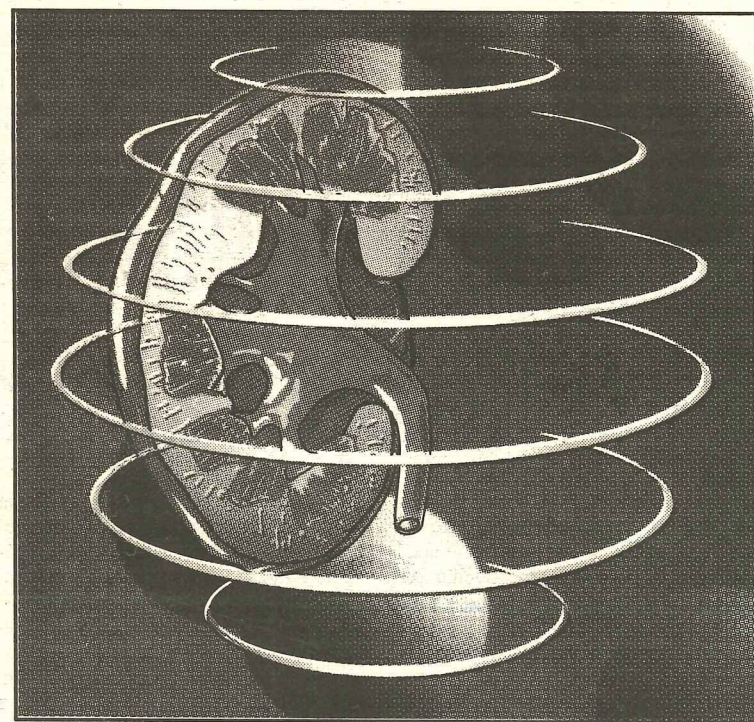
Leki hipotensyjne. Od dawna znany był związek układowego nadciśnienia tętniczego z progresją przewlekłej niewydolności nerek i korzystnego wpływu terapeutycznego leków hipotensyjnych w tym zakresie. Badania doświadczalnych modeli zwierzęcych dostarczyły w ostatnich latach wielu informacji na temat ewentualnej przewagi jednych grup leków nad innymi w hamowaniu postępu niewydolności nerek, przy osiągnięciu jednakowego efektu przeciwnadciśnieniowego. Postulowano na przykład większą pod tym względem skuteczność inhibitorów enzymu konwertującego angiotenzynę od kombinacji wazodilatatorów i diuretyku. Miało to być spowodowane unikalną zdolnością captoprilu i jego pochodnych do obniżania nie tylko ciśnienia układowego, ale i wewnątrz-kłębuszkowego. Wkrótce potem okazało się, że jakkolwiek powyższe stwierdzenie jest prawdziwe, to re-

dukacja ciśnienia wewnątrz-kłębuszkowego nie decyduje o powodzeniu leczenia hamującego postęp glomerulosklerozy, gdyż leki nie posiadające tej właściwości, np. inhibitory kanału wapniowego wywierają na równi z inhibitorami konwertazy efekt nefroprotektoryjny.

Niezależnie od wątpliwości dotyczących znaczenia nadciśnienia wewnątrz-kłębuszkowego dla progresji nefropatii, wykryto szereg unikalnych właściwości inhibitorów konwertazy zwiększających ich potencjalną przydatność w postępowaniu nefroprotektoryjnym. Należą do nich: zmniejszanie wyrównawczego przerostu kłębuszków, hamowanie rozplemienia komórek mezangium in vitro, redukcja przepuszczalności błon podstawnych dla białek oraz działanie przeciwzapalne, m.in. neutralizacja rodników tlenowych. Lek ten w badaniach klinicznych zmniejsza białkomocz u chorych z glomerulopatią w większym stopniu niż inne leki hipotensyjne, choć może to być częściowo związane z ich działaniem ubocznym w postaci redukcji filtracji kłębuszkowej. Ocena skuteczności inhibitorów konwertazy w hamowaniu progresji niewydolności nerek nie została jeszcze kompleksowo przeprowadzona, a do czasu opublikowania jej wyników zalecana jest ostrożność w stosowaniu tych leków u osób z upośledzoną filtracją kłębuszkową. W praktyce klinicznej stosowanie captoprilu i jego pochodnych u osób z poziomem kreatyniny w surowicy przekraczającym 3 mg% jest przeciwwskazane (poza okresem dializoterapii).

Najbardziej przekonujące dowody na działanie nefroprotektoryjne inhibitorów konwertazy pochodzą z badań klinicznych u pacjentów z nefropatią cukrzycową i wydaje się, że według obecnego stanu wiedzy ich stosowanie właśnie w tej grupie chorych przynosi najlepsze efekty. Ocena ta dotyczy również prób ograniczania zawartości białka w diecie, a jednocześnie stosowanie obu tych zabiegów działa wyraźnie synergistycznie w hamowaniu progresji niewydolności nerek u chorych z cukrzycą.

Dane eksperymentalne wskazują na zapobieganie włóknieniu i przerostowi kanalików i tkanki śródmiąższowej jako mechanizmów działania nefroprotektoryjnego blokerów kanału wapniowego. W odróżnieniu od inhibitorów konwertazy wydają się one wywierać efekt hamujący progresję niewydolno-



ści nerek bez redukcji białkomoczu, lub też nawet z jego nasileniem, jak to ma miejsce w przypadku nifedypiny.

Leki przeciwplatekcyjne i antykoagulatoryjne. Agregacja płytek wewnątrz kapilarów kłębuszków nerkowych i tworzenie się mikrozakrzepów odgrywa istotną rolę w patomechanizmie postępującego włóknienia nerek. Podawanie leków antyagregacyjnych aspiryny i dipirydamolu obniża białkomocz, zmniejsza intensywność włóknienia kłębuszków a także wywiera efekt hipotensyjny. Dipirydamol okazał się bardziej przydatny jako lek nefroprotektoryjny od innych nowszych i bardziej aktywnych specyfików przeciwplatekowych ze względu na unikalne zdolności do zmniejszania białkomoczu (zmniejszanie nerkowego oporu naczyniowego i stabilizacja ładunku elektrycznego kłębuszkowych błon podstawnych). Podobnie korzystny efekt działania heparyny w postępujących nefropatiach przekracza rezultaty jej działania antykoagulatoryjnego, a może również zależeć od zmniejszania przepuszczalności kłębuszkowych błon podstawnych dla białek, a także hamowania rozplemienia komórek mezangialnych stwierdzono in vitro.

Powyższe efekty leków przeciwplatekowych i antykoagulatoryjnych uzyskane w badaniach na zwierzętach znalazły tylko częściowe potwierdzenie w próbach klinicznych i konieczne są dalsze badania u pacjentów z przewlekłą niewydolnością

nerek, które utrudnione są przez typową dla tego stanu skłonność do zaburzeń hemostazy.

Leki hipolipemizujące. W badaniach doświadczalnych większość leków obniżających poziom lipidów w surowicy krwi zwierząt z różnymi modelami przewlekłej niewydolności nerek, jak cholestyramina, clofibrat, a zwłaszcza inhibitor redyktazy HMG-CoA lovastatin, zwalnia progresję włóknienia i retencję metabolitów azotowych.

U ludzi niektóre preparaty hipolipemizujące, jak gemfibrozil, probucol i lovastatin oraz jego pochodne obniżają poziom ciał tłuszczowych we krwi chorych z nefropatiami, choć ich wpływ na postęp przewlekłej niewydolności nie został dotąd należycie poznany. Ukazały się pojedyncze doniesienia na temat ich skuteczności w tym zakresie, a szersze opracowania są w dużym stopniu utrudnione przez ryzyko rozwoju miopatii w trakcie leczenia niektórymi z tych preparatów.

Jak wynika z powyższego zestawienia większość przesłanek na temat skuteczności leczenia dietetycznego i farmakologicznego w hamowaniu progresji przewlekłej niewydolności nerek wynika z badań doświadczalnych na zwierzętach i do czasu uzyskania tych rezultatów w pełni miarodajnych badań klinicznych stosowanie tych zabiegów u chorych z nefropatiami powinno być szczególnie ostrożne w myśl sentencji primum non nocere.

Szanowne Koleżanki

Szanowni Koledzy

Polskich i Polonijnych Stowarzyszeń Medycznych

Zwracamy się do Państwa z informacją, że na terytorium Województwa Grodzieńskiego (B. Białoruś) 25 stycznia 1995 r. zorganizowano "Polskie Towarzystwo Lekarskie na Grodzieńszczyźnie"

Zarząd Główny

ul. Dzierżyńskiego 32

Grodno 230023

tel. 44-94-57

tel./fax 44-63-75

Prezes ZG PTLG Dr n.med. Kazimierz Jodkowski tel. 44-01-54

Wiceprezes ZG PTLG Dr n.med. Kazimierz Konkol tel. 44-14-02

Sekretarz ZG PTLG Dr Anna Piętno tel. 44-64-11

Towarzystwo zwraca się do Zarządu Głównego PTL i Oddziałów Regionalnych PTL, Naczelnej i Okręgowych Izb Lekarskich, Polonijnych Stowarzyszeń Medycznych o poparcie jego działalności, nawiązanie kontaktów naukowych i praktycznych, przedstawienie własnych propozycji współpracy.

Zwrócono się do nas z prośbą o wydrukowanie oświadczenia Rady Federacji Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie, co niniejszym czynimy.

Federacja Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie Federation of Polish Medical Organisations Abroad

Instytut Polski i Muzeum im. gen. Sikorskiego
20 Princes Gate London SW7 1PT

Polish Medical Association, London * Association des Medecins d'Origine Polonaise en France, Paris * Association des Professionnels de Sante d'Origine Polonaise, Lille * Polsk Medicinsk Forening i Sverige, Stockholm * Polish American Health Association, Washington * Polish American Medical Society, Chicago

Oświadczenie Rady Federacji Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie w sprawie II Kongresu Polonii Medycznej

I Światowy Kongres Polonii Medycznej w czerwcu 1991 r. pozwolił na bliższe poznanie się rozproszonej po świecie polskiej emigracji medycznej. Powstała wtedy realna szansa kontynuacji kongresów tego typu, przy udziale coraz większych rzesz Polaków przebywających poza Krajem.

Niestety tuż po jego zakończeniu ujawniły się wśród organizatorów głębokie konflikty nie tylko polaryzujące środowiska w Kraju, lecz również angażujące ugrupowania emigracyjne. Konflikty te skupiały się głównie wokół kwestii organizacji II Kongresu.

W niezwykle skomplikowanym przebiegu wydarzeń, krańcowych twierdzeń a nawet decyzji, padały oficjalne oświadczenia iż polska emigracja medyczna reprezentowana jest przez prywatną fundację w Częstochowie, Komitet Organizacyjny II Kongresu w Warszawie oraz podległy mu Komitet Wykonawczy w Częstochowie podejmowały świadome a sprzeczne z sobą decyzje, lokalny i niepotrzebny konflikt w sposób coraz bardziej widoczny narzucany był na środowiska medyczne poza Krajem.

Sytuacja ta stawiała się dla obserwujących te wydarzenia środowisk emigracyjnych coraz bardziej niezrozumiała. Już w kwietniu 1993 z Komitetu Organizacyjnego II Kongresu formalnie wystąpiła Association d'Origine Polonaise de France w Paryżu, a w maju 1994 z Komitetu wystąpił Polish Medical Association z siedzibą w Londynie.

Mimo licznych prób środowisk emigracyjnych w kierunku złagodzenia ciągnących się konfliktów oraz uzyskania kompromisu w kwestii lokalizacji II Kongresu, ich głos był pomijany - co jest nie do przyjęcia, gdy podmiotem kontrowersji jest sprawa dotycząca właśnie owych środowisk, a nie wyłącznie parochialnych grup w Kraju.

Arbitralność postawy Rady Koordynacyjnej II Kongresu (Prezesi: Naczelnej Izby Lekarskiej, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Stowarzyszenia "Wspólnota Polska") nie tylko zupełnie ignorującej życzenia emigracji medycznej lecz je również zniekształcającej, stała się oczywistą przez lokalnie podjętą decyzję umiejscowienia Kongresu w Częstochowie.

Następujące po tym twierdzeniu usiłujące przypisać ową decyzję wyłącznie przedstawicielom Federacji, noszą cechy świadomego stwarzania sytuacji głęboko konfliktowych, a tych organizacje zrzeszone w Federacji pragną uniknąć.

Z powodów powyższych Federacja zrzeszająca:

Polish Medical Association, Londyn

Association des Medecins d'Origine Polonaise de France, Paryż

Association de Professionnels de Sante d'Origine Polonaise, Lille

Polsk Medicinsk Forening i Sverige, Sztokholm

Polish American Health Association, Waszyngton

Polish American Medical Society, Chicago

formalnego udziału w II Kongresie nie będzie brała.

Decyzja ta została podjęta przez Radę Federacji w dn. 26 listopada 1994 w Lille, z równoczesnym wyrażeniem nadziei, że organizacja przyszłych ważnych spotkań w Kraju, a angażujących środowiska emigracyjne, będzie przebiegała w atmosferze większego zrozumienia, co umożliwi nasz szerszy udział.

Uzupełnienie do "Oświadczenia" Rady Federacji

W sprawozdaniu z Jubileuszu 50 lecia Związku Lekarzy Polskich na Obczyźnie (5-8 maja 94 r.), które opublikowałem w naszym Biuletynie z maja 94 r. nie wspominałem o ostatnim dniu uroczystości. Ów dzień był poświęcony na dyskusję i wolne wnioski. Dyskusja, która miała charakter niestety zwykłej kłótni tyczyła umiejscowienia przyszłego Kongresu II Polonii. 3 zawziętych dyskutantów walczyło o to, czy wspomniany Kongres ma się odbyć w Warszawie, czy jak poprzednio w Częstochowie. Krakowskim targiem ustalono, że Zjazd Polonii w r. 1995 odbędzie się w dwóch miastach: I dzień w Warszawie, II-gi w Częstochowie. Tymczasem po późniejszych rozmowach postanowiono, aby ten Kongres jednak odbył się tylko w Częstochowie (VI, 95). Nastąpił dziwny podział, którego wyrazem jest "Oświadczenie" Rady Federacji w Londynie.

W wolnych wnioskach zabrał głos prof. dr Ł. Kulczycki z Waszyngtonu, który wyraził żal do Macierzy w powodu słabej, często żadnej informacji lekarskiej z Polski. Jedynym prężnym w tym względzie okrugiem jest Poznań. Lekarze emigranci, ich Związki prawie nic nie wiedzą o warunkach pracy kolegów w Kraju. Poznań poprzez swą względnie sprawną informację zbiera pożytki w postaci trwałych kontaktów z amerykańskimi ośrodkami naukowymi i zawodowymi. Myślę, że dobrze byłoby, aby Wrocław poszedł śladami Poznania. To na pewno będzie korzystne dla obu stron. Bliższych informacji udzieli Sekcja Współpracy DIL z Zagranicą.

Eugeniusz Piotrowski

Federacja Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie

Dr J. Szymasiuk
Sekretarz Federacji

Zdziwienie i sprzeciw budzi treść skierowanego do różnych czasopism "Oświadczenie Rady Federacji Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie".

Autorzy "Oświadczenia" świadomie wprowadzają w błąd polskie i polonijne środowiska medyczne twierdząc, że umiejscowienie II Światowego Kongresu Polonii Medycznej w Częstochowie jest wynikiem "arbitralnej postawy Rady Koordynacyjnej".

Autorzy "Oświadczenia" doskonale wiedzą, że lokalizacja II Światowego Kongresu Polonii Medycznej jest wynikiem uchwały uczestników I Światowego Kongresu i że żadne inne polskie lub polonijne gremium nie może tej uchwały zmienić.

Jako całkowicie niezrozumiałe a zatem nie nadające się do komentarza należy ocenić zawarte w oświadczeniu sformułowanie o istniejących grupach parochialnych w Kraju. Oczywiście celem oświadczenia jest zniechęcenie polskich i polonijnych lekarzy do udziału w

Kongresie oraz utrudnienie lub wręcz uniemożliwienie jego przeprowadzenia w Częstochowie.

Motywacji dla których autorzy oświadczenia z taką determinacją i zacietrzewieniem prowadzą swoją akcję nie można wyjaśnić jakimikolwiek względami merytorycznymi. W ostatecznym efekcie są to działania, które przynoszą ogromne szkody dla współpracy i wzajemnego zrozumienia polskiego i polonijnego środowiska medycznego.

Sądzymy, że wszystkie nieporozumienia mogłyby być wyjaśnione na Kongresie z udziałem przedstawicieli Federacji a przyszłe kontakty i Zjazdy Polonii mogłyby być tam omówione.

Zapraszamy do wzięcia udziału w Kongresie.

Podpisali zebrani na posiedzeniu
Komitetu Naukowego Kongresu

prof. dr hab. med.
Maria Trusz-Gluza
prof. dr hab. med. Kornel Gibiński
prof. dr hab. med. Jan Berner
prof. dr hab. med. Zbigniew Chłap
doc. dr hab. med. Jerzy Jurkiewicz
lek. Kazimierz Pankiewicz

II Światowy Kongres Polonii Medycznej

"Polacy Świata"

W dniach 20-24 czerwca 1995 r. w Częstochowie odbędzie się II Światowy Kongres Polonii Medycznej pod Honorowym Patronatem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Wałęsy.

Tematami naukowymi Kongresu i Sympozjów Towarzyszących są:

- "Polacy Świata" - Częstochowa, 21-22 VI 1995 r.,

- "Postępy w Kardiologii i Kardiologii" - Katowice, 24 VI 1995 r., Śląska Akademia Medyczna,

- "Człowiek a Środowisko - Zagrożona Jedność", "Postępy w Medycynie" - Kraków, 24 VI 1995 r., Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego,

- "Postępy w Rozpoznawaniu i Leczeniu Raka Sutka i Raka Okrężnicy" - Łódź, 24 VI 1995 r., Akademia Medyczna w Łodzi,

- "Medycyna Rodzinna w Polsce i na Świecie" - Częstochowa, 24 VI 1995 r., Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie,

- Tematy Wolne - Częstochowa, 22 VI 1995 r.

Tematami organizacyjnymi Kongresu są:

(Częstochowa, 21-23 VI 1995 r.)

- Krajowe Organizacje Lekarskie - Kierunki i

Priorytety Współdziałania z Polonią Medyczną,

- Polskie i Polonijne Organizacje Lekarskie na Wychodźstwie - Kierunki i Priorytety Współdziałania,

- Możliwość Integracji Polskich i Polonijnych Organizacji Lekarskich.

Formularze rejestracji i komunikaty zjazdowe do wglądu w redakcji "Biuletynu".

Główny sponsor IX Zjazdu DIL

Zapewnia komfort leczenia

NOWOCZESNY LEK

Z GRUPY INHIBITORÓW KONWERTAZY ANGIOTENSYNY

CAPTOPRIL

tabletki

12,5 mg

25 mg

50 mg



skuteczny

w NADCIŚNIENIU i NIEWYDOLNOŚCI KRAŻENIA

zarówno u dorosłych jak i dzieci



INFORMACJI O LEKU UDZIELA

Dział Informacji Naukowej

Przedsiębiorstwa Farmaceutycznego JELFA

tel.: wew. 341

oraz

Ośrodek informacji Naukowej POLFA Sp. z o.o.

Al. Stanów Zjednoczonych 61,

04-028 WARSZAWA 50

tel. 13-49-25 fax 13-45-65

Szczegóły o leku w ulotce informacyjnej

PRODUCENT



Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne JELFA SA
d. "POLFA" Jelenia Góra

ul. Wincentego Pola 21, 58-500 Jelenia Góra,
tel. 228-21, 254-51, fax 244-55; tlx 075269, 075602

W dniu 3 marca 1995 r. w Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach odbyła się okolicznościowa sesja naukowa poświęcona pamięci prof. dr hab. Lechosława Deca (1924-1994), organizatora i pierwszego rektora tej uczelni. Prof. Dec był absolwentem zarówno Akademii Medycznej, jak i Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, w których to placówkach był równocześnie zatrudniony, przed swoim wyjazdem do Katowic. Bliższych danych biograficznych nie podaje, gdyż zostały one podane w pośmiertnym wspomnieniu (Biuletyn DIL marzec 1994 nr 3/46 s.13).

Wrocławski ośrodek reprezentowali i referaty wygłosili:
prof. dr hab. Zenon Szewczyk: "Lechosław Dec, jako lekarz, internista i nefrolog",
prof. dr hab. Zdzisław Zagrobelny: "Wspomnienia z wrocławskiego okresu działalności Lechosława Deca",
prof. dr hab. Zbigniew Domosławski: "Wkład Lechosława Deca do historii polskiej medycyny sportowej".

Prof. Dec, dzięki swojej wszechstronnej działalności o charakterze interdyscyplinarnym, wniósł poważny wkład w dzieło integracji medycyny sportowej, z rozwijającą się intensywnie

osobistych refleksji o moim przełożonym, przyjacielu, koledze, współpracowniku - Lechosławie Decu".

Organizator sesji, jeden z referentów prof. W. Pilis, wspominał o szczególnej roli prof. Deca już w jego życiu studenckim, później zaś jako opiekuna pracy magisterskiej, promotora pracy doktorskiej, opiekuna habilitacji i recenzenta profesorskiego naukowego dorobku. Jest to szczególnie piękna karta w historii nauki ludzi dwóch pokoleń, zasługująca na znajomość również w naszym środowisku. Obradom przysłużyło się grono profesorów AWF z rektorem prof. dr hab. Joachimem Raczkiem na

Katowicka Akademia Wychowania Fizycznego czci pamięć absolwentów wrocławskich uczelni

Uroczystości 50-lecia nauki wrocławskiej składają ażeby wspomnieć również o tym, jak inne ośrodki czczą pamięć naszych lekarzy, którzy we Wrocławiu zdobyli nie tylko dyplomy, ale i wyższe stopnie naukowe, przenosząc swe doświadczenie naukowe i dydaktyczne w inne części kraju.

Sesja naukowa odbyła się pod auspicjum rektora AWF w Katowicach, prof. dr hab. Joachima Raczka, a szczególnie zasługi w jej organizacji położył prof. dr hab. Wiesław Pilis kontynuując kierunkiem i ideą prof. Deca na Uczelniach Wychowania Fizycznego w Katowicach i w Częstochowie.

Uroczystą Mszę św., w rocznicę śmierci prof. Deca odprawił w katedrze Chrystusa Króla w Katowicach duszpasterz akademicki ks. Puchala.

Sesję zaś wypełniły referaty. Dużo wzruszających wypowiedzi - był referat syna profesora, dr Juliusza Deca "Mój ojciec".

Koleżeńskie kontakty z Lechosławem Decem omówił prof. Komel Gibiński, przypominając powiązania jego z interną zarówno w wojennym Wrocławiu, jak i Katowicach, podkreślając też jego prekursorską rolę w podnoszeniu roli sportu również u chorych z różnymi dolegliwościami.

Zbigniew Domosławski

interną szczególnie zaś kardiologią i nefrologią.

Dzięki własnym i wspólnym opracowaniom z zakresu historii medycyny sportowej nie tylko uchronił wiele wydarzeń od zapomnienia, ale wskazał na powiązania tej dziedziny z innymi gałęziami wiedzy oraz na jej walory nie tylko poznawcze, ale i wychowawcze.

Był też wyjątkowo wrażliwy na ludzkie sprawy, cechowała go skromność i prostota.

Pełne ciepłych osobistych wspomnień i uczuć wdzięczności dla Mistrza, Kolegi, Promotora i Przełożonego były wypowiedzi:

prof. dr hab. Mariana Pytasza ze Szczecina "Lechosław Dec - człowiek przyjaciel, uczony"

oraz ze środowiska katowickiego:

prof. dr hab. Fryderyka Prochaczka: "Profesor Lechosław Dec we wspomnieniach swego asystenta",

prof. dr hab. Wiesława Pilisa: "Działalność naukowa, dydaktyczno-wychowawcza i organizacyjna Lechosława Deca w medycynie sportowej",

prof. dr hab. Jerzego Rzepki: "Garść

czule, zaproszeni goście oraz liczne grupy studentów.

Na zakończenie organizatorom sesji podziękowała Małżonka profesora Deca dr n. med. Jadwiga Decowa.

Na spotkaniu towarzyskim i wspólnym obiedzie była okazja do odnowienia kontaktów naukowych referentów, z których większość wywodziła się z Wrocławia oraz umówienia się na kolejne spotkanie z okazji odsłonięcia popiersia prof. Deca w auli uczelni, która będzie nosiła jego nazwisko.

Przy okazji pragnę podkreślić jako kolega ze studiów i współautor opracowań z historii medycyny sportowej, nie tylko Jego wkład do nauki polskiej, ale również wskazać na przykład, że możliwe jest połączenie kliniki chorób wewnętrznych z problematyką zdrowego człowieka i sportowca. Wyniki badań i przemysłów naukowych są szczególnie wartościowe, gdy mogą być wdrażane w codzienność praktyki.

Jego dorobek naukowy, organizacyjny, dydaktyczny i życiowy jest własnością wspólną zarówno ośrodka katowickiego jak i wrocławskiego i zasługuje na przybliżenie naszym Czytelnikom.

KOMPUTER W MEDYCYNIE

Komputer w szpitalu

Michał Sroka

- Cześć, no i co? Dostaliście już te komputery?

- Jeszcze nie, ale lada tydzień je dostaniemy. Wczoraj mieliśmy na ten temat naradę. Ustaliliśmy, że ich rozdział na poszczególne oddziały nie ma sensu. Zainstalujemy je na jednym z nich, kupimy albo zamówimy oprogramowanie i spróbujemy całość uruchomić. Gdy się sprawa powiedzie, przejdziemy na pozostałą część szpitala.

- Myślę, że koncepcja jest niezła. A jakie komputery otrzymaliście?

- Jeden komputer 486 DX4 100 MHz z 16 MB RAM, dyskiem 1040 MB, monitorem mono i trzy komputery 486 DX2 66 MHz z 4 MB RAM i monitorem kolorowym. Długo się zastanawialiśmy. Jak już powiedziałem zainstalujemy je na jednym z oddziałów i tam stworzymy załączek systemu szpitalnego.

- Hm. Wiesz co. Myślę, że ten pierwszy komputer to na pewno serwer. Natomiast pozostałe - nie wiem. Moim zdaniem na stacje robocze - zdecydowanie "za mocne". Chyba, że od razu zajmiecie się grafiką np. gromadzeniem zdjęć rtg, usg itp. Ale to bardzo karkołomne zadanie. Przynajmniej na początek...

- Oczywiście, właśnie dlatego myślimy raczej o zwykłej bazie danych, gromadzącej i umożliwiającej obróbkę danych takich jak wyniki badań, opisy zdjęć i konsultacji, umożliwiającej sporządzanie kart informacyjnych, raportów. Także umożliwiającej selekcję materiału do celów naukowych.

- A jak wyobrażacie sobie konkretnie realizację tych planów.

- Nie rozumiem.

- No, skąd weźmiecie oprogramowanie.

- Myślę, że istnieje sporo takich programów. Po prostu będziemy musieli się rozejrzeć i wybrać odpowiedni.

- Muszę cię rozczarować. Pamiętam pewne przedsięwzięcie polegające na adaptacji gotowego, stworzonego w jednym z krajów zachodnich (i sprawdzonego w praktyce) systemu informatycznego obsługi szpitala. Początkowo, wydawało się, że będzie to zadanie stosunkowo proste. Tzw. język programowania 4-tej generacji, umożliwiający szybkie i niemal bezbolesne zmiany w programie. Informatyk z doświadczeniem w bazach danych. Biegły tłumacz odpowiedniego języka. I co? I nic. Połamali zęby. Jak to mówią: "diabeł tkwi w szczegółach". Na poziomie ogólnej organizacji pracy szpitali w zasadzie nie było różnic. I tu i tam była dyrekcja, księgowość, apteka, oddziały, pralnia itd. Wystarczyło jednak porównać oddzielnie obie dyrekcje albo księgowości. Dwa różne światy. Wyszło, że należy napisać program od nowa. Zamiast siedzieć w zaciszu pracowni nad tłumaczeniem zawartości poszczególnych opcji Menu, trzeba było od nowa, krok po kroku "rozpoznawać teren" i zaznajamiać się ze specyfiką pracy lokalnych oddziałów i pracowni. A to był dopiero początek. Nawet pozornie dobrze "rozgrzyzione" tematy kryły różne niespodzianki. Trzeba było sprawę jeszcze raz omawiać, robić nowe ustalenia, a często nie było już z kim. Unikający kontaktu z wykonawcami, ciągle zaganiani lekarze, których trudno było zlokalizować. A takich problemów było wiele. Każda pracownia, każdy oddział miał swoją

specyfikę. Należało robić wszystko indywidualnie, "pod klucz". Po zakończeniu jednego zadania, można było przejść do następnego. Trwało to całymi tygodniami i miesiącami. Zrezygnowano z tego po pewnym czasie. Aby robić to szybciej i sprawniej - trzeba mieć duży zespół ludzi, odpowiednie środki, i co najważniejsze - doświadczenie. A z tym największy kłopot. Ci co je mają - są zajęci. I tak koło się zamyka.

- Z twojej wypowiedzi wnioskuję, że nasze plany nie mają sensu.

- Nie. Wcale tego nie powiedziałem. Po prostu chciałem zasygnalizować złożoność problemu. Przy dzisiejszych trudnościach finansowych i braku odpowiednich doświadczeń ze strony firm wykonujących - nie radziłbym porywać się od razu na duże systemy. Prawie na pewno - nic z tego nie wyjdzie. Spróbujcie rozpoznać swoje rzeczywiste potrzeby. Określcie, gdzie komputer mógłby w czymś pomóc i na początek zrealizujcie do końca niewielką instalację. Nabierzcie doświadczeń w jej eksploatacji. Stopniowo ją poszerzajcie. Pamiętajcie, że jeden człowiek lub jedna firma wszystkiego nie zrobi. Zdecentralizujcie więc działania w tym zakresie. Ustalcie pewne wspólne reguły jak np. format danych, język programowania i pozwólcie każdemu organizować się po swojemu. Nawet jeżeli okaże się że ktoś będzie musiał z czegoś się wycofać - szczypta doświadczeń nie zaszkodzi.

- Tak. Rozumiem cię. Ale zgubimy w ten sposób naszą zasadniczą ideę - stworzenia ogólnoszpitalnego systemu zarządzania danymi.

- Prawie wszystkie próby utworzenia wielkiego sterowanego centralnie, zuniifikowanego systemu zarządzania danymi w niejednorodnym, rządowym różnymi prawami środowisku - były mało udane. Taki system jest trudny do zaprojektowania i realizacji. Także z wielkim trudem i z dużym nakładem kosztów daje się modyfikować i prowadzić.

- Co w takim razie nam zostaje?

- Tak zwane systemy rozproszone. Są to mniej lub bardziej liczne podsystemy informatyczne, funkcjonujące niezależnie od siebie, spięte jednak w większą całość. W razie potrzeby potrafią one "współpracować" z sobą np. w celu zebrania informacji o wszystkich pobytach chorego na oddziale w ciągu ostatniego roku. Ich cechą charakterystyczną jest stosunkowo mała wrażliwość na różnego typu awarie.

- Dobrze, może ten temat trochę innym razem. Zaczęliśmy od naszych komputerów. Miałeś jakieś zastrzeżenia?

- Chciałem powiedzieć, że jak na stacje sieciowe, mogą być one za mocne. W przypadku realizacji waszego planu informatyzacji jednego z oddziałów - proponuję wysuplać jakieś pieniądze na skromniejsze i tańsze komputery 386 SX33 lub DX40, natomiast te przeznaczyć do jakichś bardziej indywidualnych spraw jak np. prace graficzne, edytorskie itd.

Po jakimś czasie, gdy wprowadzicie do sieci środowisko graficzne - możecie przeznaczyć je na stacje robocze.

Wiesz spieszę się. Jutro porozmawiamy. Cześć.

LEK W POLSCE
DRUGI W POLSCE

VII

**Międzynarodowe
Targi
Farmaceutyczne**

**"Lek w Polsce"
wiosna '95**

30.03 - 31.03.1995r. godz. 10-17
Pałac Kultury i Nauki - Warszawa

Targi "Lek w Polsce"

Nieprzebrane tłumy (oceniane na 15 tys.) przewijały się przez 157 stoisk targowych na "Leku w Polsce". Widać ogromne ożywienie w tej branży. Dziś działa w Polsce około 400 krajowych wytwórni leków i 200 przedstawicielstw koncernów zagranicznych, ich wyroby można kupić bezpośrednio lub u 100 prywatnych hurtowników. W tym roku prawie każde stoisko oferowało nowe leki. Pobyt na targach daje dobrą orientację co się aktualnie dzieje w kraju w tej dziedzinie.

Tradycyjnie już są na targach przyznawane nagrody:

"Złoty Lek", tym razem otrzymała ją firma Schering AG za wkładkę antykoncepcyjną Copper T.

"Złoty Lek" dla firmy najlepiej promującej swoje produkty otrzymała Lederle-Cyanamid, a dla najlepszej hurtowni farmaceutycznej "Carbo".

"Złotowego Oskara '94" otrzymał ALLIOGAL (kapsułki przeciwnadciężkowe) Przedsiębiorstwa Rolno-Spożywczego GAL S.C.O. prestiżu targów "Lek w Polsce" świadczy fakt, że Honorowy Protektorat nad nimi objęli ministrowie Zdrowia oraz Przemysłu i Handlu, prezesi Naczelnej Izby Lekarskiej i Aptekarskiej.

(EP)

KONFERENCJE POSIEDZENIA

Polskie Towarzystwo Lekarskie
Koło w Łądku Zdroju
i Redakcja "Gastroenterologii Polskiej"
zapraszają na

**Konferencję Naukową
na temat "Choroby dróg żółciowych".**

Program:
godz. 10.00 L. Paradowski: Regulacja czynności dróg żółciowych
W. Lubczyńska-Kowalska: Żółtaczkę mechaniczną
E. Waszczuk: Dyskinezy dróg żółciowych
J. Łapińska: Zapalenie dróg żółciowych
P. Minta, J. Styczynski: Nowotwory dróg żółciowych
Z. Sajewicz: Ultrasonografia w chorobach dróg żółciowych
J. Leszczyszyn: Badania i zabiegi endoskopowe w chorobach dróg żółciowych
lunch
godz. 15.00 Konferencja Okrągłego Stołu; Kamica żółciowa
Moderator: Zbigniew Knapik
Uczestnicy: Jan Berner, Janusz Dawiskiba, Anna Gacek, Jerzy Garcarek, Franciszek Iwańczak, Konrad Leśniakowski, Bogdan Łazarkiewicz, Leszek Paradowski.
Konferencja odbędzie się 27 maja 1995 roku w Kinoteatrze w Łądku Zdroju. Osoby zainteresowane noclegiem proszone są o skontaktowanie się z Dyrekcją FWP Łądek Zdrój, tel/fax 153 498

Przewodniczący Koła PTL - Przemysław Minta
Redaktor Naczelny Gastroenterologii Polskiej Zbigniew Knapik

III Sympozjum

"Zagrożenia zdrowotne w środowisku pracy"

Polskiego Towarzystwa
Higienistów Przemysłowych

Komitet Organizacyjny III Sympozjum "Zagrożenia zdrowotne w środowisku pracy" uprzejmie zawiadamia, że Sympozjum odbędzie się we Wrocławiu w dniach 3-5 listopada 1995 r.

Miejszem obrad będzie Ośrodek Szkolenia Państwowej Inspekcji Pracy im. prof. Jana Rosnera, ul. M. Kopernika 5 we Wrocławiu, tel./fax 481 706. Zgłoszenia udziału w Sympozjum należy nadsyłać do 31 maja 1995 roku na adres:

Ośrodek Szkolenia PIP
50-622 Wrocław, ul. Kopernika 5.
Tematyka obrad będzie obejmowała m.in. ochronę zdrowia pracowników i stan warunków pracy, toksykologię przemysłową, fizjologię i higienę pracy, medycynę pracy, profilaktykę i prewencję oraz ocenę jakości badań laboratoryjnych w higienie pracy.

Zgłoszenia referatów należy nadsyłać do dnia 31 maja 1995 r. na adres: Komitet Organizacyjny III Sympozjum PTHP
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Zawodowych AM we Wrocławiu 50-367 Wrocław, ul. Pasteura 4

Szczegółowe informacje, dotyczące Organizacji Sympozjum, można uzyskać w Klinice Chorób Wewnętrznych i Zawodowych AM we Wrocławiu, tel. 209 630. Do udziału w Sympozjum zapraszamy zainteresowanych przedstawicieli środowisk lekarskich, higienistów przemysłowych, pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych, Państwowej Inspekcji Pracy oraz działów BHP zakładów pracy.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Sympozjum
dr hab. n. med. Ryszard Andrzejak

Informacja MZiOŚ

Z dniem 23 kwietnia 1995 r. wchodzi w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1995 r. w sprawie uprawnień do nabycia leku, preparatów diagnostycznych i sprzętu jednorazowego użytku bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością, w przypadku niektórych chorób przewlekłych wrodzonych, nabytych lub zakaźnych opublikowane w Dzienniku Ustaw Nr 26 poz. 140.

Ponadto z dniem 1 marca 1995 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 lutego 1995 r. w sprawie stanów zdrowia, ze względu na które przysługuje zasiłek pielęgnacyjny dziecku w wieku do 16 lat (opublikowane w Dzienniku Ustaw Nr 20 poz. 107).

Na podstawie art. 14 ust. 5 ustawy z dnia 1 grudnia 1994 r. o zasiłkach rodzinnych i pielęgnacyjnych (Dz. U. z 1995 r. Nr 4, poz. 17) zarządza się, co następuje:

Par. 1. Wykaz stanów zdrowia, ze względu na które przysługuje zasiłek pielęgnacyjny dziecku w wieku do 16 lat, określa załącznik do rozporządzenia.

Par. 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 marca 1995 r.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej: R. J. Zochowski

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 lutego 1995 r. (poz. 107)

Wykaz stanów zdrowia, ze względu na które przysługuje zasiłek pielęgnacyjny dziecku w wieku do 16 lat

- 1) wrodzone wady rozwojowe z porażeniem lub niedowładami kończyn upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytającą rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się oraz wady rozwojowe twarzy-czaszki, przewodu pokarmowego, oddechu, narządu rodowego i inne wady wrodzone wymagające pomocy pielęgnacyjnej rodziców w trakcie leczenia i rehabilitacji,
- 2) wrodzone lub nabyte ubytki anatomiczne kończyn górnej lub dolnej upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytającą rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się,
- 3) zespoły chorobowe będące następstwem urazów okołoporodowych,
- 4) zespoły chorobowe upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytającą rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się,



5) upośledzenia umysłowe począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym (iloraz inteligencji około 50 i poniżej według klasyfikacji międzynarodowej),

6) psychozy i zespoły psychotyczne, w których okres leczenia przekracza 6 miesięcy,

7) padaczka z wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi,

8) wrodzone lub nabyte wady narządu wzroku powodujące znaczne ograniczenie jego sprawności (obniżenie ostrości wzroku w oku lepszym do 5/25 lub 0,2 według Snellena po wyrównaniu wady wzroku szklami korekcyjnymi lub ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w granicach 30 stopni),

9) głuchota lub obuustronne upośledzenie słuchu wymagające aparowania,

10) niemota lub bardzo znaczne zaburzenia mowy wymagające współdziałania drugiej osoby w procesie uczenia się,

11) wrodzone lub nabyte wady układu krążenia i oddechowego znacznie upośledzające sprawność organizmu, w tym mukowiscydoza oraz astma o ciężkim przebiegu,

12) cukrzyca,

13) fenyloketonuria,

14) celiakia i inne zespoły złego wchłaniania wymagające długotrwałego stosowania diet eliminacyjnych,

15) hemofilia,

16) choroba nowotworowa,

17) inne stany chorobowe lub po przebytych chorobach lub urazach powodujących w takim samym stopniu choroby wymienione w pkt 1-16 upośledzenie sprawności ogólnej, utrudniające możliwość samodzielnego poruszania się, lub stany wymagające opieki i pomocy innej osoby w leczeniu i rehabilitacji, a także w ochronie dziecka przed możliwością doznania urazu.

ESDENT

Polecamy

- nowoczesne i funkcjonalne używane unity stomatologiczne montowane do podłogi lub fotela, oraz w wersji "cart" firm: Eurodent, Siemens, Kavo, Ritter, Planmeca, Flex, OMS;
Sprzet jest po regeneracji na oryginalnych częściach z 6-miesięczną gwarancją i serwisem.

Wrocław

ul. Hermanowska 12B,
tel. (071) 737179
lub tel./fax 570705,
do godz. 23.00.



Odcinek dla poczty	Odcinek dla posiadacza rachunku	Odcinek dla wpłacającego

Electronic, Medical & Dental
Sophisticated
Equipment

ELMEDES

mgr inż. Andrzej Białek
tel./fax 579874,
ul. Stanów Zjednoczonych 35,
54-403 Wrocław

oferuje na dogodnych warunkach płatności w leasingu lub na raty:

- regenerowane zachodnie unity, fotele i rentgeny stomatologiczne, części do nich (6 miesięcy gwarancji, dostawa i serwis),
- unity Chirany - Ergostar, Praktik, Chiradent, Mobik (autoryzowany serwis),
- mini autoklawy Prestige Medical i KaVoklave,
- projektowanie i wykonawstwo pod klucz gabinetów stomatologicznych,
- telefony, faxy, centralki telefoniczne, videodomofony
- dostawy i instalacje.

KONKURSY

Dziekan Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu

ogłasza konkurs otwarty na obsadę stanowisk

asystenta, starszego wykładowcy i adiunkta

w niżej wymienionych Katedrach i Zakładach:

1. Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich
- 1 stan. st. wykł. (mgr filozof.)
2. Zakład Reumatologii
- 2 stan. asystenta (lek. med.)
3. Katedra i Zakład Chemii Ogólnej
- 1 stan. adiunkta (biochemik)
4. Katedra i Zakład Mikrobiologii
- 1 stan. asystenta (mgr biol.)
5. Katedra i Zakład Farmakologii
- 2 stan. asystenta (lek. med.)
6. Katedra i Zakład Histologii i Embriologii
- 1 stan. asystenta (lek. med.)
7. Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej
- 2 stan. asystenta (lek. dent.)
8. Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej
- 2 stan. asystenta (lek. dent.)
9. Katedra i Zakład Ortodontyki
- 1 stan. asystenta (lek. dent.)

O stanowisko asystenta i starszego wykładowcy mogą ubiegać się osoby posiadające tytuł zawodowy magistra, lekarza lub lekarza stomatologa. Preferowani będą kandydaci po ukończeniu stażu podyplomowego.

O stanowisko adiunkta mogą ubiegać się osoby posiadające stopień naukowy doktora lub doktora habilitowanego.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają następujące dokumenty:

1. podanie,
2. życiorys z uwzględnieniem pracy naukowej i zawodowej,
3. kwestionariusz osobowy + 1 zdjęcie,
4. spis publikacji,
5. odpis dyplomu ukończenia studiów,
6. odpis zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu,
7. zaświadczenie o średniej ocen z okresu studiów (dot. stanowisk asystenta i starszego wykładowcy),
8. odpis dokumentu stwierdzającego posiadanie stopnia naukowego doktora lub doktora habilitowanego (dot. stanowiska adiunkta),
9. zaświadczenie o braku zastrzeżeń ze strony Okręgowej Izby Lekarskiej właściwej dla miejsca zatrudnienia,
10. ewentualne referencje i opinie

Dokumenty proszę wysłać na adres:

Dział Kadr Akademii Medycznej
we Wrocławiu
ul. Pasteura 1
50-367 Wrocław

w terminie do dnia 6 maja 1995 r.

Termin rozstrzygnięcia konkursu przewiduje się na dzień 6 lipca 1995 r.

Uwaga: Osoby zatrudnione na stanowiskach nauczycieli akademickich w Akademii Medycznej we Wrocławiu zwolnione są ze składania dokumentów wymienionych w punktach 1-10.

Szczegółowych informacji udziela
Dział Kadr Akademii Medycznej
we Wrocławiu
tel. 22-65-22.

*Prodziekan Wydziału Lekarskiego
Prof. dr hab. Teresa Banaś*

ODESZLI OD NAS...

Wspomnienie o śp. dr Alina Sienkiewicz-Wodoklis

W dniu 20 lutego br. zmarła koleżanka Alina Sienkiewicz-Wodoklis, lekarz specjalista chorób płuc, internista i specjalista organizacji ochrony zdrowia, w latach 1974-1990 dyrektor Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Jeleniej Górze oraz specjalista wojewódzki w dziedzinie gruźlicy i chorób płuc.

Urodziła się 08.07.1923 roku w Głębokim (województwo wileńskie). Do szkoły powszechnej uczęszczała w Wilnie gdzie w roku 1941 zdała egzamin dojrzałości.

W roku 1944 rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Wileńskiego, które ukończyła po repatriacji na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Wrocławskiego (1945-1949) uzyskując w 1951 r. dyplom Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Pracę rozpoczęła w sanatorium przeciwgruźliczym dla dzieci w Obornikach Śląskich jako młodszy asystent, a następnie po złożeniu egzaminów dyplomowych przeniosła się do Ciepliec koło Jeleniej Góry. Skierowana nakazem pracy do Szpitala Miejskiego w Cieplicach pracowała na oddziale wewnętrznym.

Od 1958 do 1962 roku była ordynatorem w Państwowym Przedsiębiorstwie "Uzdrowisko" Cieplice. Z dniem 01.01.1960 roku objęła stanowisko kierownika przychodni w Cieplicach, pracując w niej jako lekarz poradni przeciwgruźliczej. Z pionem gruźlicy i chorób płuc związana była aż do końca życia.

W 1973 roku objęła kierownictwo powiatowej poradni przeciwgruźliczej w Jeleniej Górze, a w 1974 została powołana na stanowisko dyrektora Państwowego Sanatorium Przeciwegruźliczego w Kowarach.

Kolejno uzyskiwała specjalizacje: chorób wewnętrznych drugiego stopnia, chorób płuc oraz organizacji ochrony zdrowia.

W latach 1976-90 pełniła obowiązki specjalisty wojewódzkiego w dziedzinie gruźlicy i chorób płuc. Umiała umiejętnie współdziałać z gronem lekarzy.

W roku 1978 współorganizowała oddział okręgowy Społecznego Komitetu Walki z Gruźlicą i była jego długoletnim skarbnikiem.

Od roku 1976 do 1990 sprawowała funkcję wiceprzewodniczącej Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego w Bukowcu. W latach 1980-1984 koordynowała obserwacje prowadzone z umowy polsko - amerykańskiej na terenie województwa jeleniogórskiego dla Ośrodka Badań Naukowych Krótkotrwałej Chemioterapii Instytutu Gruźlicy w Warszawie.

W Wojewódzkiej Przychodni Przeciwegruźliczej w Jeleniej Górze, którą zorganizowała w roku 1975, prowadziła poradnię przeciwnikotynową przez wiele lat.

Brała udział w akcjach antynikotynowych, wygłaszając pogadanki w szkołach województwa w ramach Towarzystwa Wiedzy Powszechnej. Odznaczona Srebrną Odznaką Honorową Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego, odznaką "Za zasługi w Walce z Gruźlicą" nadaną przez Zarząd Główny Społecznego Komitetu Walki z Gruźlicą i Chorobami Płuc, odznaką "Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia", orderem "Zasłużony dla Zdrowia Narodu", Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem 40-lecia PRL i Krzyżem Kawalerskim orderu Odrodzenia Polski.

W roku 1949 wyszła za mąż, wychowała dwie córki, z których jedna ukończyła studia lekarskie.

Po zakończeniu czynnej pracy zawodowej i przejściu na emeryturę Alina Sienkiewicz-Wodoklis pracowała do ostatniej chwili w Wojewódzkiej Przychodni Przeciwegruźliczej, od kilku lat walcząc z chorobą nowotworową.

Zmarła nagle. Pochowana została na cmentarzu w Cieplicach 22.03.1995 r., żegnana przez liczne grono współpracowników oraz rzeszę przyjaciół i pacjentów.

dr n.med. Teresa Grzegorzczak-Skibińska

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 22.03.1995 zmarł na stanowisku pracy przeżywszy 65 lat

DOKTOR n.med

CZESIAW MARKUSZEWSKI

długoletni ordynator oddziału ginekologiczno-położniczego Szpitala ZOZ w Bystrzycy Kłodzkiej.

Odszedł od nas wspaniały lekarz, kolega i dobry człowiek.

Pogrążeni w smutku koleżanki i koledzy
z koła DIL w Bystrzycy Kłodzkiej.

Odszedł dr Jerzy Piechociński

W dniu 11.03.1995 zmarł nasz kolega Jerzy Piechociński, specjalista gruźlicy i chorób płuc, pracujący w naszych zakładach od początku swej działalności lekarskiej.

Urodził się 18.10.1925 roku w Stargardzie Gdańskim, szkołę powszechną ukończył w Wąbrzeźnie w roku 1939, a już w 1940 został wywieziony do Niemiec na przymusowe roboty. Pracował w gospodarstwie rolnym we wsi Flaki (powiat Kamień województwo Koszalin) aż do wyzwolenia. Jesienią 1945 roku wstąpił na kurs przysposobienia budowlanego, w 1946 na kurs przygotowawczy uniwersytetu w Toruniu, aby w 1947 przejść na kurs wstępny na Wydziale Lekarskim.

Na drugim roku studiów zachorował na gruźlicę, przerwał naukę i wrócił na drugi rok studiów już na Akademię Medyczną we Wrocławiu. W roku 1954 uzyskał absolutorium, dalej lecząc się w Sanatorium Przeciwegruźliczym w Obornikach Śląskich i po zdaniu egzaminów uzyskał dyplom w 1956 roku.

W tym samym roku przybył do Państwowego Zespołu Sanatoriów Przeciwegruźliczych w Kowarach, skierowany nakazem pracy. Rozpoczął pracę na oddziale torakochirurgicznym sanatorium "Bukowiec", liczącym się wówczas w kraju ośrodkiem zabiegowym leczenia gruźlicy.

W roku 1973 uzyskał specjalizację chorób płuc I stopnia, a w 1978 - II stopnia.

Pracował początkowo jako asystent, pełnił obowiązki ordynatora i lekarza naczelnego Sanatorium Przeciwegruźliczego w Kowarach, następnie ordynatora szpitala "Wysoka Łąka" i od 1990 roku kierownika Wojewódzkiej Przychodni Przeciwegruźliczej w Jeleniej Górze.

Brał zawsze czynny udział w pracach Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego Oddziału Bukowiec, współdziałał w pracach społecznych środowiska. Długotrwała, przewlekła choroba nowotworowa odsunęła Go od pracy, ale w okresach remisji wracał do pracy w Poradni Przeciwegruźliczej.

Zawsze głęboko humanitarny, filozoficznie podchodził do życia. Był, jak określili koledzy, z pokolenia "Kolumbów", walczących z gruźlicą jako chorobą społeczną.

Został pochowany dnia 15.03.1995 roku na cmentarzu w Kowarach. W pogrzebie wzięli udział ci, którzy przed laty pracowali z Nim oraz wielu współpracowników i pacjentów.

Cześć Jego pamięci.

dr n.med. Teresa Grzegorzczak-Skibińska

KONKURSY

Dziekan Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu

ogłasza konkurs otwarty na obsadę stanowiska
adiunkta

w niżej wymienionych Katedrach i Klini-
kach:

1. II Katedra i Klinika Pediatrii i Gastroenterologii - 2 stanowiska
2. Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii - 1 stanowisko
3. Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej - 1 stanowisko

O wymienione stanowisko może ubiegać się osoba posiadająca stopień naukowy doktora lub doktora habilitowanego oraz II stopień specjalizacji z właściwej dyscypliny medycznej.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają następujące dokumenty:

1. podanie,
2. życiorys z uwzględnieniem pracy naukowej i zawodowej,
3. spis publikacji,
4. kwestionariusz osobowy + zdjęcie,
5. odpis dyplomu lekarza,
6. odpis dokumentu stwierdzającego posiadanie stopnia naukowego doktora lub doktora habilitowanego,
7. odpis zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu,
8. odpis zaświadczenia o specjalizacji II stopnia,
9. zaświadczenia o braku zastrzeżeń ze strony Okręgowej Izby Lekarskiej właściwej dla miejsca zatrudnienia,
10. opinia o dotychczasowej pracy zawodowej na adres: Dział Kadr Akademii Medycznej we Wrocławiu, ul. Pasteura 1, 50-367 Wrocław w terminie do dnia 20 kwietnia 1995 r.

Konkurs będzie rozstrzygnięty do dnia 20 czerwca 1995 r.

Uwaga: Osoby zatrudnione na stanowiskach nauczycieli akademickich w Akademii Medycznej we Wrocławiu zwolnione są ze składania dokumentów wymienionych w punktach 1-10. Szczegółowych informacji udziela Dział Kadr Akademii Medycznej, tel. 22-65-22.

Dr hab. med. Jan Kornafel
Profesor nadzwyczajny

Dziekan Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu

ogłasza ogólnopolski konkurs na obsadę
stanowiska

kierownika

I Katedry i Kliniki Chirurgii
Katedry i Zakładu Ortopedii.

O wymienione stanowisko mogą ubiegać się osoby posiadające tytuł naukowy lub stopień naukowy doktora habilitowanego, które nie przekroczyły 60 roku życia.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o przesłanie następujących dokumentów:

1. podanie,
2. życiorys z uwzględnieniem przebiegu pracy naukowej i zawodowej,
3. wykazu osiągnięć w pracy naukowo-badawczej (spisu publikacji),
4. informacji o działalności w zakresie kształcenia młodej kadry naukowej,
5. odpisu dokumentu stwierdzającego posiadanie stopnia naukowego doktora habilitowanego, względnie tytułu naukowego,
6. zaświadczenie o braku zastrzeżeń ze strony Okręgowej Izby Lekarskiej właściwej dla miejsca zatrudnienia kandydata,
7. ewentualnych referencji lub opinii na adres:

Dziekan Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu
ul. J. Mikulicza-Radeckiego 5
50-368 Wrocław

Uwaga: Kandydaci, którzy ukończyli 60 rok życia mogą przystąpić do konkursu po otrzymaniu pisemnej zgody JM Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Termin składania dokumentów - 20 kwietnia 1995 r.

Konkurs będzie rozstrzygnięty do dnia 20 czerwca 1995 r.

Dziekan Wydziału Lekarskiego
dr hab. med. Jan Kornafel
Profesor nadzwyczajny

Dziekan Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej we Wrocławiu

ogłasza konkurs na obsadę

3 stanowisk
asystentów,

2 stanowisk
wykładowców

w

Katedrze i Klinice psychiatrii.

O stanowiska asystentów mogą ubiegać się osoby posiadające dyplom lekarza i pragnące specjalizować się w zakresie psychiatrii. Preferowane będą osoby po odbytych stażu podyplomowym.

Kandydaci na stanowiska wykładowców muszą posiadać specjalizację I stopnia z zakresu psychiatrii lub psychologii klinicznej.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają następujące dokumenty:

1. Podanie
2. Życiorys
3. Kwestionariusz osobowy + zdjęcie
4. Odpis dyplomu ukończenia studiów
5. Ewentualne referencje i opinie oraz zaświadczenie o uzyskanej specjalizacji

Dokumenty w terminie do dnia 28 kwietnia 1995 r. należy składać na adres:

Dział Kadr Akademii Medycznej
ul. Pasteura 1
50-367 Wrocław

Termin rozstrzygnięcia konkursu przewiduje się do dnia 1 czerwca 1995 r.

Dziekan
Dr hab. Renata Jankowska
Profesor nadzwyczajny

Dziekan Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej we Wrocławiu

ogłasza konkurs na obsadę stanowisk

asystentów

w niżej wymienionych katedrach i klini-
kach

Katedra i Klinika Okulistyki
- 3 stanowiska

Katedra i Klinika Otolaryngologii
- 1 stanowisko

Katedra Onkologii i Klinika Gine-
kologii Onkologicznej
- 2 stanowiska

O stanowiska te mogą ubiegać się osoby posiadające dyplom lekarza i pragnące specjalizować się w zakresie danej dyscypliny medycznej. Preferowane będą osoby po odbytych stażu podyplomowym.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają następujące dokumenty:

1. Podanie
2. Życiorys
3. Kwestionariusz osobowy + zdjęcie
4. Odpis dyplomu ukończenia studiów medycznych
5. Ewentualne referencje i opinie

Dokumenty w terminie do dnia 28 kwietnia 1995 r. należy składać na adres:

Dział Kadr Akademii Medycznej
ul. Pasteura 1
50-367 Wrocław

Termin rozstrzygnięcia konkursu przewiduje się do dnia 1 czerwca 1995 r.

Dziekan
Dr hab. Renata Jankowska
Profesor nadzwyczajny

Dziekan Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej we Wrocławiu

ogłasza konkurs na obsadę stanowisk
adiunktów

w niżej wymienionych katedrach:

Katedra i Klinika Chirurgii Pedia-
trycznej - 1 stanowisko

Katedra i Klinika Chirurgii Serca - 1

Katedra i Klinika Neurochirurgii -
1 stanowisko

Katedra i Klinika Chorób
Zakaźnych - 1 stanowisko

O stanowisko adiunkta mogą ubiegać się osoby ze stopniem doktora i doktora habilitowanego, które uzyskały pozytywne oceny w zakresie działalności dydaktycznej, naukowej i zawodowej w poprzednim okresie zatrudnienia. Osoby ubiegające się o zatrudnienie winne posiadać II stopień specjalizacji.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają następujące dokumenty:

1. Podanie
2. Życiorys
3. Spis publikacji
4. Kwestionariusz osobowy + zdjęcie
5. Odpis dyplomu lekarza
6. Odpis dokumentu stwierdzającego posiadanie stopnia naukowego doktora lub doktora habilitowanego
7. Odpis zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
8. Odpis zaświadczenia o posiadaniu specjalizacji II stopnia
9. Zaświadczenie o braku zastrzeżeń ze strony Okręgowej Izby Lekarskiej
10. Opinia o przebiegu pracy zawodowej.

Dokumenty należy składać w terminie do dnia 15 kwietnia 1995 r. na adres:

Dział Kadr Akademii Medycznej, 50-367 Wrocław, ul. Pasteura 1, tel. 22-65-22

Termin rozstrzygnięcia konkursu przewiduje się na dzień 25 kwietnia 1995 r.

Uwaga: osoby zatrudnione na stanowisku nauczycieli akademickich w Akademii Medycznej we Wrocławiu zwolnione są ze składania dokumentów w punktach 1-10.

Dziekan
dr hab. Renata Jankowska
Profesor nadzwyczajny

Dziekan Wydziału Lekarskiego w Katowicach Śląskiej Akademii Medycznej

ogłasza konkurs na stanowisko

profesora
zwyczajnego

w:

II Katedrze i Klinice
Chorób Wewnętrznych

II Klinice Kardiologii
Instytutu Kardiologii

Katedrze Farmakologii
Zakładzie
Farmakologii Klinicznej

Kandydaci na to stanowisko winni spełniać następujące warunki:

1. Posiadać tytuł naukowy profesora.
 2. Wybitną pozycję w dziedzinie nauki.
 3. Znaczne osiągnięcia dydaktyczno-wychowawcze i organizacyjne.
- Zgłoszenie na konkurs winno zawierać:
- podanie o przystąpienie do konkursu
 - autoreferat
 - odpis nadania tytułu naukowego profesora
 - spis publikacji z podziałem na:
 - a. powstałe przed habilitacją
 - b. powstałe przed uzyskaniem tytułu profesora
 - c. powstałe po uzyskaniu tytułu profesora.

Termin przyjmowania zgłoszeń do 28.04.1995 r.

Przewidywany termin zakończenia konkursu 30.05.1995 r.

Kandydatom spoza Katowic Uczelnia nie zapewnia mieszkania.

Dokumenty należy składać w Dziale Spraw Osobowych w Katowicach, ul. Poniatowskiego 15.

Dziekan Wydziału Lekarskiego
w Katowicach
prof. dr hab. n. med. Barbara Zahorska-Markiewicz

Dziekan Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej we Wrocławiu

ogłasza konkurs otwarty na stanowisko

kierownika

Katedry Onkologii i Kliniki
Ginekologii Onkologicznej.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni spełniać następujące warunki:

- Posiadać stopień doktora habilitowanego nauk medycznych.
- Wykazać się odpowiednimi osiągnięciami zawodowymi w dziedzinie nauki, dydaktyki, kształcenia kadry naukowej i kierowania zespołami badawczymi.
- Spełniać wymogi przewidziane w art. 79 ustawy o szkolnictwie wyższym.
- Nieprzekroczony 60-ty rok życia.

Do zgłoszenia należy dołączyć następujące dokumenty:

1. Deklarację przystąpienia do konkursu.
2. Życiorys z uwzględnieniem pracy zawodowej.
3. Informację o osiągnięciach naukowych i dydaktycznych.
4. Dokument stwierdzający posiadanie stopnia naukowego doktora habilitowanego i odpowiedniej specjalizacji.
5. Zaświadczenie o braku zastrzeżeń ze strony Okręgowej Izby Lekarskiej właściwej dla miejsca zatrudnienia kandydata.

Zgłoszenia prosimy nadsyłać w terminie do dnia 20 kwietnia 1995 r. na adres:

Akademia Medyczna
Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego

Dziekanat
ul. Mikulicza Radeckiego 5/7
50-367 Wrocław

Przewidywany termin zakończenia konkursu: 20 kwiecień 1995 r.

Dziekan
Dr hab. Renata Jankowska
Profesor nadzwyczajny

Dyrekcja Wojewódzkiego Ośrodka Profilaktyczno -Sanatoryjnego

w Mosznej

ogłasza konkurs na stanowisko

Ordynatora

Oddziału
Psychosomatycznego

Wymagana specjalizacja II stopnia z zakresu psychiatrii lub chorób wewnętrznych z doświadczeniem w leczeniu psychosomatycznym.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni przedstawić:

1. podanie
2. dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji zawodowych
3. inne dokumenty określone w rozp. MZiOŚ z dnia 5 marca 1992 r. (Dz. U. Nr 22, poz. 96 i Nr 91, poz. 459).

Oferty należy kierować w terminie 30 dni licząc od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia w miesięczniku "Gazeta Lekarska" na adres:

Wojewódzki Ośrodek Profilaktyczno-Sanatoryjny w Mosznej
pocztą 47-370 Zielina (woj. opolskie) z dopiskiem "Konkurs".

Zapewniamy mieszkanie rodzinne.

Z poważaniem

Dyrektor
dr n. med.
Zygmunt Więcek

Dziekan Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej we Wrocławiu

ogłasza konkurs na obsadę

4 stanowisk

asystentów

w Zakładzie
Medycyny Rodzinnej

O stanowiska te mogą ubiegać się osoby posiadające dyplom lekarza i pragnące specjalizować się w zakresie danej dyscypliny medycznej.

Preferowane będą osoby po odbytych stażu podyplomowym.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają następujące dokumenty:

1. Podanie
2. Życiorys
3. Kwestionariusz osobowy + zdjęcie
4. Odpis dyplomu ukończenia studiów medycznych
5. Ewentualne referencje i opinie

Dokumenty w terminie do dnia 28 kwietnia 1995 r. należy składać na adres:

Dział Kadr Akademii Medycznej
ul. Pasteura 1
50-367 Wrocław

Termin rozstrzygnięcia konkursu przewiduje się do dnia 1 czerwca 1995 r.

Dziekan
Dr hab. Renata Jankowska
Profesor nadzwyczajny

Dziekan Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej we Wrocławiu

ogłasza konkurs otwarty na stanowisko

kierownika

Katedry i Kliniki
Chirurgii Urazowej

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni spełniać następujące warunki:

- Posiadać stopień doktora habilitowanego nauk medycznych.
- Wykazać się odpowiednimi osiągnięciami zawodowymi w dziedzinie nauki, dydaktyki, kształcenia kadry naukowej i kierowania zespołami badawczymi.

- Spełniać wymogi przewidziane w art. 79 ustawy o szkolnictwie wyższym.
- Nieprzekroczony 60-ty rok życia.

Do zgłoszenia należy dołączyć następujące dokumenty:

1. Deklarację przystąpienia do konkursu.
2. Życiorys z uwzględnieniem pracy zawodowej.
3. Informację o osiągnięciach naukowych i dydaktycznych.
4. Dokument stwierdzający posiadanie stopnia naukowego doktora habilitowanego i odpowiedniej specjalizacji.
5. Zaświadczenie o braku zastrzeżeń ze strony Okręgowej Izby Lekarskiej właściwej dla miejsca zatrudnienia kandydata.

Zgłoszenia prosimy nadsyłać w terminie do dnia 20 kwietnia 1995 r. na adres:

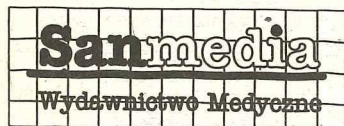
Akademia Medyczna
Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego

Dziekanat
ul. Mikulicza Radeckiego 5/7
50-367 Wrocław

Przewidywany termin zakończenia konkursu: 20 kwiecień 1995 r.

Dziekan
Dr hab. Renata Jankowska
Profesor nadzwyczajny

KSIĄŻKI



Książki z serii:
Medycyna Rodzinna

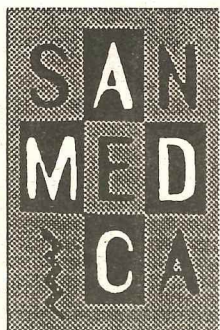
J. Coope
**Nadciśnienie tętnicze w
praktyce lekarza rodzinnego**
Tłumaczył z ang. Z. Miśkiewicz.
Wydawnictwo Medyczne SAN-
MEDICA

A.F. Wright
**Depresja w praktyce
lekarza rodzinnego**
Tłumaczyła z ang. B. Majko-
wska-Zwolińska
Wydawnictwo Medyczne SAN-
MEDICA

Stomatologia:
Książki z serii: Biblioteka Sto-
matologa Praktyka

H. Wilson, J. McLean, D. Brown
**Materiały stomatologiczne i
ich zastosowanie kliniczne.**
Wydawnictwo Medyczne SAN-
MEDICA

W przygotowaniu:
Z serii:
Medycyna Rodzinna



M. Levy, S. Hilton
**Astma w praktyce
lekarza rodzinnego**

E. Martin
**Padaczka w praktyce
lekarza rodzinnego**

Z serii:
Biblioteka Stomatologa Praktyka

R.M. Basker, A. Harrison,
J.P. Ralph, C.J. Watson
**Protezy nakładowe w ogólnej
praktyce stomatologicznej**

Ogłoszenia drobne

Sprzedam rentgen stomato-
logiczny Philipsa 4-letni, wy-
woływarkę. Wrocław
670093.

Sprzedam unit stomatologi-
czny. Milicz (0728) 41757.

Lasery dla szerokiego zakresu zastosowań medycznych: bio-
stymulacyjne, chirurgiczne, koagulujące, do opracowywania
twardych tkanek zębów. Znakomite do wyposażenia gabinetów:
stomatologicznych, dermatologicznych, laryngologicznych,
ginekologicznych, okulistycznych oraz rehabilitacji, reumatolo-
gii i akupunktury. Oferuje -

Laser Instruments

Centrum Techniki Laserowej

w Warszawie, ul. Kasprzaka 29/31
i nasz wyłączny przedstawiciel na Dolny Śląsk

Ultra Med

Wrocław, ul. Śniadeckich 10.

U nas kupisz sprzęt najnowszej generacji produkcji własnej na
podzespołach zachodnich. Oferujemy najnowocześniejsze roz-
wiązania konstrukcyjno-eksploatacyjne po bardzo konkurencyj-
nych cenach.

Zapewniamy szybkie terminy dostaw, serwis gwarancyjny i
pogwarancyjny. Umożliwiamy otrzymanie dogodnego kredytu
na zakup naszego sprzętu. Prowadzimy kursy dotyczące zasto-
sowań laserów w medycynie. Przy zakupie lasera oferujemy
bezpłatne szkolenie.

Przyjdź, zobacz lub zadzwoń, uzgodnij co Ci potrzeba. Tel.
Warszawa 360-073, 361-163, Wrocław 483-966. Biuro czynne
od godz. 10.00 do 16.00 (oprócz sobót).

Nasi specjaliści są do Państwa dyspozycji.
Serdecznie zapraszamy.

Biuro Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

50-333 Wrocław
ul. J. Matejki 6
tel. 22-50-56, 22-50-57,
22-50-58, fax 22-48-44
Konto BGŻ O/Wrocław
893022-9537-2710

Dyrektor

mgr Danuta Jarosz

Sekretariat

Elżbieta Banot
Patrycja Malec
Anna Paschke

Ewidencja

Krystyna Popiel
Irena Skrabka
Alicja Sokołowska

Radca prawny

mgr Beata Kozyra-Lukasiak
poniedziałek-wtorek
13.00-15.00

Główna księgowa

Karolina Dembińska

Kasjerka

Maria Gała
poniedziałek-piątek
10.00-15.00

Kasjerka Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskie

Barbara Nuckowska
wtorek, czwartek
12.00-15.00

Sekretariat Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Dziuba
mgr Jolanta Sułkowska

Filie biura w delegaturach

Jelenia Góra

ul. Sobieszowska 8,
58-500 Jelenia Góra-
Cieplice
tel. (8751) 520-43
Irena Kubica
poniedziałek-piątek
10.00-13.00
(pełnomocnik DIL
Aldona Białas)

Wałbrzych

al. Wyzwolenia 22,
58-300 Wałbrzych
tel. (8741) 261-20
Bożena Popielawska
poniedziałek-piątek
8.00-15.00
(pełnomocnik DIL
Jan Adamus)

Legnica

pl. Słowiański 1,
59-220 Legnica
tel. (876) 662-03
Stanisława Płotnicka
wtorek 8.00-16.00
środa, czwartek, piątek
11.00-15.00
(pełnomocnik DIL
Jerzy Malkiewicz)

Terminy dyżurów

Przewodniczący
Włodzimierz Bednorz
(wtorek 13.00 - 15.00)

Zastępcy przewodniczącego
Ryszard Łopuch
(czwartek 13.00 - 14.00,
poniedziałek 12.00 13.30)

Krystyna Kochman
(czwartek 14.00 - 15.00)

Zdzisław Płamieniak
(środa 13.00 - 15.00)

Sekretarz
Maciej Przestalski
(wtorek 13.00 - 15.00)

Skarbnik
Andrzej Szmiada
(wtorek 13.30 - 14.30,
czwartek 11.00 - 14.00)

Przewodniczący sądu lekarskiego
Lech Żynda (czwartek 14.00 - 15.00)

**Rzecznik odpowiedzialności
zawodowej**
Jerzy Szkarłat (środa 13.00 - 14.00)

Komisja Rewizyjna
Jarosław Terpiński
(trzeci wtorek miesiąca 10.00)

**Przewodniczący komisji
problemowych:**

Komisja Etyki
Ryszard Rzeszutko
(czwartek 12.00 - 13.00)

Komisja Finansowa
Andrzej Niedziółka

Komisja Informacyjna
Andrzej Wojnar
(czwartek 13.00 - 14.00)

Komisja Kształcenia
Wanda Poradowska-Jeszke
(środa 14.00 - 15.00)

Komisja Legislacyjna
Janina Kasprzak-Wójtowicz
(wtorek 14.00 - 15.00)

Komisja Organizacyjna
Andrzej Kozirowski

Komisja Pracy i Warunków Placy
Konrad Leśniakowski
(czwartek 14.00 - 15.00)

**Zespół ds. Praktyk Prywatnych i
Prywatyzacji**
Aleksander Niedzielski
(trzeci czwartek miesiąca godz. 13.30)

Komisja Skarg i Wniosków
Andrzej Drak
(poniedziałek 14.00-15.00)

Komisja Socjalna
Teresa Agopsowicz - Olipra
(pierwszy piątek miesiąca godz. 13.00)

Komisja ds. Stomatologii
Jerzy Piekarski
(pierwszy wtorek miesiąca
12.30 - 13.30)

**Komisja ds. Reformy i Współpracy z
Samorządem Terytorialnymi i
Prywatyzacji**
Ryszard Łopuch
(czwartek 10.00)

Komisja Współpracy z Zagranicą
Barbara Bruziewicz-Miklaszewska
(trzeci piątek miesiąca 13.00 - 15.00)

**Członkowie Koła Lekarzy Senio-
rów spotykają się w ostatni piątek
miesiąca o godz. 12.00**

**Grupa Lekarek Dolnośląskich
MWiA spotyka się w każdy ponie-
dzialek o godz. 13.30.**

Dolnośląska Izba Lekarska z siedzibą we Wrocławiu uprzejmie informuje o możliwości zamieszczenia w naszym "Medium" informacji dotyczących:

leków, przetworów galenowych, preparatów ziołowych, aparatury medycz-
nej, sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego, środków opatrunkowych,
komputerów, konkursów na ordynatorów i dyrektorów, i wszelkich innych
związanych z lecznictwem.

"Medium" ukazuje się co miesiąc i wysyłane jest na adres domowy do około
9500 lekarzy z województw: jeleniogórskiego, legnickiego, wałbrzyskiego i
wrocławskiego.

AKTUALNY CENNIK

1. Ogłoszenia drobne - 1 (10 000 starych) zł za słowo (płatne z góry).
2. Ogłoszenia duże:

FORMAT (strona)	KOLOR PODSTAWOWY	PEŁNY KOLOR (strony: 8,9,16)	PEŁNY KOLOR ZEWNETRZNA OKŁADKA
1= 40 modułów	1 920	2 860	-----
1/2= 20 modułów	960	1 430	1 720
1/4= 10 modułów	480	715	860
1/8= 6 moduły	288	429	516
1/16= 3 moduły	144	214,5	258
1 moduł (4x5 cm)	48	71,5	86
	480 000	715 000	860 000

UWAGA!!!

Ogłoszenia o pracy oraz informacje o konferencjach, sympozjach, spotka-
niach naukowych zamieszczamy bezpłatnie.

Istnieje możliwość indywidualnego negocjowania cen.

**Prosimy, aby ogłoszenia informujące o terminach spotkań, posiedzeń
itp. dostarczać redakcji 2 miesiące przed ich terminem. Gwarantujemy
wówczas, że ogłoszenie dotrze odpowiednio wcześniej do wszystkich
zainteresowanych lekarzy.**

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska
50-333 Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 22-50-56, 22-50-57, 22-50-58.
Konto BGŻ Wrocław 893022-9537-2710.

Komitet redakcyjny:

W. Bednorz, R. M. Dudzik - redaktor graficzny,
J. Piekarski, K. Pociękin, E. Pomorska
A. Wojnar - redaktor naczelny,

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca
materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo skracania i
adiustacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmiany w tytułach.
Numer zamknięto 7 kwietnia 1995 r.

Skład komputerowy i druk:
Norpol-Press sp. z o.o., tel. 255634, ul. Żmigrodzka 107, Wrocław.

HOROSKOP

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

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

Baran

(21.03. - 20.04.)

Barany odznaczają się silnym ciałem, jeśli jednak chorują bardzo swoje cierpienie celebrować. Ich najsłabszym organem są drogi żółciowe i moczowe. Nie lubią się leczyć, wierzą raczej we własne metody i przecucia.

Byk

(21.04. - 20.05.)

Odznaczają się dużymi zdolnościami hipnotycznymi i telepatycznymi. Ich słabą stroną jest dół brzucha narządy płciowe i nerki. Byki najgorzej czują się w zimie, na wiosnę wraca im humor i zdrowie.

Bliznięta

(21.05. - 21.06.)

Bliznięta nie znoszą monotonii i zastoju. Wciąż gonią za czymś nowym, to wprowadza w ich życie niepokój i nerwowość, to może wpędzić je w rozstrój, a nawet chorobę. Nerwowość powoduje, że ich słabym punktem są nerwy i wątroba.

Rak

(22.06. - 22.07.)

Wielkie zdolności do przepowiadania przyszłości wiążą się u Raków ze słabością głowy - mózgu, oczu, zębów. Muszą dbać o głowę i nie przeziębować się, a także starać się utrzymywać równowagę psychiczną.

Lew

(23.07. - 23.08.)

Lew kwitnie gdy jest w centrum zainteresowań. Nieumiejętność dominacji może być powodem zaburzeń psychicznych. Najsłabszą częścią ciała Lewów jest serce. Gdy mają powodzenie, nie chorują.

Panna

(24.08. - 23.09.)

Odznaczają się wielką odpornością psychiczną, ale mają słabe jelita i żołądek. Niepowodzenia i rozdrażnienie psychiczne mogą być powodem choroby tych narządów. Nie lubią samotności, choć często ją wybierają i cierpią.

Waga

(24.09. - 23.10.)

Nagłe zmiany i zaskoczenia są ich wrogiem, powodują niemożność skupienia i wywołują nielogiczne działania. Ich najwrażliwszą częścią jest pęcherz i narządy płciowe. Nerwowy tryb życia może spowodować poważne ich zaburzenia.

Skorpion

(24.10. - 22.11.)

Musi się realizować inaczej, traci poczucie własnej osobowości. Musi walczyć lub zgiąć. Zgryzoty nadwężają mu wątroby i osadzają kamienie w woreczku żółciowym. Potrafi być bezwzględny.

Strzelec

(23.11. - 21.12.)

Stawia sobie najwyższe wymagania, jeśli nie może im sprostać wpada w frustrację. Najsłabsze organy to oskrzela i płuca. Musi unikać zanieczyszczeń, zapyłonych i zatrutych terenów.

Koziorożec

(22.12. - 20.01.)

Wrodzony chłód i niewrażliwość na sprawy innych powodują, że inni też zachowują dystans. Unikają ludzi wrażliwych i intuicyjnych. Cierpią jeśli nie są w centrum zainteresowań. Jelito grube i wątroba są ich słabymi organami.

Wodnik

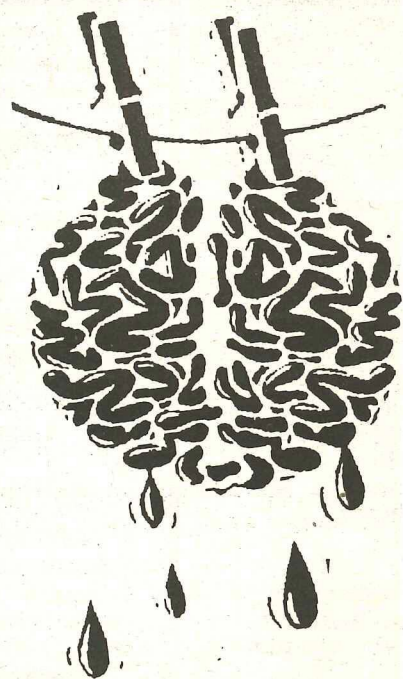
(21.01. - 19.02.)

Nie lubi systematyczności. Zmuszony do długotrwałego wysiłku ucieka w chorobę. Otoczenie zamęcza swą drobiazgowością, czasem pedanterią. Słabym organem Wodników jest jelito i ucho, musi się wystrzegać wiatrów.

Ryby

(20.02. - 20.03.)

Ich rozdrażniona psychika powoduje, że mają dar przewidywania, a nawet wieszczczenia, ale nigdy w stosunku do siebie. Niepowodzenia odbijają się na ich gardle, oskrzelach i nerkach. Powinny się wystrzegać alkoholu.



HUMOR NUMERU

Wiosenne pranie mózgu

ZAPISKI EMERYTA

W poczekalni

CZ. 2

Pan widzę cierpiący. - Zagadnął człowieka w niebieskim kubraczku.

To przez te nogi, bolą i bolą. Gdzie ja już nie byłem z nimi, u znachora, bioenergoterapeuty... u tego Harisona i u kręglarza - nic nie pomogło. Pan myśli, że ten tu mi pomoże?

- Na pewno. To dobry doktor. Wysłucha człowieka, pobała i powie. Ta cała kolejka to do niego.

- Ale była tu taka Jadzia. - Wtrąciła się kobiecina. - Mówiła takie same skargi jak pan i co wyszło? Rak! Rak mości panie. Operację miała.

- To może i u mnie rak? - Gorsza samica czy samiec? - Spytała się sąsiadka.

- One wszystkie jednakie. Jak już chwyci, to nie puści.

- Może pomogłaby Tołpa?

- A co tam. Teraz jak Tołpa jest w aptece, to przestała działać. Kiedyś człowiek postął w kolejce. Zapłacił. Popijał se tego słonego płynu, to pomagało. A w fabryce, to zatracają się moce tego torfu. Wie pan... Nie ma to już duszy.

Znajomy był u ruskiego doktora, po kryjomu. Im podobno nie wolno u nas leczyć. W oczy mu patrzył, mocz oglądał pod światło, nawet jeden włos wyrwał do badania. Woreczek ziół musiał od niego kupić. Ale czy takie ruskie zioła pomogą na polską chorobę?

- A co u pana dobrodziejca?

- Ja już po operacji. Woreczek mi wycieli.

- I jak zdrowko?

- Było już trochę lepiej, ale jak tu siedziałem wczoraj, to jedna taka w koku, przyznała mi się, że wszystko jej ustąpiło dopiero po roku od operacji. Więc muszę jeszcze poczekać.

- Mówi pan, że jednak trochę lepiej.

- Niby lepiej, ale jeść dużo nie mogę, wzdęcia mam. Co to za życie, kiedy nie wolno bigosu, pierogów, naleśników i cebulki smażonej.

- Coś pan! W dwa tygodnie po operacji takie frykasy?

- Ale żarłok! - Dobiegł głos z końca kolejki.

- Moja blizna zagojona na cacy.

Proszę spojrzeć. - Gruba w koku nagle podniosła bluzkę. - Prawda jaka ładna? A u pana?

- Oj, nieładnie! Mogą szwy wychodzić. Mojej sąsiadce to przez kilka miesięcy wychodziły. Ropiało, ropiało i wychodziło. Takie białe jak robak.

- Może to były robaki?

- A kto ich tam wie, może i były.

- Jednemu to gruba czerwona blizna się zrobiła, a innemu pozaciągana, ze zrostami.

Nagle otworzyły się drzwi gabinetu. - Następny proszę. - Powiedział pan doktor.

Siedzący najbliżej otoczyli wychodzącego.

- Co panu przepisał? Eee, te tabletki nie pomogły mojej szwagierce, a tamte teściowej. Wątpię żeby panu pomogły. Ale spróbować można. A w ogóle to módl się pan, żeby organizm był skłonny przyjąć leki! Znam taką, że nie weźmie tabletki bez wahadełka. Wahnie w lewo - tabletki do kubła, w prawo - dobra. W szpitalu robiła to samo w tajemnicy przed siostrami i lekarzem. Tylko dzięki temu wyszła zdrowa.

W drzwiach znowu ukazał się lekarz.

- Proszę następnego pacjenta.

- Co panu dolega? Dlaczego pan tak drży?

- Już nic! Chyba nic. Poczekalnia mnie wyleczyła.

dr Józef
- emeryt

KRZYŻÓWKA

Litery z pół oznaczonych kropkami, czytane rzędami, utworzą rozwiązanie.
Dariusz Śniadecki

Hasło prosimy przesyłać pod adres:

Dolnośląska Izba
Lekarska
ul. Matejki 6
50-333 Wrocław.

Wśród nadawców odpowiedzi rozlosujemy nagrody książkowe.

Spośród Czytelników, którzy nadesłali prawidłowe rozwiązanie, które brzmi

"bulimia"
nagrody wylosowali

Alicja Kozuch z
Dzierżoniowa i
Ewa Reszczyńska z
Wrocławia.

truci- zna z kul- czyby	istotna cecha grządka	dział histo- logii z areną	prze- ciwnik torysa	otyłość	zaleta	zodiaku lub zakazu
część spłaty elektor			wybitny lekarz starożytny pepsi	ogło- szenie	włókno szt. z Torunia	
			los			
piętro w kinie			zato- piony statek			
		wagon- plat- forma		buty na kółkach	do ubi- jania śniegu	
samo- chód			szum "tyl- obrazu"			
azjat. gryzoń nadrze- wny	jedna z kończyn	ciężarówka wypływa z flisak Ładogi		rasa kró- lików		
		wokół bioder	dawna moneta			
powieść Prusa	dzien- nikarz radiowy		boleń			
			miasto w Izraelu nad M. Śród- ziem.			
wieko	drzewo przy drzewie		wrzask			

Uśmiech w białym fartuchu

Przychodzi chłop do lekarza okulisty:
- Powinien pan nosić okulary, panie Kowalski. - radzi
życzliwie lekarz.

- Przecież mam je na nosie, panie doktorze.
- Ach, w takim razie ja powinienem nosić okulary.

W środku nocy pielęgniarka w szpitalu budzi pacjenta.
- Co się stało? - Pyta zaspany chory.
- Zapomniał pan wziąć tabletki nasenne.

- Potrzebna mi pana pomoc - zwraca się pacjent do
psychiatry.

- Pana zawód?
- Jestem psychiatrą.

Późnym wieczorem pielęgniarka widzi w szpitalnej świet-
licy staruszkę tkwiącą przed telewizorem.
- Podchodzi do niego i mówi:
- Dosyć już tej telewizji! Idziemy do łóżka!
- Siostrzyczko, a jak nas ktoś przyłapie?

- Panie doktorze, proszę mnie skierować na EKG.
- Dlaczego pani sądzi, że to konieczne?
- Bo po ostatnim dobrze się czułam!