



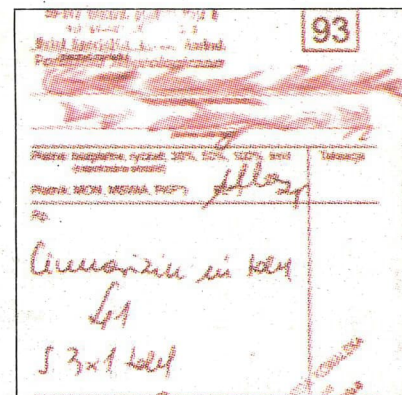
str. 6

## Nie spodziewałem się aż tylu problemów



str. 12

## Zmienia się centrum zainteresowania medycyny akademickiej



str. 4



Zdjęcie Krzysztof Drobiński

W grudniu 1998 roku Dolnośląska Izba Lekarska przeżyła prawdziwe sądne dni. Tworzyły się dawno zapomniane prawdziwe kolejki do ewidencji. Wszyscy chcieli oczywiście zarejestrować gabinet (gabinety) prywatne. Tylko izby je rejestrują!

## Obleżona izba

czytaj na str.3

## Czy lekarz przeżyje reformę?

str. 3

Na tak zadane pytanie nasza ulubiona Pani Minister odpowiada - nie wiem, chodzi o to, aby pacjentowi było lepiej! Lekarze przecież są tym elementem systemu, który generuje koszty. Nie będzie lekarzy - będzie taniej.

## 0 nowych zasadach wypisywania recept

SZPALTA

NACZELNEJ



Nadszedł dzień, od którego zaczęły działać kasy chorych. Od pierwszych chwil towarzyszyło temu wydarzeniu wiele niejasności, wciąż nie było i nadal jeszcze nie ma wszystkich przepisów wykonawczych do Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 r.

Wątpliwości jak działać mają lekarze, aptekarze, organizatorzy służby zdrowia i pacjenci.

Pacjenci nie wiedzieli wcześniej, że do zarejestrowania dziecka do lekarza POZ potrzebny będzie jego pesel. Rodzice nie znają peselu swoich dzieci. Musieli dowiadywać się o niego w urzędzie, gdzie natychmiast utworzyły się długie kolejki oczekujących na te informacje. Dokładne poinformowanie całego społeczeństwa we wszystkich dostępnych mediach o warunkach, w jakich będzie udzielana pomoc medyczna po 1 stycznia 1999 roku, jakie będą do tego potrzebne dodatkowe zaświadczenia, ułatwiłoby sytuację chorych i lekarzy.

W przychodniach utworzyły się wielodniowe kolejki do lekarzy pierwszego kontaktu i ci, których na to stać zwrócili się o pomoc do lekarzy prywatnie praktykujących.

Większość lekarzy przeżywa wraz ze swymi pacjentami ich frustrację. Doktor pediatra powiedziała mi: - Przyjmuję wszystkie dzieci, nie odsyłam rodziców po pesel i skierowanie. Nie chcę wpędzać w zdenerwowanie dzieci i ich rodziców. Wierzę, że uzupełnią brakujące dane i dokumenty. Najważniejsza wydaje mi się pomoc choremu.

Lekarz internista z wrocławskiej przychodni skomentował sytuację: - Szkoda, że minister Knysok nigdy nie była w harcerstwie, bo gdyby prowadziła kiedyś zastęp lub drużynę, to wiedziałaby, że na biwak do lasu trzeba zabrać ze sobą namiot i zapałki. W kierowanej przez nią reformie zabrakło wyobraźni i zdolności organizacyjnych.

Pacjenci przeżywają lęk, że w razie nagłego wypadku lub choroby nie otrzymają właściwej opieki medycznej, lekarze zaś obawiają się, że stracą pracę, zaufanie swoich pacjentów, a ich sytuacja materialna pogorszy się.

Tymczasem dyrektor Dolnośląskiej Kasy Chorych mgr Barbara Misińska na spotkaniu w DIL powiedziała, że u lekarzy POZ zarejestrowało się 3 800 000 pacjentów, to jest niemal dwa razy więcej niż województwo wrocławskie liczy mieszkańców. Te dane zweryfikują pierwsze miesiące działania kasy. Sytuacja finansowa dolnośląskiej kasy jest bardzo trudna, bowiem z pieniędzy pożyczonych z budżetu państwa na pierwszy miesiąc działania kasy będą wypłacane 13 pensje lekarzy i opłaty za grudniowe dyżury.

Po takich wiadomościach mogą tylko życzyć Państwu w Nowym 1999 Roku obyśmy zdrowi byli.

Elżbieta Pomorska

## Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

nr 98/98  
z dnia 17 grudnia 1998 roku

Na podstawie art. 25 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30, poz. 158 z późniejszymi zmianami) uchwała się co następuje:

### § 1

W związku z uchynieniem przez Naczelną Radę Lekarską uchwałą nr 46/98/III z dnia 13.11.1998 r. uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej nr 70/98 z dnia 24.09.1998 r. w sprawie opłaty za wydanie zezwolenia oraz zaświadczenia stwierdzającego wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, przyjmuje się, iż opłata w wysokości 150 złotych za wydanie zezwolenia oraz wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich stanowi pierwszą ratę stawki opłat, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23.04.1998 r. w sprawie opłaty za wydanie zezwolenia oraz dokumentów stwierdzających wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich i specjalistycznych praktyk lekarskich (Dz.U. nr 58, poz. 373).

### § 2

Pozostałą część należnej opłaty należy wyrównać do końca 1999 roku.

### § 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Przewodniczący Dolnośląskiej Rady Lekarskiej*  
*dr n. med. Włodzimierz Bednorz*  
*Sekretarz Dolnośląskiej Rady Lekarskiej*  
*lek. med. Wojciech Firkowski*

101/98  
z dnia 17 grudnia 1998 roku

Na podstawie art. 23 ustawy z dn. 17.05.1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30, poz. 158 z późn. zm.), art. 50 ustawy z dn. 5.12.1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. nr 28, poz. 152 z późn. zm.) oraz § 3 rozporządzenia MZiOS z dn. 23.04.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich i indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich oraz wzorów rejestrów (Dz.U. nr 58, poz. 371), uchwała się co następuje:

### § 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu ustala regulamin wizytacji oraz zwrotu kosztów wizytacji gabinetów lekarskich stanowiących załącznik do niniejszej uchwały.

### § 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Przewodniczący Dolnośląskiej Rady Lekarskiej*  
*dr n. med. Włodzimierz Bednorz*  
*Sekretarz Dolnośląskiej Rady Lekarskiej*  
*lek. med. Wojciech Firkowski*

nr 2/99

z dnia 14 stycznia 1999 roku

Na podstawie art. 25 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158 z późniejszymi zmianami) uchwała się co następuje:

## List otwarty do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Zarządu Głównego Związku Zawodowego Anestezjologów

W ostatnich dniach protest anestezjologów stał się jednym z głównych tematów środków publicznego przekazu. Zaczął on też służyć załatwianiu interesów indywidualnych, grupowych czy politycznych. W zamieszczeniu informacyjnym cele protestu poddane zostały manipulacjom.

Wydaje się konieczne zwrócenie uwagi na podstawowe elementy warunkujące zaistniałą sytuację i wezwanie do natychmiastowego przerwania konfliktu.

1. Anestezjologia i intensywne terapię jest bardzo ważną dyscypliną medyczną w nowoczesnym systemie lecznictwa. Rozwój tej dyscypliny w Polsce jest bardzo korzystny. Poziom usług, program szkolenia, zainteresowania badawcze polskiej anestezjologii uznane są bardzo wysoko przez organizacje międzynarodowe zarówno europejskie, jak i światowe. Żaden z sukcesów jakiegokolwiek zabiegowej dyscypliny medycznej oraz większości zachowawczych nie mógłby powstać bez znaczącego udziału anestezjologów.

2. Protesty anestezjologów przełomu 97/98 miały dwa zasadnicze cele: stworzenie formalnych zasad bezpieczeństwa chorych znieczulanych i leczonych w oddziałach intensywnej terapii oraz zapewnienie lekarzom wykonującym niezwykle odpowiedzialny zawód materialnych gwarancji w postaci stałych dochodów na odpowiednim poziomie. Należy szczególnie podkreślić, że protest anestezjologów dotyczący wysokości wynagrodzenia nigdy nie był traktowany jako protest grupowy. Sygnalizował on także niewspółmierne do wykonywanej pracy zarobki pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii oraz na stanowiskach anestezjologicznych, a także pozostałego personelu zaangażowanego w interdyscyplinarny proces leczenia najcięższych chorych. Był również sygnałem, że oficjalne zarobki pracowników ochrony zdrowia, niezależnie od specjalizacji, nie odpowiadają obecnie nakładowi pracy i odpowiedzialności wobec wymagań społeczeństwa.

3. Ustalenie zasad bezpiecznego znieczulenia i organizacji intensywnej terapii znalazło swój wyraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z lutego 1998 r. Rozporządzenie to stworzyło warunki do starań o zapewnienie usług anestezjologicznych na poziomie europejskim. Stanowiło ono pozytywny przykład kształtowania rozwoju specjalizacji medycznych w oparciu o uzgodnione standardy i wytyczne postępowania.

4. Zmiany zasad opłacania usług anestezjologicznych znalazły swą formę w systemie kontraktów. System ten, lansowany przez MZiOS przyniósł doraźnie niektórym grupom lekarzy bardzo wysokie zyski, a innym żadne korzyści. Zdarzały się przypadki, że w zespołach wykonujących podobną pracę, jedna grupa (kontraktowa) otrzymywała wielokrotność zarobków drugiej grupy, której tylko przeszkody administracyjne uniemożliwiły zdobycie większych pieniędzy. Wysokość zarobków uzyskanych w kontraktach nie była określana i regulowana przez anestezjologów. Geneza i historia przyznawania i realizacji kontraktów usług medycznych w roku 1998 winna być poddana gruntownej analizie czynników kontrolnych i podana do publicznej wiadomości.

5. Nieprecyzyjne sformułowania użyte w piśmie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 grudnia 1998 do Zarządu Głównego Związku Zawodowego Anestezjologów obudziły wielkie nadzieje na możliwość zawierania odrębnych, na negocjowanych warunkach umów o świadczenia anestezjologiczne z Kasami Chorych przez niepubliczne anestezjologiczne ZOZ-y. Protesty anestezjologów nasiliły się, gdy okazało się, że jest to obietnica nie do spełnienia.

6. Na progu roku 1999 wprowadzenie reformy zdrowotnej postawiło anestezjologów w niezwykle trudnej sytuacji. Całe zespoły pozostały bez pracy, możliwości zarobkowania są niejasne,

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wnioskuję o odwołanie Sekretarza NRL Konstantego Radziwiłła z powodu naruszającego art. 65 Kodeksu Etyki Lekarskiej uczestnictwa w reklamie telewizyjnej.

### § 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Z-ca Przewodniczącego Dolnośląskiej Rady Lekarskiej*  
*dr n. med. Andrzej Wojnar*  
*Sekretarz Dolnośląskiej Rady Lekarskiej*  
*lek. med. Wojciech Firkowski*

**REGULAMIN WIZYTACJI ORAZ ZWROTU KOSZTÓW WIZYTACJI GABINETÓW LEKARSKICH**  
**Regulamin zwrotu kosztów wizytacji gabinetów lekarskich, zgodnie z uchwałą Dolnośląskiej Rady Lekarskiej nr 81/98 z dnia 24.09.1998 r.**

1. Zwrot kosztów wizytacji w gabinetach lekarskich odbywać się będzie raz na kwartał.
2. Listę osób wizytujących, zawierającą adres wizytowanego gabinetu oraz dzień wizytacji, zbiorczo sporządzą pełnomocnicy.
3. Jeśli w wizytowanym obiekcie mieści się więcej niż jedna praktyka, zwrot kosztów wizytacji wynosi:
  - \* do 50 złotych za pierwszy gabinet,
  - \* 10 złotych za każdy następny.
4. Osoby wizytujące ustalą z wizytowanym termin wizytacji.
5. Wypłata zwrotu kosztów wizytacji gabinetów nastąpi w kasie DIL po zaakceptowaniu przez skarbnika DRL.

*Przewodniczący Dolnośląskiej Rady Lekarskiej*  
*dr n. med. Włodzimierz Bednorz*  
*Sekretarz Dolnośląskiej Rady Lekarskiej*  
*lek. med. Wojciech Firkowski*

wątpliwa stała się też stabilność zawodowa, możliwości kształcenia podyplomowego, zmalały szanse na utrzymanie z pracy zawodowej rodziny i samego lekarza.

7. Doniesienia w mediach sugerują różne próby rozwiązania istniejącego konfliktu: zagraniczni „anestezjodolodzy”, wojsko, mobilizacja chirurgów przeszkolonych przed ćwierćwieczem w podstawach znieczulenia, zastąpienie lekarzy anestezjologów przez przeszkolone pielęgniarki, zwiększony import eteru dwuetylowego. Wszystkie te pomysły stwarzają atmosferę nieodpowiedzialnego zagrożenia, szczególnie dla pacjenta stojącego w obliczu utraty zdrowia lub życia. Podsuwać je może tylko chora wyobraźnia ludzi, których ignorancja w sprawach medycznych została posunięta do granic absurdu.

8. W imieniu pacjentów i własnym zwracamy się do stron konfliktu o szybkie przywrócenie normalnego funkcjonowania opieki anestezjologicznej w Polsce z uwzględnieniem realnego wysiłku anestezjologów i wkładu ich pracy w funkcjonowanie lecznictwa. Lekarze anestezjodolodzy realizują się w znieczulaniu i leczeniu ciężko chorych, a nie w protestach. Utrwalanie obecnej konfliktowej sytuacji zagraża poważnie polskiej anestezjologii i intensywnej terapii. Może nie tylko tej dyscyplinie, ale i innym wyrządzić krzywdy nieodwracalne, których skutki społeczeństwo odczuwać będzie długie lata. Szkodzi też obrazowi polskiej opieki zdrowotnej w okresie wdrażania bardzo ważnej reformy, zarówno w oczach społeczeństwa polskiego, jak i w gremiach europejskich.

*Specjalista Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii*  
*prof. dr hab. med. Andrzej Kuebler*  
*Prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii*  
*prof. dr hab. med. Anna Dyaçzyńska-Herman*

# Czy lekarz przeżyje reformę?



Włodzimierz Bednorz

kowych ubezpieczeń tak majątkowych, jak odpowiedzialności cywilnej. 7 stycznia Kasa otrzymała rozporządzenie, z którego wynika, że musi wypłacić z pieniędzy przeznaczonych na działalność w styczniu - całą trzynastkę za ubiegły rok oraz należność za grudniowe dyżury. Na tym dokumencie widnieje odległa data: 15.12.98 r. Przez trzy tygodnie było to ścisłą tajemnicą.

4 maja ubiegłego roku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej spotkało się z premierem prof. Buzkiem i w ciągu dwóch i pół godziny dyskusji mówiliśmy o nieprzygotowaniu do reformy lecznictwa, 4 maja!!! Potem wyraz zaniepokojenia dawaliśmy w sygnowanych do rządu opiniach NRL. (Niestety, nasze opinie nie są przyjmowane przez media, np. oświadczenia Prezydium NRL z 6 stycznia br. na temat bieżącej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce nie zostały wydrukowane w prasie codziennej. Musieliśmy zamieścić je jako płatne ogłoszenie za 6500 zł na żółtych stronach „Rzeczpospolitej”). Mam gorzką satysfakcję, uprzedzaliśmy. To, co dziś obserwujemy, jest wynikiem kompletnego dyletancystycznego organizacyjnego. To wszystko jest winą Ministerstwa Zdrowia - między innymi, bo przecież i Ministerstwo Finansów nie jest bez winy. Jednak ja wymieniałbym przede wszystkim pracowników kie-

rownictwa resortu zdrowia - wiceministrów Wutzowa, panią Knysok, panią Kamińską, odpowiedzialną za wdrażanie reformy. Zmieniali interpretację zapisów, wycofywali się z wcześniejszych ustaleń, zapominali o niesionych przez ustawę wymaganiach wobec pacjentów. Czy o peselenie można się było starać bez szumu już od paru miesięcy? To tylko drobny przykład.

23 grudnia (!) dostałem na biurko w Izbie rozporządzenie ministra w sprawie wypisywania leków. Przyszło faksem, miałem je jako pierwszy w

ceutom co najmniej trzy tygodnie wcześniej. To świadczy o kompletnym chaosie w resorcie.

Musi znacznie wzrosnąć zatrudnienie administracji, co wynika z pobieżnego nawet rzutu okiem na dokumenty proponowane przez Kasę Chorych. Rezerwy proste w ochronie zdrowia są minimalne i nie pokrywają niedoborów. Proponuję, aby obsadzić kilka szpitali i przychodni znakomitą kadrą menedżerów. Minister Knysok - PSK 1, premier Balcerowicz - Szpital im. Babińskiego, Minister Maksymowicz - Szpital im.

Tymczasem obserwujemy gorączkowe podpisywanie rozporządzeń pod koniec grudnia, ogłaszanie w prasie codziennej rozporządzeń nie opublikowanych w Dzienniku Ustaw, wprowadzanie większej odpłatności za sanatoria w połowie turnusu, publikowanie niepełnej listy szpitali (na naszym terenie zapominano o siedmiu!), umieszczono zaś nieistniejący od roku ZEZ w Sobótce i to od razu w trzecim stopniu referencyjności. Toż to nie zez, ale ślepotą!

Wydaje się oczywiste, że każdy lekarz powinien otrzymać na 2-3 tygodnie przed początkiem reformy komplet dokumentów łącznie z wykazem leków, dyrektorzy placówek zaś winni odbyć kilkunastodniowe kursy organizacyjne. Kasy Chorych do dziś nie mają żadnego oprogramowania (konkurs na program ogłoszono pod koniec grudnia!). Pacjenci zapisują się do kilku lekarzy, podając często numery PESEL wzięte z sufitu, bo w biurach ewidencji kłębią się tłumy. W efekcie obywateli w Polsce mamy około 100 milionów.

Mam wrażenie, że wszystko to wymyślili i wprowadzają dyletanci organizacyjni, w dawnych czasach powiedziano by, że to sabotaż. Jest to narażanie zdrowia i życia obywateli 40-milionowego kraju, przerzucanie odpowiedzialności na lekarzy i obecnie szukanie kozła ofiarnego w postaci anestezjologów.

Czy dyletanci okażą się honorowi?

**Mam wrażenie, że wszystko to wymyślili i wprowadzają dyletanci organizacyjni, w dawnych czasach powiedziano by, że to sabotaż. Jest to narażanie zdrowia i życia obywateli 40-milionowego kraju, przerzucanie odpowiedzialności na lekarzy i obecnie szukanie kozła ofiarnego w postaci anestezjologów.**

Polsce. Nie było na tym dokumencie daty podpisania, choć podpis był. Skądinąd wiadomo na pewno, że dokument był gotowy na początku grudnia. 5 grudnia posłużył do druku książeczki, która jest dziś dostępna w DIL. A więc można było dać znać lekarzom i dyrektorom, także farma-

Marciniaka, Minister Wutzow - do Bonifratrów. Zostaje jeszcze do zagospodarowania minister Kamińska - proponuję przychodnię na ul. Dobrzyńskiej. Pamiętam spotkanie w tej przychodni, na którym obiecywała pracownikom złote góry po 1 stycznia.

## Obleżona Izba

W grudniu 1998 roku Dolnośląska Izba Lekarska przeżyła prawdziwe sądne dni. Tworzyły się dawno zapomniane prawdziwe kolejki do ewidencji. Wszyscy chcieli oczywiście zarejestrować gabinet (gabinety) prywatne. Tylko izby je rejestrują!

Przed kilku laty telewizja wyśmiała proces rejestracji gabinetów lekarskich - mogli je zarejestrować nawet dziennikarze. Z ulgą więc przyjęliśmy ustawę o zawodzie lekarza, która ustaliła, że rejestracja praktyki lekarskiej odbywa się w Izbie. Niestety praktyka okazała się smutną prozą. Minister Zdrowia nie uwzględnił przy wydawaniu rozporządzenia uwag samorządu lekarskiego i stanęliśmy przed wieloma problemami:

1. Koniecznością zarejestrowania gabinetów do 31 grudnia 1998 r.

Od 12 maja 1998 roku (data ukazania się rozporządzenia) do 1 grudnia zarejestrowaliśmy 1000 praktyk. Od 1 grudnia do 31 grudnia - 1500 (!). W paczkach czeka jeszcze ok. 3500 wniosków.

2. Rozporządzenie wprowadziło wiele szczegółowych przepisów o warunkach sanitarnych, którym powinien odpowiadać gabinet. Odbyło się szereg spotkań Rady i Prezydium z dyrektorami Sanepidów w czterech dolnośląskich województwach. W efekcie tych działań - ilość gabinetów, którym nie wydało pozwolenia, nie przekracza kilku (na 6 tysięcy wniosków!).

3. Ustalona przez Ministra opłata rejestracyjna w wysokości 450 złotych (specjalistyczna praktyka lekarska) i 350 złotych (praktyka ogólna) uznana została przez Dolnośląską

Radę Lekarską za zbyt wysoką. Dokonaliśmy jako pierwsza w Polsce Izba obniżenia tej kwoty do 150 złotych, co spotkało się z krytyką Naczelnej Rady Lekarskiej (w grudniowym „Medium” zamieściliśmy na str. 2 tekst uchwały NRL i uzasadnienie). Zwolniliśmy także z tej opłaty lekarzy emerytów, a także ustalono, że

- b) druk dokumentów,
- c) przechowywanie dokumentów,
- d) prowadzenie rejestru komputerowego praktyk.

Dla każdego wniosku - często są to dwa lub trzy wnioski dla każdego lekarza - trzeba trzech dokumentów przepuszczonych przez system komputerowy, Prezydium i podpisy se-

**Pragnę przypomnieć wszystkim, że umowa o wypisywanie recept w gabinetach prywatnych, dotycząca także emerytów, jest umową całkowicie wstępną i prowizoryczną, napisaną w momencie, gdy nie było jeszcze rozporządzenia o wypisywaniu recept. Po proteście Rady DIL dojdzie w najbliższych trzech miesiącach do jej renegotiacji, także w sprawie refundacji recept.**

za jeden gabinet jest jedna opłata, mimo że lekarz ma kilka specjalizacji.

Często spotykam się z pytaniem, na co przeznaczone są te pieniądze, przecież płacimy składki!

Otóż składki płacą także lekarze nie prowadzący praktyki prywatnej i trudno od nich wymagać, aby finansowali proces rejestracji (populiści - socjaliści pytają, dlaczego mamy finansować bogatych prywatnie!). Zatem opłata rejestracyjna przeznaczona jest na:

- a) obsługę osobową - koszt kształcenia pracowników i wynagrodzenie ich pracy (wydawanie, przyjmowanie, gromadzenie, opracowanie i aktualizacja dokumentów),

kretarza i prezesa. Są to po prostu góry dokumentacji. Średni czas urzędnika poświęcony na jednego lekarza zgłaszającego praktykę prywatną wynosi ok. 30 minut.

e) Wg ustawy i rozporządzenia gabinety wymagają wizytacji - nowo otwarte przed rejestracją, zaś istniejące w momencie rejestrowania w ciągu 4 lat. Ustaliliśmy, że czas kończyć z działalnością charytatywną - lekarze zespołów wizytujących powinni otrzymywać wynagrodzenie. Ustalono je na poziomie do 50 złotych za gabinet - regulamin zamieszczamy na stronie 2.

Może się zdarzyć, że gabinet będzie wymagał powtórnej kontroli.

Oceniamy na podstawie naszych doświadczeń i praktyki innych izb w Polsce, że rzeczywisty koszt rejestracji jednego gabinetu oscyluje w granicach 300-350 złotych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej nosi datę 12 maja (data publikacji w Dzienniku Ustaw) - już w lipcu 1998 na spotkaniu z Ministrem Zdrowia postulowałem nowelizację tego aktu prawnego, zaś 18 września 1998 r. wystosowałem list, w którym proponowałem kol. Wojciechowi Maksymowiczowi, aby opłatę rejestracyjną mogła ustalać okręgowa rada lekarska, a także proponowałem, by emeryci byli zwolnieni od obowiązku wnoszenia opłaty. Do dzisiaj nie otrzymałem nawet odpowiedzi na ten list!

W związku z tym nasza Rada sama dokonała stosownych zmian w rozporządzeniu (patrz uchwała nr 70/98 z 24 września 1998 r. zamieszczona w grudniowym „Medium”), co oczywiście było sprzeczne z prawem, ale w naszym przekonaniu logiczne i idące na rękę lekarzom.

4. Na związane z tym sprawy organizacyjne nałożyło się wejście w życie ustawy o Kasach Chorych i konieczność posiadania numeru rejestracji gabinetu w Izbie przy staraniu się o możliwość wypisywania refundowanych recept.

Pragnę przypomnieć wszystkim, że umowa o wypisywanie recept w gabinetach prywatnych, dotycząca także emerytów, jest umową całkowicie wstępną i prowizoryczną, napisaną w momencie, gdy nie było jeszcze rozporządzenia o wypisywaniu recept. Po proteście Rady DIL

dojdzie w najbliższych trzech miesiącach do jej renegotiacji, także w sprawie refundacji recept. Oczywiście, nie obowiązuje załącznik nr 1.

Dolnośląska Kasa Chorych mieszcząca się w 2 pokojach w Urzędzie Wojewódzkim prosiła Izbę o wydanie lekarzom stosownych druków umów refundacyjnych (oczywiście wystawiliśmy Kasie rachunek za te tysiące stron kserokopii).

Z tego powodu biuro Izby przeżyło w grudniu prawdziwe obleżenie - tylko częściowo zauważone przez nas.

Chciałbym serdecznie przeprosić wszystkich za niedogodności, stracony czas, kolejkowe nerwy, może także czasem za brak uśmiechu pań pracujących w ewidencji. W styczniu już kolejek nie ma, przystępujemy do nadrobienia zaległości. Rejestrujemy obecnie zgodnie z uchwałą nr 70/98 Rady DIL z poprawką zawartą w uchwale nr 98/98, którą zamieszczamy na str. 2. Tak więc obecnie w naszej Izbie obowiązuje opłata 150 zł w momencie rejestracji, zaś pozostałe 300 zł w ratach do końca roku. Opłata jest oczywiście za gabinet bez względu na ilość posiadanych specjalizacji. Emeryci nie płacą opłaty rejestracyjnej.

Pod koniec grudnia Prezydent RP podpisał nowelizację ustawy przedłużającą termin obowiązkowej rejestracji do 31 grudnia 1999 roku. Nie uległ zaś zmianie wymóg ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, który nakłada obowiązek posiadania rejestracji przy staraniu się o refundację leków w Kasie Chorych.

Włodzimierz Bednorz

# Oświadczenie

Jako Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej rozumiem w pełni konieczność reformy opieki zdrowotnej i potrzebę szybkiego jej wprowadzenia. Jednak wprowadzana przez resort zdrowia reforma od pierwszego dnia doprowadziła do dezorganizacji i nieprawidłowego funkcjonowania poszczególnych jednostek i całego systemu ochrony zdrowia.

Stan ten wynika głównie z faktu, że rozporządzenia wykonawcze do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ukazały się zbyt późno, co nie pozwoliło pracownikom ochrony zdrowia zapoznać się z nimi i dostosować działań do nowej rzeczywistości.

Jednocześnie reforma nie uwzględniła wielu sytuacji klinicznych stawiając lekarzy wobec konieczności podejmowania decyzji godzących w interes pacjenta lub zagrażających samym lekarzom. Brak informacji i dezinformacja

prowadzą do pogorszenia dostępu do diagnostyki i zastosowania właściwego leczenia chorych.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 zapewnia obywatelom prawo do ochrony zdrowia i równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Jednak, ze względu na zbyt niskie nakłady na ochronę zdrowia przewidziane w ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym, prawo to będzie znacznie ograniczone wobec niejasnych i nieznanymi przepisów wykonawczych. Istniejąca niezgodność między wymienionymi ustawami prowadzi do chaosu w służbie zdrowia, dezinformacji pacjentów i głębokiego konfliktu sumienia lekarzy.

Nie załatwiony w odpowiednim czasie spór między Ministerstwem Zdrowia a Związkiem Zawodowym Anestezjologów nasila jeszcze panujący w szpitalach chaos. Spór ten jest jednak tylko

czubkiem góry lodowej, jaką stanowi niezałatwiony od wielu lat problem właściwego traktowania i wynagradzania wszystkich lekarzy i pracowników służby zdrowia.

Jednocześnie ocena etyczna tego protestu jest bardzo trudna, ponieważ sprawa dotyczy konfliktu między obowiązkami lekarskimi a prawami lekarzy wynikającymi z powszechnej deklaracji praw człowieka, jak również dlatego, że ocenie mają podlegać ludzie, których postawa etyczna przez dziesięciolecia była nienaganna.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej będzie w tym kontekście rozpatrywał każdy przypadek naruszenia praw pacjenta oraz zaistniałe konflikty, o których poweźmie wiadomość.

*Naczelny Rzecznik  
Odpowiedzialności Zawodowej  
Prof. dr hab. med. Krystyna  
Rowecka-Trzebicka*

# Opinia w sprawie protestu anestezjologów

Przeciągający się protest anestezjologów wymaga oceny etyczno-deontologicznej. Wyrażam opinię, że:

1) Art. 73 Kodeksu Etyki Lekarskiej zakazuje lekarzowi biorącemu udział w zorganizowanej formie protestu, odmowy udzielenia pomocy choremu, jeżeli taka odmowa stanowi zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta. W związku z tym, zwracam się kategorycznie do wszystkich lekarzy aby, o ile tylko istnieją możliwości udzielania pomocy - takiej pomocy nie odmawiali. Apeluję aby, gdzie tylko można, nie wstrzymywać tzw. zabiegów planowych.

2) Uważam, że lekarz, jak każdy obywatel demokratycznego państwa, ma prawo do wypowiedzenia pracy, jeżeli nie odpowiadają mu proponowane warunki. Odmawianie tego prawa lekarzom, zwłaszcza z powoływaniem się na racje etyczne, jest niedopuszczalne. Warunki zatrudnienia i płace lekarzy są niewłaściwe i pomijanie tego faktu w czasie realizowania reformy jest błędem. Reforma służby zdrowia, bez istotnej poprawy plac lekarskich, przyniesie szkodę chorym.

3) Niektóre założenia reformy, a zwłaszcza sposób jej wdrażania, są zagrożeniem dla chorych i budzą sprzeciw etyczny.

4) Apeluję do Ministerstwa Zdrowia o szybkie podjęcie rozmów z anestezjologami.

*Dr med. Jerzy Umiastowski  
Przewodniczący Komisji  
Etyki Lekarskiej NRL*

# O nowych zasadach wypisywania recept

Mówi sekretarz Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej mgr Joanna Piątkowska

Wzory recept z wyłączeniem recept tzw. zielonych MzPom 32, które zostały całkowicie wycofane, niewiele się różnią od dotychczas obowiązujących.

## MzPom 31

Białe recepty MzPom 31 służą do wypisywania leków i artykułów sanitarnych ze wszystkimi możliwościami odpłatności.

## MzPom 33

Recepty różowe MzPom 33 służą do wypisywania środków odurzających i psychotropowych, które są zarejestrowane do wydawania na recepty z wtórnikiem. Przy tych receptach obowiązują wszystkie rodzaje odpłatności.

## MzPom 34

Recepty z niebieskim paskiem MzPom 34 służą do wypisywania leków i artykułów sanitarnych w 34 jednostkach chorobowych (przewlekłych), zgodnie z wykazami ogłoszonymi w Dzienniku Ustaw. **Tylko na te recepty można wypisywać artykuły sanitarne, ale tylko te, które zostały umieszczone w wykazie ministra zdrowia. Na tych receptach można wypisać tylko te leki i artykuły sanitarne, które są w rozporządzeniu ministra zdrowia przypisane określonej chorobie.** Również przy tych receptach obowiązują wszystkie rodzaje odpłatności.

Warto wiedzieć, że obecnie z wyjątkiem waty celulozowej w arkuszach (ligniny) i wysokospecjalistycznych artykułów sanitarnych np. granuflexów pozostałe artykuły sanitarne są płatne 100% także dla inwalidów wojennych.

## Recepty dla grup uprawnionych

Wszystkie recepty wypisywane dla grup uprawnionych muszą

mieć odnotowaną na receptce grupę uprawnienia IW, IWB, ZHK z pieczętką i podpisem lekarza.

Grupy IW (inwalida wojskowy) i ZHK (zasłużony honorowy krwiodawca) mają prawo do bezpłatnej recepty na wszystkie leki z listy podstawowej i z listy uzupełniającej z odpłatnością 30% i 50% do wysokości limitu.

Grupa ZHK ma prawo do bezpłatnych recept na 3 leki: Ascofer, Vitaral i Rapid.

IWB (inwalida wojenny) ma prawo do darmowych recept na wszystkie leki zarejestrowane i dopuszczane do obrotu. (ale bez artykułów sanitarnych, sprzętu medycznego i preparatów diagnostycznych).

Grupom IW i IWB należą się artykuły pomocnicze np. pieluchomajtki, protezy, cewniki, ale poza aptekami. Na zlecenie POZ w sposób ustalony przez kasę chorych (kasa może wprowadzić limit ceny i ustalić sposób dystrybucji).

**Jak prawidłowo wypisywać recepty**

### Na receptce musi być:

w lewym górnym rogu pieczętką nagłówkowa świadczeniodawcy (ZOZ, szpital, gabinet prywatny spółdzielnia lekarska itp.), adres, telefon i numer kontraktu lub umowy z kasą chorych (ten numer musi być w formie pieczętki od 1 lutego 1999 r. do tej pory może być dopisany ręcznie), w prawym górnym rogu numer kasy chorych (Dolnośląska Kasa Chorych ma nr 01R, Branżowa 17B), imię, nazwisko, wiek, adres, lek, dawka: ilość tabletek, ampułek, czopków itd. - tzw. jednostek dawkowania,

**dawkowanie** (sygnatura) - jeżeli lek jest z wykazu B (silnie działają-

cych) wystarczy jako dawkowanie s. (wiadomo),

data wystawienia, pieczętką lekarską i podpis. Na pieczętce musi być imię i nazwisko lekarza, specjalność, adres nr telefonu (o ile posiada), nr prawa wykonywania zawodu w kodzie paskowym lub cyframi. Lekarz psychiatra, lekarz pracujący w poradni zdrowia psychicznego i lekarze więzienni nie muszą mieć na pieczętce adresu i nr telefonu.

### Aptekarz ma prawo...

ze względów formalnych dokonać następujących uzupełnień na receptce: numeru kasy chorych, taksacji (określenie odpłatności) oraz uprawnienia specjalne do sprawdzenia odpowiednich dokumentów IW, ZHK i IWB.

### Aptekarz nie ma prawa...

do uzupełnienia wpisu wieku pacjenta, jego adresu, dawkowania. **A więc recepty bez tych adnotacji dokonanych przez lekarza są z mocy prawa nieważne.**

Wypisywanie leków na długotrwałe leczenie

Recepta na długotrwałe leczenie (kuracja dwumiesięczna) to może być tylko 1 recepta na 1 lek dla jednego pacjenta. Na jednej receptce wolno wystawić tylko do 30 strzykawek insulinówek i do 50 pasków testowych diagnostycznych.

W receptce wypisanej na dwumiesięczną kurację musi się zgadzać dawkowanie z ilością tabletek wypisanych na receptce. Na przykład Enarenal 5 - 150 tabl. s. 2x1. Przy tak wypisanej receptce apteka wyda tylko 120 tabletek, bo to wynika z przeliczenia na dwumiesięczną kurację 2 tabl. x 60 dni.

### Najmniejsze opakowanie

Jeżeli lekarz wypisze np. 2 opakowania leku na 100% dla IWB to pacjent otrzyma 2 najmniejsze zarejestrowane opakowania np. w przypadku Apapu będą to 4 tabletki.

Lekarz powinien znać wielkości opakowań, aby wypisywać całe opakowania na receptce. W innym przypadku niektórzy pacjenci mogą otrzymać po-

jedyncze ścinki z opakowań leku.

### Terminy ważności recept

Recepty na antybiotyki i pomoc doraźną są ważne **tylko 7 dni**, przy czym liczony jest także dzień wystawienia. Pozostałe recepty (także na narkotyki i leki psychotropowe) są **ważne 21 dni**, a recepty na import docelowy - 60 dni.

(Notowała EP)

## Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 1999 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wyraża najwyższe zaniepokojenie stanem realizacji reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. W związku ze złym przygotowaniem reformy wielu skądinąd słusznym jej założeniom, grozi załamanie. Powszechny lęk ludzi chorych, a także pracowników ochrony zdrowia sięga zenitu. Wynika to zarówno z już dziś wyraźnie widocznego niedostatecznego zapewnienia finansowania usług medycznych, ale także z powszechnego nieprzygotowania administratorów reformy na wszystkich ich szczeblach.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przypominając swoje stanowisko z 6 stycznia 1999 r. w sprawie protestu lekarzy anestezjologów stwierdza, że wprowadzenie lekarzowi nie przysługujące prawo protestu w formie odmowy udzielenia pomocy choremu, ale u podstawy konfliktu leżą z całą pewnością wadliwe warunki zatrudnienia i niegodne płace lekarskie. Lekarze mają bowiem prawo, jak wszyscy pracownicy nie przyjąć nie odpowiadających warunków pracy zgodnie z Kodeksem Pracy. Winą za dramatyczną sytuację należy zatem obarczyć

przede wszystkim organizatorów systemu. Przypominamy, że od lat ludzie chorzy w Polsce cierpią i umierają również z powodu złej organizacji i niedofinansowania ochrony zdrowia.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nie chcąc jednak przyłączać się do wzajemnego wypominania win i błędów, w zaistniałej sytuacji zwraca się do najwyższych władz w Polsce, w tym zwłaszcza do Marszałka Sejmu RP o pilne zorganizowanie „okrągłego stołu” na temat reformy systemu ochrony zdrowia. Odpowiedzialni za zaistniałą sytuację wydają się bowiem politycy wszystkich opcji. Naczelna Rada Lekarska chce być współodpowiedzialna za realizację zmian, nie widzi jednak takiej możliwości tak długo, jak nie dojdzie do rzeczywistej wymiany opinii ekspertów na ten temat. Mamy nadzieję, że odpowiedzialne za reformę najwyższe władze Polski widząc krytyczną sytuację podejmą naszą inicjatywę w nadziei wspólnego szybkiego wypracowania dróg wiodących do rzeczywistej poprawy.

*Konstanty Radziwiłł  
Włodzimierz Bednorz*

# Z ostatniej chwili

**Radca prawny DIL  
mec. Beata Kozyra-Lukasiak**

Z dniem 28 grudnia 1998 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań i kryteriów, jakim powinni odpowiadać świadczeniodawcy, oraz zasad i trybu zawierania umów ze świadczeniodawcami na pierwszy rok działalności Kas Chorych, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 160, poz. 1069.

W przypadku zawarcia umowy na pierwszy rok działalności Kas Chorych z samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, suma należności przekazywana świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy powinna obejmować koszty wynikające z udzielania świadczeń zdrowotnych przez te zakłady w 1998 r., z tytułu których należność jest wypłacana w 1999 r. jako:

1. wynagrodzenie za dyżury zakładowe pełnione w grudniu 1998 r.,

2. dodatkowe wynagrodzenie roczne przysługujące na podstawie ustawy z dnia 12 grudnia 1997 r. o dodatkowym wynagrodzeniu rocznym dla pracowników jednostek sfery budżetowej (Dz. U. nr 160, poz. 1080) tzw. „13 pensja”.

Z dniem 1 stycznia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 grudnia 1998 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków, preparatów diagnostycznych i sprzętu jednorazowego użytku, które ze względu na te choroby mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 156, poz. 1028.

Leki, preparaty diagnostyczne i sprzęt jednorazowego użytku przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową z uwzględnieniem ustalonego limitu ceny odpłatnością osobom chorującym na choroby psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorują-

cym na następujące choroby przewlekłe, wrodzone, nabyte lub zakaźne:

- 1) raka prostaty,
- 2) raka sutka,
- 3) inne choroby nowotworowe oraz:
  - a) leczenie przeciwbólowe w chorobach nowotworowych,
  - b) leczenie przeciwwymiotne w chorobach nowotworowych,
  - c) przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych,
  - d) neuropenię w chorobach nowotworowych,
- 4) padaczkę,
- 5) padaczkę oporną na leczenie,
- 6) schizofrenię oporną na leczenie,
- 7) chorobę i zespół Parkinsona,
- 8) miastenię,
- 9) chorobę Wilsona,
- 10) chorobę Alzheimerera,
- 11) stwardnienie zanikowe boczne,
- 12) akromegalię,
- 13) mukowiscydozę,
- 14) somatotropinową niedoczynność przysadki u dzieci,
- 15) cukrzycę,
- 16) fenyloketonurię,
- 17) celiakię i zespoły wrodzonych defektów metabolicznych,
- 18) niedoczynność tarczycy,
- 19) moczówkę prostą u dzieci,
- 20) wrzodziejące zapalenie jelita grubego i chorobę Crohna,
- 21) osteoporozę,
- 22) przerost gruczołu krokowego,
- 23) chorobę niedokrwinną serca, stan po zawale,
- 24) jaskrę,
- 25) astmę, przewlekłe zespoły oskrzelowo-płucne,
- 26) choroby reumatyczne,
- 27) łuszczycę,
- 28) przewlekłe owrzodzenia,
- 29) gruźlicę,
- 30) krytyczne niedokrwienie kończyn.

Insuliny wysoko oczyszczone pochodzenia zwierzęcego i ludzkiego mogą być przepisywane osobom chorym na cukrzycę insulinozależną, chorym na cukrzycę kobietom w ciąży oraz w innych przypadkach stanowiących bezwzględne wskazania lekarskie.

Załączniki do rozporządzenia zawierają wykazy leków, preparatów diagnostycznych i

sprzętu jednorazowego użytku przepisywanych bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością, przepisywanych ze względu na choroby określone wyżej.

Z dniem 1 stycznia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 156, poz. 1029.

Załączniki do rozporządzenia zawierają wykazy leków podstawowych oraz wykazy leków uzupełniających wydawanych za odpłatnością w wysokości 30% i 50% ceny leku.

Z dniem 1 stycznia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposobu obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 156, poz. 1030.

Opłata ryczałtowa za lek podstawowy wynosi 2,50 zł.

Opłata ryczałtowa za lek recepturowy sporządzony z surowców farmaceutycznych wpisanych do rejestru środków farmaceutycznych i materiałów medycznych lub zamieszczonych w Farmakopei Polskiej wynosi 5 zł.

Z dniem 1 stycznia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1998 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 159, poz. 1057.

W okresie do dnia 31 grudnia 2000 r. dopuszcza się wykonywanie badań profilaktycznych pracowników Przedsiębiorstwa Państwowego „PKP” przez lekarzy zatrudnionych w kolejowej służbie zdrowia, którzy odbyli w okresie do 31 grudnia 1996 r. odpowiednie przeszkolenie w Centrum Naukowym Medycyny Kolejowej.

## Protekcja czy adres?

Często zadajemy sobie to pytanie. W przeddzień reformy służby zdrowia wydawałoby się, że każdy lekarz prowadzący prywatną praktykę będzie jak najusilniej troszczył się o swoich pacjentów i starał się o zdobycie kolejnych. Kierując się tym właśnie przekonaniem zrezygnowałam z protekcji i umówiłam syna na wizytę do ortodonta. Na wyznaczone spotkanie czekałam dwa miesiące. Wreszcie nadszedł długo oczekiwany termin i o dość późnej popołudniowej porze udałam się z dzieckiem do specjalisty.

Po wejściu po schodach na mały ganek popadłam w zadumę, dotyczącą tego, do których drzwi zadzwonić lub zapukać. Wybrałam te z kołatką.

Pukam - ktoś otwiera, więc wchodzę, a właściwie wciskam głowę.

- Ja na X godzinę - mówię. I słyszę od razu 30-osobowy chór: - My też! Niektórzy nawet starają się uśmiechać.

Przeszły mnie ciarki, „zatkało mnie w dziobku” jak kogucika z bajki o Misiu Uszatku. Po dobrej godzinie udało się nam wtargnąć do poczekalni o wielkości może 1 x 1 m, gdzie wyczekujący tłum przywoływał na myśl widoki uchodźców z kraju ogarniętego wojną: dzieci wiszące na matkach, wykończonych ojców, wychodzących dość często na zasłanie płuc papierosem. Całą scenę uatrakcyjniali co sprytniejsi młodzi ludzie, którzy ze srebrnymi wstążkami na zębach z rozkoszą oznajmiali, że oni tylko na sekundę i już... Po czym wsiadali na kolejnych 20-30 minut. Przemykali się następnie szybko do wyjścia.

Cieszymy się tak przebojową młodzieżą, a sobie pogratulujmy opanowania i zdolności powstrzymania się przed rękoczynami!

Tak w pełnej apatii, zamierając w bezruchu, oczekiwaliśmy z synem naszej kolejki. Pocieszając się po 2 godzinach, że to jeszcze tylko 10 osób, nagle zdrętwiałam. Ktoś wyznał, że pani doktor dzisiaj nie przyjmuje, ale jest poinformowany współpracownik. Jeśli o mnie chodzi, to chyba głos z zaświatów musiałby przekazać owe informacje, jako że miała to być pierwsza wizyta. Mimo domniemania tej cudownej interwencji zrezygnowaliśmy. Z wysokim poziomem adrenaliny powróciłam do domu, po czym zadzwoniłam do gabinetu. I usłyszałam, że nie ma zwyczaju informowania telefonicznego o takich sytuacjach, jaka miała miejsce, ponieważ gabinet ma zbyt wielu klientów, a mało tego, po co ja właściwie z tym dzieckiem chcę do ortodonta. To nie ma sensu. Dziecko za małe (8 lat).

Dziwi mnie fakt, że przez prawie dwie godziny miałam okazję widzieć znacznie mniejsze, zasypiające w poczekalni dzieciaki.

Piszę to wszystko kierując się nie złością, bo ta już dawno minęła. Zrodziła się we mnie natomiast wielka obawa co do przyszłości i jakości obsługi pacjenta. Biorąc pod uwagę choćby kwestię kosztów (jeden aparat 1000 zł góra, 1000 zł dół, wizyty, przymiarki; całość najskromniej zamyka się w 3000 zł) - czy o takich klientach nie należy dbać? Czy trudno jest przewidzieć termin wizyty? Czy mamy dalej, chcąc dotrzeć do specjalisty, zachowywać się jak stado baranów? Mam nadzieję, że w końcu przekonanie o własnej doskonałości przestanie wystarczać.

Od paru lat pracuję w firmie farmaceutycznej, uczono mnie, jak współpracować z ludźmi, aby nasze szkolenia, usługi, codzienny kontakt były maksymalnie profesjonalne. Przestrzeganie reguł „wyjścia do klienta” obowiązuje każdego, kto sprzedaje swoje usługi. Jestem jednak przekonana, że same szkolenia nie pomogą. W tym wypadku wystarczyłaby odrobina dobrej woli i kultury, ale z tym podobno człowiek się rodzi...

Magdalena Puziewicz-Karpiak

## Komisja Historyczna ogłasza konkurs i zaprasza do współpracy

Komisja Historyczna Dolnośląskiej Rady Lekarskiej ogłasza konkurs na pamiątki pracowników służby zdrowia: lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek, studentów. Pamiątki mogą być napisane w dowolnej formie i objętości. Prace należy przesłać do Biura Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu kod - 50-333, ul. Matejki 6, z zaznaczeniem „Dla Komisji Historycznej DRL”. Prace na-

leży nadsyłać do 30 czerwca 1999 roku. Najlepsze prace lub ich fragmenty będą zamieszczone na łamach naszej gazety „Medium”, a także uhonorowane dyplomem i pucharem.

Komisja Historyczna DRL zaprasza wszystkich chętnych do współpracy. Planujemy opracować w formie książkowej historię Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Prosimy jednocześnie kolegów, którzy

mają informacje bądź dokumenty i fotografie dotyczące działalności naszego samorządu na tych terenach o ich udostępnienie Komisji Historycznej DRL.

Można również zgłaszać swój akces do działalności w Komisji Historycznej do kolegi Andrzeja Wojnara, w każdy czwartek po godz. 14.00 pod tel. nr 322 50 56 lub 322 50 57.

Glucolazide  
**DIABEZID**® tabl.  
Działa hipoglikemicznie. Normalizuje procesy metaboliczne



**Vratizolin**® zawiesina do oczu  
Działa przeciwwirusowo i przeciwzapalnie



Denativir  
**Vratizolin** krem  
Przeciwwirusowy i przeciwbakteryjny (w opryszczonej półpaści)



## Z prac Prezydium i Rady DIL

26 listopada

Przewodniczący przedstawił najważniejsze sprawy omawiane podczas ostatniego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej i poinformował o tym, że NRL podjęła 13 listopada uchwałę anulującą uchwałę DRL nr 70/98 w sprawie obniżenia opłat rejestracyjnych. Problemem tym zajmie się DRL na swoim posiedzeniu 17 grudnia. Przewodniczący zaproponował, aby obniżone opłaty zostały potraktowane jako raty.

Dyskutowano na temat finansowania zakładów opieki zdrowotnej w przyszłym roku - z dostępnych danych wynika, że kwoty przeznaczone na ten cel będą o około 25 proc. niższe od kwot, które przeznaczano na ten cel w ostatnich 2 latach.

Omawiano bieżące sprawy związane z rejestracją praktyk lekarskich.

Zaakceptowano wstępnie regulamin zwrotu kosztów za wizytacje gabinetów.

W dyskusji na temat obecnych przemian wiceprzewodniczący DRL, kol. Józef Lula powiedział, że samorząd lekarski powinien określić wyraźnie swoją postawę wobec wprowadzania reformy, wypunktować wszystkie jej plusy i minusy, aby nie uczyniono zeń kozła ofiarnego.

### 3 grudnia

Na wstępie omówiono najważniejszą sprawę z minionego tygodnia. Sekretarz DRL, kol. Wojciech Firkowski przedstawił relację ze spotkania Zespołu ds. Monitoringu, na którym była mowa m.in. na temat finansowania nowego systemu ochrony zdrowia - ze wstępnych wyliczeń wynika, że kwota przeznaczona na finansowanie systemu będzie niższa o około 30 proc.

Do końca roku Rada Ministrów ma ustalić referencyjność szpitali. Dotychczas wiadomo jedynie, że na Dolnym Śląsku budowa sześciu szpitali będzie finansowana z budżetu centralnego.

Po omówieniu spraw bieżących odczytano korespondencję i delegowano przedstawicieli DIL do składu komisji na konkurs ordynatorski w SP ZOZ w Świebodzicach.

### 10 grudnia

Sekretarz przedstawił relację z posiedzenia Zarządu Krajowego OZZL w Bydgoszczy, na którym omawiano m.in. sprawę układu zbiorowego. Układ zbiorowy dla wszystkich lekarzy nie ma szansy realizacji, może on obejmować najwyżej kilka do kilkuset tysięcy osób.

Przewodniczący Komisji ds. Rejestracji Indywidualnych Praktyk Lekarskich, kol. Józef Lula poinformował o stanie zaawansowania prac związanych z rejestracją gabinetów na terenie Dolnego Śląska.

Dyskutowano na temat ogłaszania się lekarzy i o pojawiających się ostatnio w prasie codziennej artykułach reklamujących poszczególne szpitale.

Odczytano bieżącą korespondencję.

### 17 grudnia

Ostatnie w tym roku posiedzenie Dolnośląskiej Rady Lekarskiej przebiegało w świątecznej atmosferze, jednak w jego części roboczej omawiano najważniejsze problemy kończącego się roku.

W związku z anulowaniem przez Naczelną Radę Lekarską uchwały DRL na temat zmniejszenia opłat za rejestrację praktyk lekarskich Rada po wyczerpującej dyskusji jednomyślnie zaak-

# Nie spodziewałem się aż tylu problemów



Fot. Krzysztof Drobiński

## Z dyrektorem do spraw medycznych Branżowej Kasy Chorych Służb Mundurowych lekarzem ANDRZEJEM CZYRKIEM rozmawia Elżbieta Pomorska

- Były sprzeczne informacje, kto może być członkiem Branżowej Kasy Chorych. Na początku grudnia 1998 roku byłam informowana, że każdy, nie tylko związany ze służbami mundurowymi obywatel może być jej członkiem.

- Do 8 grudnia każdy obywatel mógł zostać członkiem Branżowej Kasy Chorych Służb Mundurowych, jeśli złożył stosowną deklarację. Ponieważ według Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, aby kasa mogła powstać konieczne było zebranie minimum 500 tys. wniosków o jej powołanie, bez uściślenia kim mogą być ci wnioskodawcy. Po podpisaniu rozporządzenia Rady Ministrów o powołaniu Kasy Branżowej gremium ewentualnych członków zostało zawężone do sfery mundurowej. Do 31 grudnia do godz. 24.00 były zbierane deklaracje od pracowników służb mundurowych i ich rodzin. Kto do tego terminu nie zadeklarował swego udziału w Branżowej Kasie Chorych stał się automatycznie członkiem Dolnośląskiej lub innych Kas Chorych. Swoją przynależność będzie mógł zmienić dopiero po 1 stycznia 2000 roku.

- Ile członków liczy obecnie Kasa Branżowa w kraju, a ile jej Oddział Wrocławsko-Opolski z siedzibą we Wrocławiu?

- Do chwili obecnej (8.01.99) nie wiemy, ilu jest członków kasy. Ponieważ deklaracje można było wrzucać do urny wystawionej przed siedzibą oddziału do godziny 24.00 31 grudnia 1998 roku. Obecnie bank danych opracowuje nasza centrala w Warszawie i rozesła je do poszczególnych oddziałów. Wstępnie szacujemy, że Kasa Branżowa będzie liczyła 2,5 do 3,5 miliona członków, a oddział wrocławsko-opolski około 350 tys. członków.

- Kto jest założycielem Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych?

- Branżowa Kasa dla Służb Mundurowych powstała w wyniku porozumienia 5 ministerstw:

Obrony Narodowej, Transportu (pracownicy PKP), Spraw Wewnętrznych i Administracji, Sprawiedliwości (pracownicy więziennictwa) i Urzędu Ochrony Państwa. Utworzono 8 oddziałów terenowych w tym Wrocławsko-Opolski. Dyrektorem Kasy jest dr Andrzej Jacyna. Nasza kasa jest prawdopodobnie jedyna, w której dyrektorem naczelnym jest lekarz. Warszawska centrala mogła się organizować w oparciu o biuro organizacyjne kasy wojskowej, które działało już około 2 lat.

- Gdzie mieści się siedziba Wrocławsko-Opolskiego Oddziału Kasy Branżowej?

- We Wrocławiu (kod 50-950) przy ul. Joannitów 13 w budynku Dyrekcji Okręgowej Infrastruktury Kolejowej, telefony: (071) 369 47 30 do 33. Siedziba jest w budynku PKP, ponieważ ten oddział był organizowany siłami kolejowej służby zdrowia.

- Kto kieruje oddziałem wrocławskim?

- Dyrektorem Wrocławsko-Opolskiego Oddziału jest ekonomista Andrzej Oćwieja, który wywodzi się z kolejowej służby zdrowia. Zastępcą do spraw medycznych jestem ja ze służby zdrowia MSWiA. Trzech lekarzy zatrudnionych w naszym oddziale reprezentuje resorty MON, PKP i MSWiA. Nasz Oddział ma także jednoosobowe przedstawicielstwa w Opolu i Jeleniej Górze. Obecnie nie przewidujemy zatrudniania następnych lekarzy.

- Kasa Branżowa we Wrocławiu ma doskonałą bazę leczniczą, a jak będzie w terenie?

- Kasa Branżowa opiera się na jednostkach resortowych służby zdrowia MON, PKP i MSWiA tam, gdzie one istnieją oraz zawiera umowy o świadczenia zdrowotne ze wszystkimi jednostkami w miejscach, gdzie nie ma własnej infrastruktury. Zawiera jednak także umowy ze świadczeniodawcami tam, gdzie ma rozwiniętą infrastrukturę, np. we Wrocławiu i Opolu, aby skrócić drogę pacjenta do lekarza POZ, a także dlatego, by zgodnie z Ustawą umożliwić pacjentowi prawo swobodnego wyboru lekarza.

- Ile umów z lekarzami zawarła Resortowa Kasa do dziś (8.01.99r.)?

- Nasz Oddział Wrocławsko-Opolski zawarł 150 umów wstępnych poza resortową służbą zdrowia - np. umowy z niepublicznymi zakładami opieki społecznej takimi, jak np.: Provita i Dolmed, lekarzami rodzinnymi, a także tam, gdzie jest taka potrzeba, z gabinetami prywatnymi, z tymi zawieramy umowy głównie poza dużymi miastami. - Czy wszyscy uprawnieni do wstąpienia do Kasy Branżowej wiedzieli o tym, że termin przystąpienia do niej jest określony?

- Niestety nie, zgłasza się do naszej siedziby jeszcze wielu chętnych, ale ich deklaracji nie mo-

żemy już przyjmować. Odchodzą oni od nas bardzo rozgoryczeni i wylewają swoje żale na naszych pracowników. Mają szanse tylko ci, którzy przystali błędnie wypełnione deklaracje, mogą je złożyć повторно w poprawnej wersji. Oni byli o tym informowani listownie jeszcze w grudniu poprzedniego roku.

- Panuje powszechne przekonanie, że Branżowa Kasa będzie najzamożniejsza w kraju.

- Niestety nie będziemy najbogatszą kasą, bo musimy dzielić się finansami z kasami mniej zamożnymi, ponieważ działa podatek wyrównawczy. Nasza kasa zaczęła bardzo późno swoją działalność w dodatku bez środków finansowych. Do jej organizacji zostało oddelgowanych kilka osób z resortowych służb zdrowia. We Wrocławiu założyciele kasy mieli do dyspozycji 1 komputer wypożyczony od „Solidarności” Szpitala Kolejowego i 3 małe pokoiki. Założyciele skupili się na zawieraniu wstępnych umów o świadczeniach zdrowotnych z ZOZ-ami, a także na akcji informacyjnej, choć nie dysponowali żadnymi finansami.

- Jak układa się współpraca pomiędzy Branżową Kasą a Kasą Dolnośląską?

- Jesteśmy jedynym regionem w kraju, gdzie współpraca między tymi dwoma kasami układa się dobrze. Jednak znamienne jest, że kasy regionalne nie zawierają umów z resortowymi jednostkami służby zdrowia o świadczenia zdrowotne.

Zostało także zawarte porozumienie pomiędzy Andrzejem Jacyną i ministrem Anną Knysok, że rozliczanie recept Branżowej Kasy będzie się odbywało przez Kasę Regionalną. Również jednostki i lekarze, którzy w swoim POZ będą mieli mniej niż 200 pacjentów z Branżowej Kasy, będą ich leczenie rozliczać przez Kasę Regionalną.

- Mam wiadomości, że sieć Kasy Branżowej nie pokrywa jeszcze całego terenu, gdzie są jej podopieczni i oczekiwanie na wizytę u lekarza POZ może trwać nawet 2 tygodnie?

- Rzeczywiście niektórzy nasi podopieczni mają daleko do lekarza POZ, dlatego apeluję do lekarzy POZ, by przyjmowali także wszystkich ubezpieczonych w Kasie Branżowej, ponieważ w myśl Ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym można ich leczenie rozliczyć z kasą regionalną. Odmawianie leczenia jest niezgodne z duchem Ustawy, a do nas docierają liczne sygnały, że nasi członkowie spotykają się z odmową świadczenia usług zdrowotnych. Sądzę, że wynikają one z niezrozumienia i niewiedzy o mechanizmach, które wprowadza reforma. Te spostrzeżenia potwierdzają się podczas roz-

mów z lekarzami. Ci, którzy przychodzą do nas zawrzeć umowę, nie znają Ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym.

Jednak umowa zawierana z lekarzami w Dolnośląskiej Kasie w punkcie 3 sugeruje, by przyjmować pacjentów z Kasy Branżowej i rozliczać ich zgodnie z porozumieniem kas.

- Czy Kasa Branżowa będzie jeszcze zawierać umowy z ZOZ, lekarzami POZ i specjalistami?

- Nie zawarliśmy jeszcze umów we wszystkich gminach, gdzie mamy swoich podopiecznych. Nie dotarliśmy zwłaszcza do tych gminnych przychodni, które ostatnio powstały, dlatego prosimy serdecznie lekarzy takich ośrodków o listowne zawiadomienie nas. Odezwiemy się do nich. Kontakt telefoniczny może być utrudniony, ponieważ mamy w naszym Wrocławsko-Opolskim Oddziale tylko trzy numery telefonów, a te są wciąż zajęte.

Bardzo zależy nam na kontakcie z lekarzami w małych ośrodkach, ponieważ nie możemy pozwolić na to, by choćby jeden członek naszej Kasy Branżowej pozostał bez właściwej opieki lekarskiej.

- Czy przy obecnym stanie informacji może Pan określić, ilu i jakich lekarzy będzie potrzebował Wrocławsko-Opolski Oddział Kasy Branżowej?

- Nie możemy dziś odpowiedzieć na to pytanie. Najbliższy rok przeznaczamy na określenie popytu i podaży na usługi. Dopiero dokładna ocena statystyczno-epidemiologiczna pierwszego roku działalności pozwoli nam ustalić zapotrzebowanie na rodzaj poszczególnych świadczeń zdrowotnych.

- Czy ogarnia Pan jako dyrektor do spraw medycznych wszystkie problemy, jakie niesie organizacja kasy chorych?

- Podejmując się tego zadania, nie spodziewałem się aż tylu problemów, mogę powiedzieć, że one momentami mnie przerażają. Korzystam wtedy z pomocy merytorycznej i duchowej współpracujących ze mną kolegów lekarzy. Najtrudniejsze jest to, że nie możemy przewidzieć realiów finansowego funkcjonowania kasy. Dopóki nie mamy planu finansowego naszego Oddziału Wrocławsko-Opolskiego bardzo trudno działać, a będzie on mógł powstać dopiero po określeniu liczby członków naszego oddziału i składek, jakie oni wniosą, te informacje pozwolą stworzyć realny fundusz naszej Kasy Branżowej. Organizujemy naszą działalność i brak wiarygodnych informacji bardzo utrudnia codzienne funkcjonowanie naszej kasy.

- Dziękuję za rozmowę.

## Z życia Akademii

## Wręczenie dyplomów lekarza i lekarza stomatologii

11 grudnia 1998 roku w Auli Politechniki Wrocławskiej odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów tegorocznym absolwentom Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii naszej uczelni. Jest to najliczniejszy Wydział Akademii Medycznej. W tym roku dyplom ukończenia studiów medycznych otrzymało 232 absolwentów Wydziału Lekarskiego oraz 85 absolwentów Oddziału Stomatologii.

Najlepsi studenci otrzymali nagrody i wyróżnienia. 5 absolwentów, którzy uzyskali w trakcie studiów średnią ocen powyżej 5,0 otrzymało z rąk JM Rektora odznakę „Wzorowego Studenta” oraz nagrody książkowe. Byli to: lek. Dominik Turkiewicz, lek. Dorota Maria Kamińska, lek. Radosław Sebastian Kamiński, lek. Ilona Mikołajewska, lek. stom. Marcin Andrzej Szytko.

Odznakę „Wzorowego Studenta” za działalność studencką otrzymał również lek. Tomasz Łuszcz.

Listy gratulacyjne JM Rektora oraz nagrody książkowe zostały wręczone 9 lekarzom i 2 lekarzom stomatologii. Uzyskali oni średnią ocen między 4,80 a 4,99. Ponadto 23 absolwentów z Wydziału Lekarskiego i 1 absolwent z Oddziału Stomatologii ukończyło studia z wynikiem bardzo dobrym, uzyskując średnią ocen w przedziale od 4,51-4,78.

Wszyscy wyróżnieni absolwenci otrzymali nagrody książkowe ufundowane przez Wydawnictwo Volumed, firmę Merck, Wydawnictwo Urban i Partner oraz Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa”. Wydawnictwo „Volumed” ufundowało ponadto książki dla wszystkich pozostałych absolwentów.

Maciej Baglaj

## Absolwenci Wydziału Farmaceutycznego i Pielęgniarskiego otrzymują dyplomy

4 grudnia 1998 r. w Auli Leopoldyńskiej Uniwersytetu Wrocławskiego odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów tegorocznym absolwentom Wydziału Farmaceutycznego oraz Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej.

72 absolwentów Wydziału Farmaceutycznego otrzymało dyplomy magistra farmacji, 33 absolwentom Oddziału Analityki wręczone zostały dyplomy magistra analityki. Dyplomy magistra pielęgniarstwa otrzymało 23 tegorocznych absolwentów Wydziału Pielęgniarskiego.

Absolwenci, którzy ukończyli studia z wysoką średnią ocen (powyżej 4,70) otrzymali dyplomy i listy gratulacyjne od JM Rektora. Odznakę „Wzorowego Studenta” wraz z nagrodą książkową i listem gratulacyjnym Rektora otrzymała mgr Dorota Gajęcka z Wydziału Pielęgniarskiego. Kolegium Dziekańskie Wydziału Farmaceutycznego przyznało Nagrodę Specjalną mgr Edycie Okoczek za wspaniałe wyniki sportowe w pływa-

niu na Igrzyskach Paraolimpijskich w Atlancie, Mistrzostwach Europy w Badajoz oraz Mistrzostwach Świata w Nowej Zelandii.

Tradycją Wydziału Farmaceutycznego stało się przyznawanie nagród za najlepsze wyniki w nauce oraz bardzo dobre prace magisterskie ufundowane przez sponsorów. W tym roku nagrody pieniężne otrzymało 7 absolwentów Wydziału Farmaceutycznego oraz 5 absolwentów Oddziału Analityki Medycznej.

Na Wydziale Pielęgniarskim 9 absolwentkom wręczono wyróżnienia JM Rektora za najlepsze prace magisterskie. Ponadto mgr Jolantę Zygałdo wyróżniono nagrodą Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, a mgr Magdalenę Szykasiuk nagrodą Zarządu Wojewódzkiego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego za wyróżniające się prace magisterskie.

Na zakończenie uroczystości po raz ostatni dla tegorocznych absolwentów zabrzmiał Gaudeamus.

Maciej Baglaj

## Z prac Prezydium i Rady DIL

ceptowała podjęcie nowej uchwały w sprawie opłat za rejestrację, która mówi, iż opłata w wysokości 150 zł stanowi pierwszą ratę stawki opłat, określonych w rozporządzeniu z 23 kwietnia 1998 r., a pozostałą część opłaty należy wnieść do końca 1999 r. Uchwałę zamieszczamy w numerze.

Następnie wiceprzewodniczący DRL, kol. Józef Lula przedstawił zaakceptowany przez Prezydium projekt regulaminu wizytacji i zwrotu ich kosztów, który po wniesieniu poprawek zaproponowanych podczas dyskusji został zaakceptowany przez Radę.

Przewodniczący Komisji ds. Reformy, kol. Ryszard Łopuch zdał sprawę z negocjacji przeprowadzonych z Kasą Chorych i przedstawił rysujący się kształt finansowy tej instytucji. Od początku swej działalności ma ona o około 30 proc. mniej pieniędzy niż w 1997 r. było na ochronę zdrowia. Z przedstawionych przez dyrektora Misińską wycieńczeń wynika konkretny, ale mało optymistyczny obraz sytuacji w nowym systemie.

Zebrani postanowili zaprotestować przeciwko proponowanym przez Kasę Chorych zasadom zawartym w umowach na wystawianie refundowanych recept i jednomyślnie zaakceptowali podjęcie takiej uchwały.

Rada zaprotestowała także przeciwko zmuszaniu lekarzy do podpisywania umów o zakazie konkurencji.

Na wniosek skarbnika, kol. Andrzeja Szmidy rozpatrzono sprawę podwyższenia kwoty gwarancji na kredyty bankowe. W wyniku dyskusji zaakceptowano podwyższenie kwoty gwarancji do wysokości dwukrotnych rocznych składek DIL.

Zaakceptowano także zawarcie porozumienia o współpracy między PKO BP a DIL. O szczegółach piszemy w numerze na str. 9.

Rada na wniosek Zespołu Organizacyjnego IX Mistrzostw Polski w Tenisie Ziemnym powołała do życia Komisję Sportu DIL.

Podjęto uchwały finansowe.

Ustalono termin następnego posiedzenia Rady na 14 stycznia 1999 r.

### 30 grudnia

Przewodniczący przedstawił aktualny stan rozmów z dyrektorem Dolnośląskiej Kasy Chorych Barbarą Misińską na temat umów receptowych i rejestracji gabinetów. W związku z tym, że nie zostały zawarte wszystkie umowy przynajmniej do połowy miesiąca nie będzie się pisać na receptach numerów umów. Także umowy receptowe zostaną poprawione i dostosowane do rozporządzenia po jego opublikowaniu (nie obowiązuje załącznik nr 1 do umowy z Kasą).

Wobec takiej sytuacji recepty w styczniu będą wypisywane i realizowane według dotychczasowych zasad. Piszemy o tym na str. 4.

Prezydium sformułowało na ten temat komunikat, który został przesłany do mass mediów.

Wyjaśniono, że z przyczyn obiektywnych nie doszło jeszcze do spotkania z przedstawicielem Branżowej Kasy Chorych.

Omawiano aktualne sprawy związane z rejestracją praktyk lekarskich. Odczytano bieżącą korespondencję.

## Rezolucja uczestników I Wrocławskiej Konferencji Dziś i jutro rodziny

Zorganizowanej pod patronatem JE Ks. Kardynała Henryka Gulbinowicza w dniu 07.11.98 przez Kościół Katolicki Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, Kościół Katolicki Stowarzyszenie Wychowawców, Stowarzyszenie Rodzin Katolickich oraz Akcją Katolicką Archidiecezji Wrocławskiej

Zwracamy się do Społeczeństwa Polskiego i Polskich Władz Państwowych o otoczenie rodzin szczególną troską poprzez podjęcie konkretnych działań, zgodnych z Powszechną Deklaracją Praw Człowieka ONZ i Kartą Praw Rodziny Stolicy Apostolskiej.

Oczekujemy:

1. Zagwarantowania każdemu obywatelowi Polski prawa do godnego życia od poczęcia do naturalnej śmierci - poprzez:

- wprowadzenie oraz egzekwowanie odpowiedzialnych zapisów konstytucyjnych i ustawowych, które umożliwią wybiórcze likwidowanie poczętych dzieci, manipulacje genetyczne i inne niegodziwe praktyki z życiem ludzkim
- wprowadzenie prawodawstwa ułatwiającego adopcję dzieci osieroconych i porzuconych
- odbudowę lecznictwa społecznego poprzez zwiększenie środków finansowych i właściwe jego reformowanie
- powszechny dostęp do tanich polskich leków
- promowanie zachowań proekologicznych zakładów przemysłowych, rolników i wspólnot komunalnych
- pilne wdrażanie Narodowego Programu Zdrowia
- powołanie Komisji ds. rodziny we władzach samorządowych

2. Wprowadzenia społecznie sprawnego systemu ekonomicznego Państwa, zgodnego z nauką społeczną Kościoła, w którym będą zagwarantowane:

- powszechne uwłaszczenie Polaków
- płaca rodzinna oraz znaczące dla budżetu domowego dodatki rodzinne
- prorodzinny system podatkowy osłaniający szczególnie wielodzietne rodziny i osoby niepełnosprawne
- stałe świadczenie dla matek wychowujących dzieci do 16 roku życia
- uznanie okresu pracy wychowawczej kobiet jako podstawy do świadczeń emerytalnych
- stworzenie realnych możliwości posiadania własnego mieszkania przez każdą rodzinę
- prawa do pracy poprzez efektywną politykę rozwoju gospodarczego Państwa

3. Wyeliminowania ze społecznego obiegu informacji oraz ze sfery kultury narodowej pornografii i nieobyczajności, sekciarstwa, przemocy i reklamy używek (alkoholu, papierosów, narkotyków).

4. Podjęcia działań chroniących polską szkołę poprzez:

- kontrolowanie władz rządowych wprowadzających tzw. reformy, których efektem może być upadek intelektualny i zawodowy przyszłych pokoleń
- wprowadzenie bonu edukacyjnego
- utrzymanie właściwych standardów nauczania języka polskiego oraz znajomości historii i kul-

tury narodowej w naszej Ojczyźnie

- wprowadzenie do szkół przedmiotu „Wychowanie prorodzinne” zamiast „Wiedza o życiu seksualnym człowieka”
- prawne i materialne wzmocnienie pozycji nauczyciela
- dofinansowanie szkół uczelni wyższych i jednostek badawczych zgodnie z potrzebami i zabezpieczenia właściwego ich funkcjonowania.

Analiza „Raportu o sytuacji polskich rodzin” z 21 lipca 1998 uwidacznia fakt tragicznego zagrożenia bytu polskich rodzin, a tym samym Polskiego narodu i Państwa. Podkreślają to również wypowiedzi wielu wy-

bitnych osobistości polskiej nauki i kultury.

Rezolucję wypracowało 298 uczestników konferencji.

Stowarzyszenia Katolickie zdecydowanie przeciwstawiają się dalszej degradacji polskich rodzin, a jednocześnie deklarują wszechstronną pomoc w przygotowaniu i realizacji prorodzinnej polityki państwa - DZIŚ I JUTRO.

*W imieniu Organizatorów wiceprezes KSLP Oddział we Wrocławiu dr hab. med. Ludwika Sadowska Zastępca Prezesa Zarządu Akcji Katolickiej Archidiecezji Wrocławskiej Ewa Janiak*

## Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, Oddział we Wrocławiu zaprasza na spotkanie opłatkowe,

które odbędzie się 16 stycznia 1999 r. (sobota) w auli DIL przy ul. Matejki 6.

### Program spotkania:

#### Część I

10.00 - 10.30 - msza św. (kaplica oo. Salwatorów przy ul. Matejki 4)  
 10.45 - 11.30 - Psychologiczne podstawy dialogu, ks. mgr J. Kuraś  
 11.30 - 12.15 - Pierwszy dialog prowadzą Państwo Łukaszewiczowie pt. „Odkurzenie miłości”  
 12.15 - 13.00 Drugi dialog prowadzą Państwo Kordylewscy pt. Dekalog w małżeństwie

#### Część II

13.00 - 14.00 Agapa opłatkowa z udziałem JE Ks. Kardynała Henryka Gulbinowicza  
 Na spotkanie dialogu zapraszamy członków Stowarzyszenia wraz ze współmałżonkami i z dziećmi.

Wiceprezes Ludwika Sadowska

# Rozpoznawanie drobnoustrojów poprzez ich geny

Szybka i precyzyjna diagnostyka mikroorganizmów chorobotwórczych powodujących schorzenia układu oddechowego jest szczególnie ważna nie tylko ze względu na szybkość i poprawność leczenia. Dzisiejsze ceny leków oraz inne koszty związane z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami są tak wysokie, że wymuszają bardzo precyzyjną diagnostykę, która umożliwia stosowanie najnowszych osiągnięć z dziedziny genetyki molekularnej drobnoustrojów. W Polsce tak jak w innych krajach zachodnich wykonuje się szybką diagnostykę takich mikroorganizmów, które powodują na przykład atypowe zapalenie płuc, zapalenie gardła, opłucnej, oskrzeli i tchawicy, gruźlicę, a nawet powodują chorobę wieńcową. Chodzi tu przede wszystkim o trudno- lub długodiagnozowalne bakterie takie jak: Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila i Mycobacterium tuberculosis.

Możliwość szybkiego, jednoznacznego i stosunkowo taniego sposobu wykrywania bakterii, pierwotniaków, drożdży, a nawet wirusów daje metoda namnażania

in vitro materiału genetycznego techniką PCR opartą na reakcji łańcuchowej polimerazy. Stosując tę metodę można wykryć materiał genetyczny, który jest specyficzny tylko dla jednego, określonego gatunku mikroorganizmu. Reakcja PCR polega na wykorzystaniu enzymu powielającego fragment nici kwasu deoksyrybonukleinowego - polimerazy DNA. Reakcję prowadzi się przy użyciu odpowiednich starterów (małych, syntetycznych kawałków DNA), które po przyłączeniu się do badanego DNA (matrycy) umożliwiają dobudowanie brakującej, identycznej wewnętrznej struktury białka i rozdzielenie badanego DNA od nowo powstałego, cały cykl powtarzany jest na nowo. Matrycę dla kolejnej reakcji stanowi zarówno badany jak i nowo powstały w poprzedniej reakcji DNA. W efekcie powtarzając kilkadziesiąt razy całą procedurę z jednej cząsteczki badanego DNA można otrzymać miliony jego kopii. Taką ilość można jednoznacznie zinterpretować technikami stosowanymi na co dzień w laboratorium genetyki molekularnej. Całość analizy

trwa kilkanaście godzin i umożliwia analizę nawet kilkudziesięciu próbek jednocześnie, co daje ogromne możliwości diagnostyczne.

Metoda genetyczna umożliwia badanie dowolnego materiału genetycznego. Różnice w wykonywaniu poszczególnych badań polegają jedynie na zastosowaniu odpowiednich technik izolacji DNA. Inną technikę stosuje się podczas izolacji DNA prątków gruźlicy z płwociny lub popłuczyn oskrzelowych, a inną w przypadku chlamydii i mykoplazmy z wymazu z nosogardzieli. Odpowiednio dobrane startery umożliwiają nie tylko detekcję kilku pojedynczych komórek patogenu w badanym materiale klinicznym, ale również badanie specyficznych jego cech. Metodą tą można wykryć w organizmie między innymi ryfampicinooporne szczepy M. tuberculosis.

Takie badania przeprowadza Zakład Genetyki Molekularnej Bio-Genetik w swoim laboratorium we Wrocławiu przy ul. Długosza 68, tel. 372 75 10, a kieruje nim autor tego artykułu

Adam Dąbrowski

## Grupa Balinta zmienia życie lekarza

Od 21 do 25 października 1998 r. podczas VIII Międzynarodowego Kongresu Somatoterapii w Krakowie rozmawiałam z Andre Moreau, belgijskim psychiatrą, psychoanalitykiem, psychoterapeutą, autorem licznych książek, twórcą, organizatorem i byłym przewodniczącym i wiceprzewodniczącym Belgijskiego Towarzystwa Balintowskiego. Obecnie Towarzystwo to liczy około 200 osób związanych z szeroko pojętym leczeniem i opieką. Prowadzi on własny ośrodek rozwoju osobistego „Y voir claire”, blisko współpracuje z Europejską Szkołą Psychoterapii Socjo-Somatologicznej ze Strasburga, oraz z Polskim Towarzystwem Somatoterapii z Krakowa (ul. Kopernika 19a). Zapytałam go, jak podnoszą kwalifikacje lekarze w grupach Balinta. Czy ma to miejsce w Belgii, kto bierze w nich udział, ile osób liczy Belgijskie Towarzystwo Balintowskie.

W swoim ośrodku Andre Moreau prowadzi całoroczne szkolenia grup Balinta, mogą się na nie zgłaszać wszyscy, którzy

zajmują się opieką nad pacjentem lub pomagają w opiece, to jest lekarze, pielęgniarki, fizykoterapeuci, nauczyciele. Zajęcia są odpłatne. Prowadzenie grup Balinta przez Andre Moreau jest oparte na psychoanalizie, analizie transakcyjnej, terapii Gestalt, a szczególnie na odgrywaniu ról. Lekarz relacjonujący swoje spotkanie z pacjentem może odgrywać rolę pacjenta lub może przyglądać się, jak inni to odgrywają. Temat grup Balinta jest zawsze taki sam: jak grupa, pod okiem lidera, może pomóc lekarzowi w zrozumieniu konfliktu, jaki powstaje pomiędzy lekarzem a pacjentem w tym konkretnym momencie życia i rozwoju. Jak lekarz może nauczyć się aktywnego słuchania, postawy empatycznej (uczuciowego uosobienia się z inną osobą i wywołania w sobie uczucia, które ona przeżywa). Może to osiągnąć poprzez: powtórne przyjrzenie się problemowi, konfrontację, zestawienie lekarza z jego problemem i poprzez pomoc w podejmowaniu odpowiedzialności. Ćwiczenia w grupach Balinta pozwalają zrozu-

mieć lekarzowi, że to co on obserwuje w grupie jest podobne do tego, jak on reagował na pacjenta. Wypowiedzi uczestników grupy pozwalają zmienić lekarzowi swoją postawę wobec pacjenta. Lider dba o to, by odpowiedzi pozbawione były problematyki osobistej, dba o bezpieczeństwo. Istotą pracy jest przyswojenie sobie zasad komunikowania się w grupie Balinta:

mów: ja, ty, tobie, czuję, tu i teraz, szczególnie,  
prawdziwie słuchaj drugiego, bądź uczciwy, śmieć się razem, niech wygrywa relacja.  
Pacjent choruje nie na to „co myśli”, ale na to „co czuje”.

Matylda Lempel-Chareza

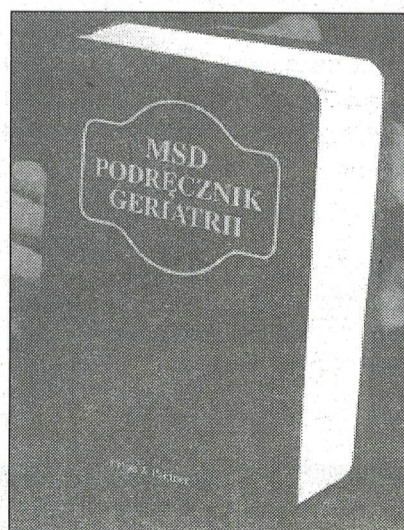
Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych  
ul. Dobrzyńska 24  
oraz Polskie Towarzystwo Balintowskie planują szkolenie w grupach Balinta. Rozpocznie się wykładem w dniu 14 stycznia 1999 r. Bliższe informacje - WODKM, ul. Dobrzyńska 24.

**Wydawnictwo Medyczne  
Urban & Partner**  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 55/61  
50-950 Wrocław  
tel. (071) 328-30-68  
(dział zamówień indywidualnych)  
fax (071) 328-43-91

**PROPONUJE  
MSD. PODRĘCZNIK GERIATRII**  
pod red. W. B. Abramsa, M. H. Beersa,  
R. Berkowa

Wydanie pierwsze polskie pod red. K. Galusa i J. Kocemby. **Cena 95 zł.** Nakładem Wydawnictwa Medycznego Urban & Partner ukazała się polska wersja kolejnej, po *MSD Manual. Podręczniku diagnostyki i terapii*, publikacji wydanej w USA

w celach niekomercyjnych przez firmę farmaceutyczną Merck & Co. *MSD. Podręcznik geriatry* jest najobszerniejszym na rynku polskim kompendium wiedzy z dziedziny geriatry, skierowanym do wszystkich lekarzy i osób zajmujących się opieką nad osobami w podeszłym wieku. W pięciu działach przedstawiono szczegółowo wiadomości dotyczące procesu starzenia się i zmian zachodzących w organizmie osoby starszej, omówiono najczęstsze choroby i zespoły chorobowe oraz specyfikę ich leczenia, a także psychologiczne, socjalne i prawne aspekty terapii geriatrycznej. *MSD. PODRĘCZNIK GERIATRII* jest do nabycia we wszystkich księgarniach naukowych w kraju, można go też zamawiać w wydawnictwie.



### Listy do redakcji

Środek nocy, dyżur, w ciągu dnia przyjąłem prawie 20 małych pacjentów, czyli wykonałem usługę medyczną, za którą od 1 stycznia kasa chorych nie zapłaci, ponieważ nie widzi potrzeby udzielania porad ambulatoryjnych przez lekarzy dyżurujących w szpitalu, i tak sobie myślę (a może tylko tak mi się wydaje)...

Koniec roku jest zwykle okazją do podsumowań, refleksji, zadumań, często zakończonych pytaniem - co dalej?

Koniec tego roku jest dla nas lekarzy i oczywiście wszystkich pracowników służby zdrowia, szczególnie tych, którzy przepracowali w „białym fartuchu” wiele lat czasem wyjątkowym. Doszliśmy do kresu systemu ochrony zdrowia, na który prawie wszyscy zgodnie wściekaliśmy się, protestowaliśmy i strajkowaliśmy, chociaż nie zawsze z tych samych powodów.

Koniec, to mamy już za sobą. Przed nami nowy rozdział pt. „Kasy Chorych” i czasy powszechnej szczęśliwości dla wszystkich, dla pacjentów i pracowników służby zdrowia. Tak widzą to prominentni przedstawiciele różnych kręgów władzy. Jest to dobra okazja do spojrzenia na działalność Izby Lekarskiej, której wszyscy jesteśmy członkami, wszyscy ją tworzymy, której oblicze kształtują nasi koledzy, których sami wybraliśmy z własnej, nie przymuszonej woli i powierzyliśmy im zadanie m.in. reprezentowania naszych interesów. Jest przecież oczywiste, że 100 tys. ludzi nie może rozmawiać z rządem, ministrem czy pełnomocnikiem, nie wszyscy zaakceptują wypracowane rozstrzygnięcia i nie wszyscy pojadą pod Sejm (byłem dwa razy, więc nie jest to tłumaczenie samego siebie). Tak więc nie można sobie wyobrazić wszystkich lekarzy angażujących się z pasją w działalność Izby. Natomiast w sytuacjach zagrożenia, niepewności aktywność ludzi wzrasta i czy można się temu dziwić. Te ostatnie uwagi kieruję do kolegów, którzy często powtarzają pytania „gdzie byłeś, jak my protestowaliśmy w Warszawie pod Sejmem?”. Ale nie o tym miało być. Obecny czas i ten dopiero co miniony, był i jest, moim zdaniem, czasem pierwszej poważnej próby, przed którą stanęła Izba Lekarska, tzn. my wszyscy, od czasu powstania, czy jeśli ktoś woli reaktywowania Izby. I nie oszukujmy się, jest to próba przegrana, a gorycz przegranej tym większa, że to Izba Lekarska od początku działalności była gorącą orędowniczką przemian w systemie ochrony zdrowia, przemian, które są niezbędne i to jest poza dyskusją. Ale już pytania o kierunek zmian, np. czy na pewno kasa chorych, czy na pewno lekarz rodzinny stawiały (i stawiają) pytającego na pozycji przeciwnika reform, żeby nie powiedzieć czegoś gorszego, ale to byłaby już polityka. Wszyscy znamy ustawę, wiemy czego chcieliśmy, wiemy, co udało nam się osiągnąć - nic poza teoretyczną możliwością wypisania refundowanej recepty; uważam, że jest to wielka porażka naszej korporacji zawodowej i deklaracje przedstawicieli kasy chorych o ew. współpracy z samorządami zawodowymi nie zmieniają tej opinii, tym bardziej że proces wdrażania nowego systemu wygląda tak jak wygląda.

Sprawa nieco mniejszej wagi, ale też symptomatyczna, a mianowicie opłata za rejestrację gabinetu; kwota podana w rozporządzeniu ministra zdrowia jest na tyle wysoka, że Rada DIL postanowiła swoją uchwałą ją obniżyć, co właśnie anulowała uchwała Naczelnej Rady. Dlaczego Naczelna Rada wyraziła zgodę na tak wysoką opłatę rejestracyjną, jaki wpływ na decyzje mają przedstawiciele izb okręgowych?

Ściśle z naszego „dilowskiego podwórka”, uchwała Rady z apelem o niepodpisywanie umów z kasą na refundację leków. Nie wchodząc w szczegóły, choć być może nie wszyscy wiedzą, o co chodzi, to był skandal, tak podejmować decyzji po prostu nie można.

Za parę miesięcy odbędzie się kolejny Zjazd DIL. Przewodniczący, oczywiście po wystąpieniu Prezesa, przedstawi osiągnięcia swoich komisji, zostanie przyjęte sprawozdanie finansowe, kilka wniosków i uchwał, jak co roku.

A ja zastanawiam się, czy nie należałoby postawić sobie pytania, które często padało na początku - po co nam ta Izba?

Lekarz dyżurny  
K. Kobyliński

### Listy do redakcji

# Korzystne kredyty dla lekarzy

28 grudnia zostało zawarte porozumienie o współpracy pomiędzy Oddziałem Regionalnym Powszechnej Kasy Oszczędności BP i Dolnośląską Izbą Lekarską w zakresie obsługi finansowej lekarzy prowadzących indywidualne praktyki lekarskie.



Fot. Elżbieta Pomorska

Rozmowa z pierwszym zastępcą dyrektora do spraw sprzedaży Oddziału Regionalnego Banku PKO BP we Wrocławiu TERESĄ GRONKIEWICZ

**- Co wchodzi w zakres „obsługi finansowej”, którą PKO BP oferuje lekarzom prywatnie praktykującym?**

- W wyniku podpisanego porozumienia lekarze ci mogą liczyć na uzyskanie kredytów obrotowych i inwestycyjnych na warunkach preferencyjnych w stosunku do innych klientów banku.

**- Na czym polegają te preferencje?**

- Przede wszystkim na niskiej cenie kredytów, odstąpieniu banku od bezwzględnej wymagania tzw. wkładu własnego przy kredytach inwestycyjnych, a także dogodnym warunkom prawnego zabezpieczenia kredytów. Możliwa jest również karencja w spłacie kredytu - maksymalnie 6 miesięcy.

**- Jaką korzyść poza wymienionymi preferencjami mają lekarze, którzy zechcą skorzystać z waszego kredytu?**

- Bardzo wymierną. Koszty związane z jego uzyskaniem to jest prowizja i odsetki stanowią koszt uzyskania przychodu, daje to zatem możliwość zmniejszenia podstawy opodatkowania podatkiem dochodowym.

**- Czy o takie kredyty będą mogli się ubiegać również lekarze**

**pracujący w szpitalach i przychodniach?**

- Nie. Kredyty te są przeznaczone tylko dla lekarzy prowadzących działalność gospodarczą jako osoby fizyczne lub w formie spółek cywilnych. Wszyscy pozostali lekarze mogą w oddziałach PKO BP zaciągnąć na korzystnych warunkach kredyty dla osób fizycznych.

**- Wróćmy do przedmiotu kredytu. Co można sfinansować kredytem obrotowym?**

- Całą bieżącą działalność związaną z prowadzeniem prywatnej praktyki np. zakup leków, środków opatrunkowych, drobnego sprzętu (np. strzykawek), a także opłaty za energię, ogrzewanie, itp.

**- A w ramach kredytów inwestycyjnych?**

- W ramach tych kredytów będzie można kupić, wyremontować i adaptować pomieszczenia przeznaczone na prowadzenie praktyki lekarskiej, ponadto można zakupić specjalistyczny sprzęt medyczny i wyposażenie np.: meble, samochód, komputer i wszystko co jest niezbędne do prowadzenia praktyki lekarskiej.

**- Jakie warunki musi spełniać lekarz, aby taki kredyt otrzymać?**

- Musi mieć zdolność kredytową to znaczy - zdolność do spłaty zaciągniętego kredytu wraz z odsetkami w ustalonych z bankiem terminach, a także złożyć stosowne zabezpieczenia.

**- Czy każdy kto wystąpi z wnioskiem o kredyt otrzyma pieniądze?**

- Każdy wnioskodawca, który przedstawi wiarygodne kalkulacje prowadzenia swojej działalności może liczyć na naszą współpracę. Pracownicy Banku PKO BP będą służyć pomocą w ustaleniu kwoty kredytu, terminów, wysokości spłat kredytu i odsetek.

**- Czy to znaczy, że lekarz może sam zaproponować terminy spłaty kredytu?**

- Tak. Pracownicy przyjmą propozycje lekarza, gdy uznają, że jest ona

dla niego najkorzystniejsza. Gdyby w swojej propozycji nie uwzględnił on specyfiki prowadzonej przez siebie działalności, mogą zaproponować inne rozwiązanie.

**- Jakie są warunki zaciągnięcia kredytu?**

- Lekarz składa wniosek wraz z załącznikami, w którym określa wysokość kredytu, przeznaczenie kredytu, okres kredytowania, proponowane zabezpieczenie, a także kalkulacje finansowe na drukach otrzymanych z banku. Na podstawie przedstawionych dokumentów bank ocenia zdolność kredytową wnioskodawcy. Pozytywna ocena banku pozwoli na zawarcie umowy kredytowej.

**- Jaka jest maksymalna kwota kredytu i jak długo lekarz będzie mógł korzystać z kredytu?**

- Kwota kredytu jest uzależniona od zdolności kredytowej. Maksymalny okres kredytowania działalności bieżącej wynosi 1 rok z możliwością przedłużenia na kolejne okresy, a finansowanie wydatków inwestycyjnych - do 5 lat.

**- Jak jest oprocentowany kredyt?**

- Przy kredycie złotowym oprocentowanie roczne będzie opierać się na cenie pieniądza na rynku międzybankowym (stawka WIBOR dla depozytów trzymiesięcznych). Obecnie stawka WIBOR wynosi 15,5%. Od dłuższego czasu notowania WIBOR wykazują tendencję spadkową.

Do wartości stawki WIBOR bank będzie doliczał 1,75% marży ryzyka kredytowego banku PKO BP. Oznacza to, że na dzień 14.01.99 r. kredyt byłby oprocentowany w wysokości poniżej 17,25% w stosunku rocznym. Ponadto od udzielonego kredytu bank pobierze prowizję w wysokości 1% kwoty kredytu.

**- Jakie będą warunki dla kredytów w walutach wymiennalnych?**

- PKO BP może udzielać kredytów np. w dolarach amerykańskich lub w markach niemieckich, a w razie potrzeby w Euro. Oprocentowanie tych kredytów jest zmienne i wiąże się z ceną pieniądza na rynkach mię-

dzynarodowych (np. stawka LIBOR dla marek niemieckich, kształtuje się obecnie poniżej 3,18%). Uwzględniając marżę ryzyka banku w wysokości 3,45% oprocentowanie dla kredytobiorcy wynosiłoby 6,63%.

Na prośbę lekarzy, którzy pragnęliby skorzystać z kredytu w walutach wymiennalnych, pracownik banku może udostępnić tabelę kursów walutowych za 1998 rok.

**- Co może stanowić zabezpieczenie kredytu?**

- Przede wszystkim weksel in blanco poręczony przez DIL do kwoty 10 000 zł, a także sprzęt sfinansowany tym kredytem. Możliwe są również inne zabezpieczenia do uzgodnienia z kredytobiorcą.

**- Kiedy skończy się pula kredytów poręczonych przez DIL, czy lekarze nadal będą mogli uzyskać kredyt w PKO BP?**

- Tak. Lekarze, którzy uzyskają piśmienną rekomendację DIL będą mogli ubiegać się o kredyt na takich samych warunkach.

**- Czy bank pragnie współpracować z lekarzami w szerszym zakresie niż to zostało ujęte w porozumieniu?**

- Tak proponujemy lekarzom zakładanie rachunków bieżących niezbędnych do rozliczeń na przykład z urzędem skarbowym, kasą chorych, ZUS itp. Ponadto zapraszamy do skorzystania z szerokiej oferty dla osób fizycznych nie prowadzących indywidualnej praktyki szczególnie do zakładania u nas rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych z całą gamą dodatkowych udogodnień na przykład kredytów, kart płatniczych, lokat.

**- Gdzie powinien się zwrócić lekarz zainteresowany współpracą z PKO BP?**

- Do najbliższego oddziału PKO BP w nowym województwie dolnośląskim. W siedzibie DIL można będzie otrzymać ulotki z warunkami kredytów, a także z adresami i telefonami oddziałów PKO BP.



PKO BP *Blisko Ciebie*

# Ile, komu i za co w reformowanej służbie zdrowia?

Janusz Bielawski

Pod koniec roku, tuż przed Bożym Narodzeniem, obiegła prasę (Trybuna, Gazeta Wyborcza) wiadomość o kontraktach menedżerskich zawieranych z kierującymi samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej. Przewodniczący Sejmowej Komisji Finansów Publicznych - poseł Henryk Goryszewski, wysokość tych uposażeń wynoszących co najmniej 13.000 zł miesięcznie określił jako wynagrodzenia niemoralne.

Sprawa wprowadzenia kontraktów menedżerskich jest traktowana przez resort zdrowia jako nieodłączna część reformy systemu opieki zdrowotnej i ma na celu przyspieszenie procesu przekształceń. Wynika to z pisma skierowanego pod koniec maja 1998 r. do wojewodów, gdzie Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia M. A. Kornatowski pisze głównie o wysokości uposażeń menedżerów, a o tym, jakie wymagania ma spełniać taki kandydat niewiele. Ta kadra ma być dobrze przygotowana. Tyle o kwalifikacjach menedżerów, z którymi podpisuje się wieloletnie kontrakty.

Składając w tej sprawie oświadczenie na 18 posiedzeniu Senatu w dniu 30.07.98 r., zapytałem Ministra Zdrowia, z jakiego funduszu będą finansowane uposażenia menedżerów w 1999 roku, bo w bieżącym Pan Minister Kornatowski dysponuje na ten cel rezerwą celową, wyraziłem też przypuszczenie, że chyba ze skąpych dochodów kierowanego przez siebie zakładu opieki zdrowotnej. Prosząc o wyjaśnienie, czego spodziewa się resort po realizacji cywilnoprawnych umów menedżerskich, zauważyłem, że chyba cudu. W jaki sposób tak dobrze opłacany zarządzający ma poprawić efektywność działania zakładu opieki zdrowotnej jest nadal pytaniem otwartym. Czy zatrudnienie zarządzającego na opisanych warunkach będzie miało miejsce w każdym ZOZ, który uzyska samodzielność? Odpowiedź z dnia 2.09.98 r., podpisana przez Wiceministra M. A. Kornatowskiego nie wyjaśniła niczego, zawierała stwierdzenie, że „przesłany przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 maja 1998 roku Nr PSA/014/4132/I/L/98 projekt umowy o zarządzanie publicznym zakładem

opieki zdrowotnej jest jedynie projektem Komisji ds. Kontraktów Menedżerskich i nie ma mocy obowiązującej dla organu założycielskiego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Jednocześnie pan Minister podkreśla, że do nawiązania stosunku pracy z kierownikiem publicznego zakładu opieki zdrowotnej nadal mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Taka pokrętna odpowiedź może świadczyć, że zamierzenia Ministerstwa, a więc i Rządu nie są czyste, a poza tym można by się domyślać, że to nie Minister Zdrowia, to oni, wojewodowie, których już nie ma, zawarli te obłędne wieloletnie kontrakty. A tak a propos - to w projekcie umowy z maja była mowa o rocznych kontraktach, a pod koniec roku już o sześcioletnich.

Minister Maksymowicz pytany przez posłów, dlaczego wysokość kontraktów menedżerskich przekracza płace np. prezydenta RP czy premiera, odpowiedział: Pensje prezydenta i premiera są za niskie w porównaniu z zakresem ich odpowiedzialności, powtarzam to za Gazetą Wyborczą z 12-13 grudnia.

Jak wynikało z telewizyjnej wypowiedzi Ministra Maksymowicza

**Optymizm, jaki wieje z wypowiedzi Ministra Maksymowicza i innych przedstawicieli resortu, przedstawicieli Kas Chorych może sprawiać wrażenie, że obracają się oni w wirtualnej rzeczywistości.**

emitowanej 29.12.98 r. - kontrakty menedżerskie są właśnie tym, co pozwoli wreszcie racjonalnie gospodarować i będzie tak jak było, tylko lepiej. I Pogotowie będzie działać. Niejako mimochodem pan Minister Maksymowicz zauważył, że lekarzy jest za dużo, również anestezjologów, a jak się który zwolni, to wcale nie jest powiedziane, że menedżer przyjmie go z powrotem do pracy. I od razu widać, jak taki jegomość jest przydatny.

Skoro otrzymałem od Ministra wymijającą odpowiedź na pytanie, czemu mają służyć kontrakty menedżerskie pozostaje tylko puścić wodze wyobraźni. Co zrobi menedżer,

który jest jak najbardziej zainteresowany w utrzymaniu nad wyraz dobrze opłacanej posady, gdy będzie widział, że brakuje mu na funkcjonowanie szpitala? Będzie dbał o to, żeby wystarczyło.

Najprościej jest ograniczyć stosowanie drogich leków, nowoczesnych, najczęściej kosztownych procedur leczniczych. I tak już teraz wiadomo, że za jednego leczzonego w oddziale urazowo-ortopedycznym (kod oddz. B590) Kasa Chorych zapłaci 1282 złote w szpitalu I poziomu referencyjnego, niezależnie od tego jak długo pacjent będzie w szpitalu przebywał. A więc pacjent ma być leczony krótko i tanio, bo w tej kwocie jest wszystko i wyżywienie, i ogrzanie obiektu, i ewentualna operacja, no i wynagrodzenia personelu. Jak to może wyglądać w praktyce? Nie trzeba wybujałej wyobraźni, by przedstawić sobie taką sytuację - do szpitala zostaje przyjęty pacjent z ciężkim otwartym złamaniem podudzia. Są dwie alternatywy - albo zaopatrzy się go zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, tj. wykona się stabilizację złamania (implanty Zespol nie są drogie, ale kosztują około 250 zł), zastosuje się dwie gąbki garamycynowe - koszt ponad 500 zł, znieczulenie itd. itd., a jeszcze druga operacja (rekonstrukcja tkanek

ne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Kasą Chorych podlega karze grzywny do 5000 zł\*\*\*. W tej sytuacji chyba najprościej jest przekonać pacjenta, że najbardziej skutecznym rozwiązaniem jest amputacja.

No, a kiedy oszczędności na leczeniu nie przyniosą spodziewanego efektu, to trzeba będzie sięgnąć do ograniczeń płacowych, redukcji personelu i nie rozpocznie się to od pracowników administracji.

We wspomnianej wyżej audycji telewizyjnej na stwierdzenie wypowiedziane przez dziennikarza, że nie ma rzetelnej informacji o reformie - pani Anna Knysok - Wiceminister Zdrowia i Pełnomocnik Rządu do spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego oburzona stwierdziła, że to wina lekarzy, bo nie czytają ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. W tym miejscu chcę podpowiedzieć, co tak naprawdę jest w tej ustawie ważne: to art. 4, p. 5: „Ubezpieczeni współuczestniczą w kosztach udzielanych im świadczeń wnosząc opłaty (udział własny) na zasadach określonych ustawą”\* oraz art. 53 p. 3: „Kasa Chorych przy zawieraniu umów jest obowiązana do przestrzegania: 1/ zasady zrównoważenia wydatków z przychodami Kasy Chorych, 2/ zasady, że suma kwot zobowiązań Kasy Chorych wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w planie finansowym Kasy Chorych”\*. Znajomość tych przepisów wystarczy, aby sobie uświadomić, gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy. Przyświeca temu wszystkim zasada - ma być taniej, choć na apanaże menedżerów i utrzymanie Kas Chorych pieniądze się nie żałuje.

I teraz od 1999 roku ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne należy odliczyć koszty poboru, ewidencjonowania i dochodzenia składek na ubezpieczenie zdrowotne - Kasa Chorych zwraca ZUS-owi 0,5%, KRUS-owi 0,25% wysokości pobranych kwot. Z tak pomniejszonej kwoty należy wypłacić uposażenia dyrektorom Kas, zatrudnionym tam pracownikom, mieć środki na funkcjonowanie biur, utrzymać Urząd Nadzoru, gdzie do pracowników Urzędu nie mają zastosowania przepisy o kształtowaniu środków na wynagrodzenia w państwowej

sferze budżetowej (art. 151a p. 2), a więc równie dobrze płatnych.

Z tych obserwacji wynika, że w resorcie zdrowia kreuje się warstwę ludzi o niebotycznych zarobkach, a wszystko to ma być finansowane z 7,5% składki na ubezpieczenia zdrowotne, pomniejszonej o koszty pośrednie. Ile zostanie na realizowanie celów, dla których Kasy powstały jest tak jakby mniej ważne. Odnoszę wrażenie, że Kasy, Urzędy Nadzoru będą wspaniale funkcjonować, zaś ubezpieczeni są tylko uzasadnieniem do ich istnienia.

Kasy Chorych powstały, mają osobowość prawną, utworzyły i wyposażyły biura, zatrudniły pracowników. Tworzą skomplikowane przepisy dotyczące wystawiania recept. Ustala się stawki za leczenie szpitalne - i tak za jednego leczzonego w oddziale chirurgii urazowej (B460) - 1577 zł, w oddziale ortopedycznym (B530) - 1027 zł, a w oddziale urazowo-ortopedycznym - 1282 zł. Nie wiem, kto jest w stanie zrozumieć logikę tej wyceny. Ja nie.

Nie wiadomo też, kiedy Kasy wypłacą Zakładom Opieki Zdrowotnej pierwsze pieniądze. Z całą pewnością będzie to okres co najmniej miesiąca, jak dobrze pójdzie, i w tym okresie przejściowym nie będzie pieniędzy na nic. A więc znowu dług. Ale będzie kontrakt z Kasą. Tyle, że te perspektywy przypominają kontrakty, które zawarte były z anestezjologami. Kontrakty były, a pieniądze znalazły się dopiero po kolejnych protestach.

Co się wyłoni z tego chaosu, trudno powiedzieć. Optymizm, jaki wieje z wypowiedzi Ministra Maksymowicza i innych przedstawicieli resortu, przedstawicieli Kas Chorych, może sprawiać wrażenie, że obracają się oni w wirtualnej rzeczywistości. Bo czy to wszystko, co się obiecuje społeczeństwu można zrealizować za przewidziane w ustawie pieniądze wynajmując tylko wysoko-płatnych menedżerów? To tak samo jakby ktoś chciał kupić mercedesa za 50 zł, a może nawet taniej. Jest to możliwe. Tylko nie da się tym jeździć. Można postawić na regale, podarować dziecku czy wnukowi.

\* Materiał porównawczy do ustawy z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw; Biuro Legislacyjne Senatu.

## Listy do redakcji

Patrząc na to, co się dzieje w mojej przychodni widzę, że reforma systemu ochrony zdrowia jest zdecydowanie nieprzygotowana merytorycznie i organizacyjnie. Dotyczy to obu stron, lekarzy jak i pacjentów. Mój kierownik miota się w obliczu sprzecznych decyzji Kasy Chorych. Jednego dnia każe nam pobierać opłaty od pacjentów, innego dnia zabrania tego procederu. My same nie wiemy, ile bę-

dziemy zarabiali i czy w ogóle będziemy pracowali. Zasady reformy nie zostały wyjaśnione przed kilkoma tygodniami i większość tak pacjentów, jak lekarzy wielu spraw może się tylko domyśleć. Mam wrażenie, że z jednej strony chodzi o zdyscyplinowanie pacjenta, aby wiedział, że nic mu się nie należy, a także ma uświadomić lekarzowi, że pacjent jest wyłącznie klientem, którego należy zmusić

do leczenia się w sektorze prywatnym. Przyznam się szczerze, że ja już nic z tego nie rozumiem.

Oglądając zaś w telewizji Pana Ministra Maksymowicza uważam, że zachowuje się nie jak lekarz. Myślę, że w czasie operacji neurochirurgicznej anestezjolożdy nastąpił mu na odcisk. Koledzy anestezjoloży wyrażają przecież niewartykułowane dotychczas postulaty:

- brak godnego wynagrodzenia za włożoną ogromną pracę, wiedzę i odpowiedzialność za pacjentów,

- płace lekarzy w stosunku do innych pracowników w naszym kraju są niewyobrażalnie niskie: lekarz po studiach zarabia mniej niż pracownik fizyczny, a profesoriale mniej niż niskiego stopnia policjanci.

Jak można porównać odpowiedzialność ordynatora, dyrektora

szpitala z pracą kierownika banku czy prezesa sądu? Myślę, że załatwienie sprawy anestezjologów w 1998 roku było tylko cynicznym wyprowadzeniem ich w pole. Ze swej strony życzę im gorąco, aby ich protest był lokomotywą, która także i moją płacę pociągnie w górę.

Z poważaniem  
Joanna R.

## Listy do redakcji

Postanowiłam poddać się operacji guza w brzuchu. Guz powiększa się powoli pozwalając mi zastanowić się, gdzie i kiedy wykonać to zadanie.

Pytanie pierwsze, najważniejsze: gdzie? W grę wchodziły różne ośrodki: Berlin, Paryż, Wrocław, Kongsberg, może Tromsøe...

Będąc w Polsce nie miałabym problemu z decyzją. Naturalnie we Wrocławiu, w klinice chirurgicznej u prof. Jana Dolińskiego. Tam zoperowaliby mi nawet migdałki podniebienne, gdyby taka potrzeba zaistniała. Dali by radę, to pewne. Prof. Doliński już nie operuje, ale wyszkolił uczniów, wielu z nich moich kolegów, którzy kontynuują dobrą tradycję i solidność kliniki.

Z różnych pozazawodowych względów zdecydowałam się na Tromsøe, uniwersytecki szpital, w którym pracuję od dziesięciu lat. Bakterii jest tutaj znacznie mniej i tylko takie, którym odpowiada chłodniejsza temperatura. Grzyby to głównie kozaki, prawdziwki, kurki, pojedyncze muchomory, czasem Trichophyton rubrum. Możliwość zakażenia nimi praktycznie żadna. Teraz zresztą rozpoczęły się przymrozki i grzyby zniknęły.

Szpital w Tromsøe to nowoczesny gmach, zbudowany z rozmachem i oddany do użytku we wrześniu 1991 roku. Jest nadal najnowszym szpitalem na Półwyspie Skandynawskim. W szpitalu są wszystkie możliwe oddziały z medycyną nuklearną i telemedycyną włącznie. Szpital zatrudnia 2500 osób i ma 500 łóżek. Są tam również liczne polikliniki specjalistyczne. Na miejscu jest apteka dla pacjentów, bank, poczta, sklep, biblioteka, fryzjer, bar szybkiej obsługi, automaty do gry, toto-lotek. Leżąc w szpitalu można zostać multimilionerem, trzeba tylko spróbować szansy.

Szpital jest wypełniony ultranowoczesną aparaturą, która lśni chromem, błyska światłkami żółtymi, zielonymi i czerwonymi. Nazw wielu aparatów nie znam - no cóż, jestem dermatologiem.

Na ścianach korytarzy i poczekalni gustownie rozmieszczono piękne gobeliny, mozaiki, obrazy, nowoczesne rzeźby. Z głośników sący się dyskretnie relaksująca muzyka.

Jak można zostać pacjentem w tym pałacu służby zdrowia?

Przepustką jest skierowanie od lekarza domowego z miejsca zamieszkania chorego. Skierowanie wypisane pięknie na arkuszu A4 trafia drogą pocztową do odpowiedniego oddziału. Tam upoważniona sekretarka medyczna wprowadza je do komputera i lekarz specjalista kwalifikuje, w jakim czasie może ono być zrealizowane: do 1, do 2, do 3 miesięcy oczekiwania. Pacjent otrzymuje pisemne zawiadomienie, kiedy i gdzie ma się stawić, np.: masz u nas wizytę o 13.15, piętro 6, u dr Olsena, należy się wcześniej zameldować w okenku recepcji. Pozdrawiamy, poliklinika ginekologiczna.

Jeśli okaże się, że pacjent wymaga operacji lub zaawansowanej diagnostyki swojego schorzenia, wpisuje się go na listę oczekujących. Są dwie listy. Lista z gwarancją przyjęcia - czas oczekiwania do 180 dni i lista bez gwarancji przejścia - po prostu jesteś na liście i czekasz, czekasz, czekasz, może, może... To ma gwarantować demokrację i uniemożliwia omijanie kolejki. Ten system obowiązuje wszystkich, także personel medyczny niezależnie od stanowiska. Wyłączeni z niego są: król i jego rodzina

oraz premier rządu. To nic, że masz raka płuc czy jelita grubego, też masz demokratycznie czekać. Umrzesz wcześniej, to twoja sprawa. Trzeba inaczej zaplanować swoją śmierć, dopasować ją do kolejki. Sprytniejsi lekarze wpisują po prostu bardziej dramatyczną diagnozę i przemycają pacjenta do oddziału szybciej.

Jako pracownik wychowany w innym systemie, systemie dyktatury proletariatu, sprawiedliwości społecznej i dziejowej, bez niepotrzebnych i demoralizujących wrętów demokracji kapitalistycznej - udałam się bezpośrednio do kierownika kliniki, który jest moim lekarzem od lat i oznaj-

kił, że potrzebna parzyć i pić w ciągu dnia dla wzmocnienia organizmu. Podziękowałam serdecznie i woreczek z trawami wstawiłam do komórki. Po operacji mogłam także korzystać z dobroci serca przełożonej i sióstr - zaproponowano mi tygodniowy pobyt i opiekę w klasztorze.

Przyjęcie do oddziału zaplanowano na piątek, a operację na poniedziałek. W piątek przed południem przyjechałam w poliklinice przewidzianych wcześniej pacjentów, zajęcia ze studentami odbył kolega i zgłosiłam się w izbie przyjęć szpitala. Skierowano mnie zaraz do laboratorium. Pobrano krew: grupa, morfologia, kreaty-

W niedzielę po mszy, na kościelnej kawie, proboszcz zauważył:

- Trzeba by może namaścić cię przed tą operacją?

- Może lepiej namaścić tego chirurga, co mnie będzie operować, aby miał pewną rękę?

W niedzielę o 20.00 zameldowałam się w oddziale szpitalnym. Ruch był minimalny. Dyżurna pielęgniarka przyjęła mnie serdecznie.

- Velkommen til oss, witamy cię u nas. Pokażę ci salę, gdzie będziesz leżeć. Jest tam jeszcze jedna chora. Niestety pojedynczy pokój jest zajęty. Wczoraj przyjęliśmy na ostro chorą. Pielęgniarka objaśniła mi działa-

do radia. Tu masz słuchawki. Tutaj regulujesz wysokość głosu. Tutaj wybierasz programy. Tutaj pod spodem łóżka naciskasz silniej, gdy chcesz mieć głowę wyżej. Spróbuj.

Spróbowałam. Działo się.

- Teraz zaczniemy program przygotowawczy do operacji. Najpierw lewa tytuła.

- Czy przyszły już wyniki moich badań krwi? Czy mogę je zobaczyć?

- Proszę bardzo. Przyszły w piątek. Spojrzałam na te wyniki i oczy mi się rozszerzyły.

- Czy widziałas je i czy któryś z lekarzy je oglądał?

- Nie.

Wyniki moich prób krwi zapowiadały wystąpienie poważnych komplikacji, może nawet zagrożenie życia pacjenta, i właściwie wykluczały planowy zabieg operacyjny. Niestety, nikt z lekarzy o tym nie wiedział. Próby pobrano tuż przed zabiegiem i nikt się nimi dalej nie interesował.

W środku nocy zawiadomiłam mojego operatora, szefa oddziału, że pacjentka nie kwalifikuje się do zabiegu. Zdziwił się bardzo.

Po tym incydencie całą sprawę dyskutowano na różnych szczeblach i zmieniono procedurę. Badania pobiera się przy ostatniej wizycie chorego w przychodni przyklinicznej, gdy zapada decyzja o operacji.

Teraz jestem na zwolnieniu lekarskim i mam dużo czasu do rozmyślań. Czy to dobrze tak sformalizować, zautomatyzować i odhumanizować medycynę?

Opatrzność jak zwykle czuwała nade mną i tylko dlatego ukazuje się ten reportaż, zamiast mojego nekrologu.

Wszystkim Czytelnikom i redakcji życzę wszystkiego najlepszego w Nowym Roku.

Z serdecznym pozdrowieniem  
Barbara Gąsior-Chrzan  
Tromsøe, Norwegia

## Moja osobista przygoda z norweską medycyną



miłam, że dojrzałam do jego opinii o konieczności operacji. Podałam termin, który odpowiadał mi najbardziej. Profesor co prawda przychodzi regularnie do kliniki, ale akurat teraz jest na urlopie naukowym i z działalności kliniki jest wyłączony. Jednak udało mi się wcisnąć do komputera. Kilka razy odwiedziłam pielęgniarkę naczelną oddziału (moją kiedyś pacjentkę), aby sprawdzić, czy moje nazwisko wejdzie w kolumnę innych nazwisk oczekujących operacji i czy stanie się to w czasie mi odpowiadającym. Nie, żadnych czekoladek czy kawy ani kopert nie nosiłam. To wzbudziłoby panikę i na pewno wyrzucono by mnie z kolejki, opisano w gazetach, może nawet zwolniono z pracy za sabotaż.

W krótkim czasie otrzymałam pisemne zawiadomienie o terminie hospitalizacji oraz o terminie wizyty w przyszpitalnej poliklinice, gdzie zostaną pobrane próby poprzedzające hospitalizację.

Ta ostatnia miała mieć miejsce 3 tygodnie przed przyjęciem do szpitala. Doktor był miły, młody, znał mnie wcześniej zawodowo. Zbadał co należy, pobrał wycinki i zgodnie ustaliliśmy technikę operacji i jej zakres. Spytał, czy koniecznie chciałabym mieć kogoś z profesorów jako operatora.

- Niekoniecznie. Chcę mieć sprawnego i zdolnego operatora.

- No to w porządku. Uścisnęliśmy sobie dłonie.

- Do zobaczenia na oddziale.

Na wiadomość o planowanej operacji miejscowe karmelitanki, którymi opiekuję się lekarsko i sprawdzam ich anemiczne hemoglobiny, rozpoczęły modlitwy w intencji pomyślnego przebiegu zabiegu. Zapobiegliwa przeorysza przysłała mi nowiutki litrowy termos i jakieś dziwne trawy,

nina i mocz. W południe rozmawiał ze mną lekarz oddziału, zbadał ciśnienie krwi, osłuchał i podyktował na taśmę magnetofonową historię choroby. Pacjentka ogólnie zdrowa, bez istotnej przeszłości chorobowej. Zakwestionowałam jednego z operatorów życząc sobie kogoś innego (trudna pacjentka!). Życzenie spełniono z wahaniem. Młody anestezjolog, Duńczyk, przeprowadził stosowną rozmowę i zdecydował: narkoza pełna. Dostaliśmy po kawałku domowego ciasta, które akurat konsumowały pielęgniarki oddziału na zakończenie tygodnia. Ciasto było smaczne, czekoladowe z lukrem. Zaraz też otrzymałam przepustkę i miałam zgłosić się w niedzielę o 20.00.

W piątek wieczorem farmaceutyczna firma Searlie zapraszała na pogadankę pt. „Jak uniknąć odpowiedzialności prawnej za popełnione błędy lekarskie?”. Potem miała być kolacja w restauracji Grand Hotelu. Pogadanka nie odbyła się, prelegent - adwokat - lekarz - nie dojechał. Nowo otwarte lotnisko Gardemoen pod Oslo swą nowoczesną techniką przerosło możliwości percepcyjne usługi i opóźnienia samolotów sięgały 5 godzin. Kolacja odbyła się. Sąsiadem przy stole był mój przyszły anestezjolog. Jedząc norweską tradycyjną potrawę lutefisk, opowiadał mi o przypadkach, gdy zwiózono pacjenta kurarą, powodując jego całkowite porażenie, a zapomniało mu podać narkozę.

- Ale nie martw się, ja przyjdę do ciebie i sprawdzę.

Z sąsiadem z prawej strony, Islandczykiem, dyskutowaliśmy genialną prostotę budowy DNA i jego wręcz niezniszczalność. To było bardziej optymistyczne. Wracając do domu podziwiałam pulsujące zorze polarne i rozmyślałam nad wspaniałością wszechświata.

nie rozlicznych przycisków rozmieszczonych przy łóżku.

- Ten czerwony naciśniesz, jak będziesz nas potrzebować. Tu masz ten sam i możesz go trzymać w ręce, gdy będziesz po operacji. Ten jest do światła górnego, ten do dolnego, ten

## LEKARSKIE KULINARIA po norwiesku\*

### RYBA PO NORWESKU Lutefisk

1,5 kg ryby ługowanej zasypać dwoma łyżkami soli, zawinąć szczelnie w folię i włożyć do niezbyt gorącego piekarnika. Po 45-60 min. pieczenia folię otworzyć i odlać płyn, który zbiera się podczas ogrzewania ryby (nadmiar soli w rybie można wypłukać gorącą wodą). W rezultacie otrzymujemy rybę o galaretowatej konsystencji.

Podawać ją najlepiej ze skwarkami z wędzonego boczku lub masłem, a do tego ugotowaną marchew, zielony groszek lub puree z niego. Do ryby dobra jest musztarda i... okowita.

### BUDYŃ Z CHLEBA Brod pudding wersja świąteczna

Kromki czerstwego chleba pszennego zalać płynem złożonym z rozbitego jajka, cukru i mleka (proporcje i ilość według uznania, płynu musi być tyle, aby całość wsiąkała w chleb) i zostawić do nasiąknięcia (około 30 min).

Do posmarowanej tłuszczem płaskiej formy włożyć warstwę kromek. Posmarować je dżemem z jabłek i ułożyć na nich ciasto zaparzone i obrane ze skórki plastry lub „łódki” jabłka. Można posypać cynamonem. Na jabłką kładziemy na-

stepną warstwę kromek i wlewamy resztę płynu, w którym chleb był moczony.

Piec bez przykrycia w temperaturze 175 - 200 st. C aż do zrumienienia powierzchni.

Zagrzać trochę koniaku lub innego szlachetnego alkoholu i zapalić go natychmiast polewając pudding płonąca cieczą. Po wygaśnięciu łyżką nakładać na dość głębokie deserowe talerzyki i polać sokiem owocowym (maliny, porzeczeki i inne). Krem z ubitej słodkiej śmietanki jest dopełnieniem prostego a smacznego deseru.

### Hverdags pudding wersja codzienna

Pokruszony chleb razowy namoczyć jak wyżej. Wylać do formy masę chlebowo-jajeczno-mleczną i obficie przełożyć konfiturami lub dżemem (polecany dżem rabarbarowy z koniakiem!), można dodać rodzynki. Na to druga warstwa chleba.

Po upieczeniu (lekką zrumienioną powierzchnią) podawać na gorąco z sokiem na obwodzie talerzyka, tak aby powstało „jezioro” czerwonego płynu.

\* Przepisy dostaliśmy prosto z Norwegii od naszej stałej współpracownicy, autorki fraszek i nie tylko, dr Krystyny Koszil-Kvalvik.



## Z prorektorem Wrocławskiej Akademii Medycznej, Specjalistą Krajowym do spraw Anestezjologii prof. dr. hab. n. med. ANDRZEJEM KUEBLEREM rozmawia Elżbieta Pomorska

- Jak pan profesor ocenia protesty anestezjologów jako osoba mocno osadzona w tym środowisku. Czy jest to tylko sprawa finansów?

- Anestezjolodzy występują jako rzecznicy całej opieki zdrowotnej i chodzi im o rozwiązania systemowe. Np. pielęgniarki na anestezjologii i intensywnej terapii są doskonałymi współpracownikami lekarzy, a otrzymują bardzo niskie płace za swoją pracę. Byłoby to wobec nich niełojalne, gdyby anestezjolodzy występowali tylko w swoim imieniu.

Wiosenne protesty w 1998 r. rozwiązały dwa problemy: ustalenie

- Minister zdrowia mówił o sprowadzeniu lekarzy z Białorusi, ale na szczęście, nie jest to proste. Przedstawił też możliwość przyuczenia chirurgów i ginekologów, którzy by znieczulali przed operacjami. Takie rozwiązania zagrażałyby utratą standardów i jakości.

- Czy wejście kas chorych nie zagrazi jakości opieki medycznej, kasy wymuszają tanie leczenie.

- Niestety, w wejściu kas upatruję zagrożenie dla jakości usług medycznych. Kontrola jakości i postulowany program ciągłej poprawy jakości mogą być zagrożone.

W naszej klinice tworzę zespół, który będzie się zajmował kontrolą jakości. Stawki proponowane przez kasy stwarzają pokusę, także dla dyrektorów placówek, by tanio wykonywać usługi. Obawiam się, że nie będzie to kosztem oszczędzania, ale kosztem utraty jakości. A każdy z nas jako potencjalny pacjent nie chce być byle jak znieczulany i byle jak operowany.

- Niebawem zostanie wprowadzony Lekarski Egzamin Państwowy na wzór amerykańskiego. W USA ten egzamin ma utrzymywać poziom usług medycznych. Czy wprowadzenie go w Polsce poprawi poziom tych usług?

- Jesteśmy bardzo opóźnieni w stosunku do USA w kontroli jakości usług medycznych, a Europa Zachodnia w 10 lat po Stanach zaczyna je intensywnie wprowadzać. Bardzo trudno jest wprowadzić standaryzację usług, bo muszą one być normą obowiązującą, ale jednocześnie trzeba do nich podchodzić elastycznie, by nie popaść w sche-

logów, żadna instytucja nie może mi podać obiektywnych danych. Podczas reformowania służby zdrowia będą się tworzyły nowe struktury, a gdy powstaną, będzie wiadomo, ile naprawdę potrzeba lekarzy. Myślę, że na odpowiedź poczekamy około dwóch lat. Jest ona potrzebna, byśmy mogli odpowiedzieć na następne pytanie, czy jest za mało, czy za dużo szkół medycznych i studentów medycyny.

- Zmniejszenie liczby studentów mogłoby za sobą pociągnąć ograniczenie etatów pracowniczych na uczelni.

- Likwidowanie miejsc pracy nie leży w interesie nauczycieli akademickich, ani pracowników uczelni. Dlatego same akademie nie występują o zmniejszenie liczby studentów. Tę liczbę regulują izby lekarskie i zarządzający służbą zdrowia.

Mniejsza liczba studentów nie oznacza, że powinno być mniej nauczycieli. Przez całe lata kształcenie u nas było na niższym poziomie, m.in. przez ciasnotę pomieszczeń i liczne grupy. Jeśli chcemy zbliżyć się do nowoczesnych medycznych szkół uniwersyteckich to musimy zmniejszyć grupy.

Nauczyciele nie powinni się czuć zagrożeni możliwością likwidacji szkół medycznych. Nauczyciele akademicy muszą być bliżej studentów i podnieść jakość nauczania, bo tego oczekują studenci, dlatego musi ich przypadać więcej na liczbę studentów niż dotychczas.

Nowy kształt światowej medycyny stwarza nowe zadania dla nauczycieli. Z medycyny wysokoproceduralnej, która przekazywała dużo wiedzy o aparatach, o jednostkach chorobowych, musimy się

studiach, a nie doszkalać ich na trzymiesięcznych kursach, kiedy to przebiegają oni przez kliniki, jak przez muzeum.

- Akademia i kliniki muszą promieniować wiedzą na całe środowisko medyczne.

- Akademia Medyczna powinna mobilizować całe nasze środowisko.

Kliniki będą miały zakresy działań naukowo-badawczych. KBN wprowadził szczegółową ocenę dorobku naukowego i tym, którzy mają większy dorobek daje więcej pieniędzy. To będzie mobilizowało kliniki do efektywnej działalności. Naukowy potencjał musi się rozwijać we współpracy między uczelniami. Mamy np. wspaniały Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej, który ma olbrzymie możliwości. Immunologia jest teraz wiodącą nauką medyczną, terapia eksperymentalna poprzedza terapię kliniczną, więc współpraca z Uniwersytetem i Politechniką może być bardzo szeroka i daje duże możliwości rozwoju. Chodzi o to, byśmy zaistnieli nie tylko lokalnie, krajowo, ale też międzynarodowo. A jednocześnie studenci muszą się uczyć medycyny zbliżonej do ich działalności praktycznej.

- Jak Pan profesor widzi rolę Akademii Medycznej jako ośrodka podyplomowego szkolenia lekarzy?

- Akademia postrzegana jest jako szkoła lekarzy i farmaceutów w podstawowym trybie nauczania. Szkolenia podyplomowe, specjalistyczne i ustawiczne są tylko częściowo w gestii uczelni. Najnowszy projekt specjalizacji został oprotostawiany, bo nie uwzględniał roli

który nie ma w tej chwili wydziału medycyny i my właśnie nim jesteśmy, choć rozdzieleni administracyjnie. Łączenie uczelni mogłoby zagrozić niektórym naszym ludziom utratą pracy. Nie możemy pozwolić, aby nasi dobrzy pracownicy z nauk podstawowych, np. biofizycy z ukierunkowaniem na kształcenie medyków, stracili pracę. Natomiast prowadzenie wspólnych badań, wspólnego nauczania tworzy więzy, które powinny być utrzymywane. Akademia powinna zwracać się tam, gdzie ma większe szanse rozwoju. Akademia nie musi być przy uniwersytecie, może być obok. W Monachium jedna szkoła medyczna jest przy Uniwersytecie im. Ludwika Maksymiliana, a druga przy szkole technicznej.

W Krakowie najważniejsze było połączenie Akademii Medycznej z Uniwersytetem Jagiellońskim, a nie intensyfikacja i racjonalizacja nauczania. Z relacji prorektora UJ wiem, że nie jest to korzystne dla medycyny. Przy zbliżaniu dwóch uczelni musimy myśleć o własnym interesie.

- Z pewnością ważna jest kwestia finansowa...

- ... a także podległość służbom. My jesteśmy przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, natomiast inne uczelnie są przy Ministerstwie Edukacji. Uważam, że powinno nastąpić zbliżenie i ścisła współpraca między uczelniami.

- Wrocławską Akademię Medyczną ma silną pozycję w regionie.

# Zmienia się centrum zainteresowania medycyny akademickiej

standardów w anestezjologii i zarobki. Wyszło rozporządzenie ministra zdrowia, które dało początek standaryzacji naszej medycyny. Standardy wprowadzają jakość, bez nich utracimy ją.

Kontrakty z anestezjologami na 3 miesiące minionego roku wprowadziły dużo zamieszania. Mój zespół nie załatwił sobie kontraktów, dlatego nie poczuł nowych możliwości. Natomiast z zespołów, które pracowały w tym systemie, niektóre grupy zarabiały po 7 do 10 tys. zł miesięcznie, a więc 10 razy więcej niż poprzednio: Trudno się dziwić anestezjologom, że dziś nie chcą znów zarabiać 10 razy mniej. Obecne protesty są groźne. Z wypowiedzi premiera i ministra wynika, że anestezjolodzy nie będą mogli zawierać kontraktów z kasami chorych jako ZOZ niepubliczny. Muszą więc kontraktować swoje usługi przez szpital, a to daje zupełnie inną płaszczyznę do rozmów.

- Czy Pan Profesor, jako Specjalista Krajowy do spraw Anestezjologii, widzi możliwość pozytywnego rozwiązania konfliktu?

mat szkodliwy dla pacjenta. Medycyna jest jednak sztuką. Standard to jest obowiązująca norma. Na przykład przy reanimacji - standardem jest sztuczne oddychanie, masaż serca. Standard musi być tani, dostępny, jasno opisany. Drugi obszar to wytyczne postępowania, które nazywane są też wskazaniami praktycznymi i są to szerokie opisy, np. przy leczeniu migotania przedsionków podajemy kolejno określone leki, ale możemy podać też inny lek. U nas często myli się standardy z wytycznymi. Standard musi obowiązywać, a wytyczne mają nas orientować. Musimy studentów uczyć w ten sposób, aby pamiętali, co jest standardem, a przy wytycznych uczyli się sposobu myślenia, jak wybierać najlepsze rozwiązanie.

- Są sprzeczne opinie na temat ilości lekarzy, jedni mówią, że jest ich za dużo, inni że nie. Uruchomieniemi Akademii studiów wieczorowych, płatnych zwiększa ilość nowych lekarzy.

- Najpierw trzeba uczciwie oszacować, ile lekarzy naprawdę potrzebujemy. Kiedy chcę dokładnych informacji, ile jest w kraju anestezjo-

ukierunkować na kształcenie lekarza zorientowanego na środowisko, lekarza rodzinnego, dlatego że nie będziemy potrzebowali zbyt wielu specjalistów wysokiej klasy, a na ich kształcenie będzie czas po studiach. Nasze akademie mają trudności z wyszkoleniem lekarza przyjaznego dla otoczenia, takiego, który będzie miał dobry kontakt z całym rodzinami pacjentów, który będzie znał problemy profilaktyki i zagrożenia środowiskowego, który będzie mógł uczyć ludzi zdrowego, prawidłowego życia.

Przyzwyczajiliśmy się, że medycyna rozpoczyna się na poziomie oddziału szpitalnego, a obecnie trzeba służyć ludziom na poziomie medycyny rodzinnej i to ona będzie się musiała intensywnie rozwijać. Panuje przekonanie, że nastąpił kryzys w medycynie wysokich technologii, i powinniśmy uczyć bliskości z chorym. Na naszej Akademii wprowadziliśmy medycynę paliatywną, uczymy, jak zajmować się pacjentem w stanach ciężkiej nieodwracalnej choroby, jak się nim opiekować, jak nawiązywać kontakty z pielęgniarką, z kapłanem, których on potrzebuje. Lekarzy rodzinnych trzeba kształcić na

izb lekarskich i roli akademii medycznych. Myślę, że trzeba go będzie zmienić, bo szkolenie miały przejąć zbiurokratyzowane ośrodki w województwach. A szkolenie podyplomowe - nie tylko lekarzy i farmaceutów, ale też innych grup zawodowych, np. pielęgniarek - wróży wielki rozwój naszej Akademii. Widzę też możliwość szkolenia pracowników ochrony zdrowia, polityki zdrowotnej, medycyny społecznej, które jest na pograniczu studiów lekarskich, informatycznych i środowiskowych związanych z opieką zdrowotną.

Jest też możliwe rozwijanie współpracy między uczelniami i prowadzenie międzynarodowych kursów dla studentów w języku angielskim.

- Czy Akademia Medyczna łączy się z Uniwersytetem, m.in. ze względu na nauki podstawowe, tak jak się to stało w Krakowie?

- Oddzielenie naszej Akademii od Uniwersytetu zostało narzucone na obowiązujący wówczas wzór wschodni. My czujemy się spadkobiercami Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie i Uniwersytetu Wrocławskiego,

- Myślę, że pozycja uczelni jest na tyle silna, że będzie środowiskowym centrum, w którym cała społeczność medyczna może uzyskać informacje i pomoc. Większość lekarzy i farmaceutów na Dolnym Śląsku to absolwenci naszej uczelni, chodzi o to, by podtrzymywali z nią więzy. W obecnym podziale administracyjnym są ściślej określone obszary działania Akademii, która będzie mogła prowadzić bardziej racjonalną politykę, ustalać rodzaje analiz, badań, prowadzić obserwacje, które pozwolą usprawnić opiekę zdrowotną. Są szanse, by urządzać imprezy popularyzujące zdrowe życie i rozwijać medycynę środowiskową. 27 stycznia spotykamy się z przedstawicielami administracji służby zdrowia i politykami, by ustalić zależności i możliwości prowadzenia wspólnej polityki regionalnej.

W kształceniu medycznym zmienia się centrum zainteresowania medycyny z jednostki chorobowej na pacjenta jako osobę, na prewencję, na medycynę środowiskową.

- Dziękuję za rozmowę.

listopada 1998 roku w Banku Krwi Akademii Medycznej i Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 we Wrocławiu zostanie uroczystie odsłonięta tablica o następującej treści:

Pamięci dr med. Tadeusza Partyki, długoletniego działacza Polskiego Czerwonego Krzyża, założyciela Banku Krwi w szpitalnym Szpitalu Klinicznym Nr 1 we Wrocławiu.

Odsłonięcia dokonali wspólnie: Pani Tadeusza Partyka żona Tadeusza Partyki i pan Władysław Markowicz (w zastępstwie dyrektora PZL „Hydral” we Wrocławiu mgr inż. Adama Młynicza, który wyłożył tablicę ufundował).

Uroczystość odsłonięcia tablicy zapoczątkowała obecnością najwyższego przedstawiciela Akademii Medycznej we Wrocławiu rektora prof. dr hab. Jerzy Czernik

pan Tadeusz Zonduik z PZL „Hydral”, pan Kazimierz Urbanowicz z ABB „Dolmed” i pan Jerzy Hennig z DZH „Organica” oraz grupa przyjaciół dr med. Tadeusza Partyki.

Przybyłych gości serdecznie witała aktualna kierowniczka Banku Krwi dr Aleksandra Bokajło, wspomaganą w obowiązkach gospodarza uroczystości przez pielęgniarkę oddziałową p. Teresę Karulek, pracującą w tym Banku od momentu jego powstania i którą dr Partyka nazywał swoją „prawą ręką”.

Wygłoszono kilka krótkich, ale nacechowanych dużą serdecznością przemówień - zarówno oficjalnych, jak i osobistych wspomnień i refleksji. Raz jeszcze przypomniano w nich wielkie zasługi dr med. Tadeusza Partyki w utworzeniu i rozwoju Banku Krwi przy AM i PSK Nr

## Odsłonięcie tablicy pamiątkowej poświęconej dr. med. Tadeuszowi Partyce

Przez prorektora: prof. dr hab. Jacek Chładowski, prof. dr hab. Andrzej Kuebler, prof. dr hab. Andrzej Milewicz. Obecny także kierownik II Kliniki Chirurgicznej AM we Wrocławiu prof. dr hab. Bogdan Łazarkiewicz oraz - ze strony dyrektora PSK Nr 1 we Wrocławiu - dyrektor dr Maciej Kowalski i z-ca ds. leczenia dr med. Grzegorz Karlic. Polski Czerwony Krzyż reprezentował prezes Zarządu Okręgowego we Wrocławiu Pan Andrzej Wydro, zaś Wojewódzką Stację Krwi - dyrektor Stacji dr med. Edward Kozłowski i dr med. Barbara Kozłowska. W uroczystości wzięli także udział prezesi Klubów Honorowych Dawców Krwi, które najbardziej współpracują z doktorem Partyką i Bankiem Krwi:

1, a także rozpropagowaniu i organizacji honorowego krwiodawstwa i służby krwi na Dolnym Śląsku.

Dyrektor PZL „Hydral” mgr inż. Adam Młynicz wręczył rektorowi AM prof. dr hab. Jerzemu Czernikowi i prof. dr hab. Bogdanowi Łazarkiewiczowi pamiątkowe statuetki od Klubu Honorowych Krwiodawców. Natomiast wszyscy uczestnicy uroczystości otrzymali od kierownika Banku plakiety z symbolem pelikana i napisem „Bank Krwi. Homo homini”.

Uroczystość zakończyła lampka szampa i poczęstunek w kawiarence II Kliniki Chirurgicznej AM, sponsorowane przez Bank Krwi i PZL „Hydral”.

Roman Hajzik



## Koło Lekarzy Prywatnie Praktykujących Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

zaprasza na zebranie, które odbędzie się 13.02.1999 r. o godz. 10.00 w sali konferencyjnej - na parterze w siedzibie DIL.

W związku z dużym zainteresowaniem środowiska lekarskiego zmianami zachodzącymi obecnie w służbie zdrowia,

### STUDIUM ZDROWIA PUBLICZNEGO AM WE WROCŁAWIU

zaprasza lekarzy Dolnego Śląska na sesję szkoleniową, która odbędzie się w dniach

7-8 lutego 1999 (sobota-niedziela) w godz. 9<sup>00</sup>-18<sup>00</sup>.

Omówione zostaną tematy:

Założenia reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce

Rynek usług zdrowotnych

Prawne i ekonomiczne aspekty funkcjonowania rynku usług zdrowotnych

Zasady prowadzenia gospodarki finansowej społecznych zakładów opieki zdrowotnej

Podatki i ubezpieczenia społecznych ZOZ

Zasady funkcjonowania Regionalnych Kas Chorych

Rola marketingu w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej

Jakość usług zdrowotnych

Szkolenie odbędzie się w siedzibie DIL we Wrocławiu, ul. Matejki 6.

Blisze informacje: tel. 361-95-59 (11<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>), decyduje kolejność zgłoszeń. Oplata 200,- za dwa dni szkoleniowe będzie przyjmowana na miejscu w dniu rozpoczęcia szkolenia.



## Spotkanie po 30 latach

16-18 października odbyło się w Polanicy Zdroju spotkanie absolwentów rocznika 1968 Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. W spotkaniu wzięło udział prawie 100 osób, a upływ czasu nie wpłynął absolutnie na młodzieńczość zabawy. Wspomnieniom i opowieściom nie było końca. Spotkanie przy ognisku, pieczone prosię i doskonałe wrocławskie piwo sprzyjało odświeżeniu kontaktów już pierwszego dnia. Wspólna wyprawa do Polanicy zabytkową kolejką w dniu następnym, spaceru połączone z kuracją pitną w Zdroju po-

zwoliły na swobodną wymianę doświadczeń i nawiązanie nowych kontaktów. Wspólna msza sprzyjała refleksji o przemijaniu czasu i fakcie, że kilkunastu kolegów odeszło już na zawsze z naszego grona.

Wykład okolicznościowy pt.: „Badając zadajemy pytanie - ile warta jest odpowiedź w immunologii” wygłosił z dużą swadą nasz pierwszy profesor „belwederski” dr hab. nauk med. Adam Jankowski, kierownik Katedry Propedeutyki Pediatrii i Kliniki Immunologii Wieku Rozwojowego AM we Wrocławiu. Przybliżył nam zawile problemy immunologii i przypomniał o

konieczności ciągłego uzupełniania wiedzy w naszym zawodzie.

Wieczorny bal zaznaczony wspaniałymi kreacjami pań, szczególnie z Oddziału Stomatologii był doskonałą zabawą, która trwała do późnych godzin nocnych i zakończyła się nocnymi Polaków rozmowami już w pokojach ośrodka wypoczynkowego „Nasz Dom”, gdzie odbyła się cała impreza.

Rozjechaliśmy się wszyscy z mocnym postanowieniem, że następne spotkanie odbędzie się w roku 2000 i naładowani wspomnieniami wkroczy my w trzecie tysiąclecie.

Krzysztof Wronecki

## LEK MA WIELE TWARZY:

- ◆ zespoły lęku uogólnionego
- ◆ zespoły lękowe z obniżeniem nastroju
- ◆ zespoły lęku napadowego

# Xanax®

tabletki (alprazolam)

POSTACIE LEKU, DROGI PODAWANIA:  
Postacie: XANAX® tabletki po 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg i 2 mg.  
Droga podawania: doustnie.

WSKAZANIA:  
Preparat XANAX® Tabletki (alprazolam) jest wskazany w leczeniu:

- zespołu lęku uogólnionego (objawy występujące u pacjentów: lęk, napięcie, podniecenie, obawa, drażliwość i/lub wzmożona reaktywność układu autonomicznego, która może być poprzedzona różnymi dolegliwościami somatycznymi),  
- zespołu lęku napadowego z agorafobią lub bez agorafobii,  
- zespołu lękowego z wyraźnym obniżeniem nastroju.  
Preparat XANAX® tabletki jest skuteczny przy doraźnym leczeniu lęku. Należy pamiętać, że lęk lub napięcie związane ze stresem życia codziennego zarzewyją nie wymagają stosowania antydepresyjantów.

DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA:  
Optymalną dawkę preparatu XANAX® Tabletki (alprazolam) należy dobierać indywidualnie w zależności od nasilenia objawów i reakcji pacjenta na lek. Zalecane średnie dawki dobowe okładają się, wystarczające u większości pacjentów. U niektórych, którzy wymagają leczenia większymi dawkami, dawkowanie leku należy zwiększać stopniowo w celu uniknięcia objawów ubocznych. W takich przypadkach najpierw należy zwiększyć dawkę wieczorną, dopiero potem dawkę dzienną. Ogólnie biorąc pacjenci, którzy wcześniej nie otrzymywali leków psychotropowych wymagają mniejszych dawek niż ci, którzy byli leczeni antydepresyjantami, lekami przeciwdrożdżycowymi lub nasennymi. Dotyczy to także osób nadających alkoholu. U osób w wieku podeszłym i u osób wyniszczonej zaleca się stosowanie dawek mniejszych w celu uniknięcia nadmiernej sedacji i objawów ataksji. Okręgowo należy weryfikować wielkość stosowanej dawki.

LEK:  
Leczenie zaczyna się zwykle od dawki 0,25 mg do 0,5 mg trzy razy dziennie. Maksymalna dawka wynosi 4 mg na dobę w dawkach podzielonych. Osoby starsze, wyniszczone lub z zawansowaną chorobą wątroby mogą być szczególnie wrażliwe na działanie benzodiazepin. W tych przypadkach zalecana dawka wstępna wynosi 0,25 mg dwa lub trzy razy dziennie. Jeżeli przy stosowaniu zalecanej dawki wstępnej występują objawy uboczne, dawkę należy zmniejszyć. Zmniejszanie dawkowania zawsze powinno przebiegać stopniowo, nie szybciej niż o 0,5 mg co trzy dni, lub jeszcze wolniej. Należy uważnie obserwować potrzebę kontynuowania leczenia.

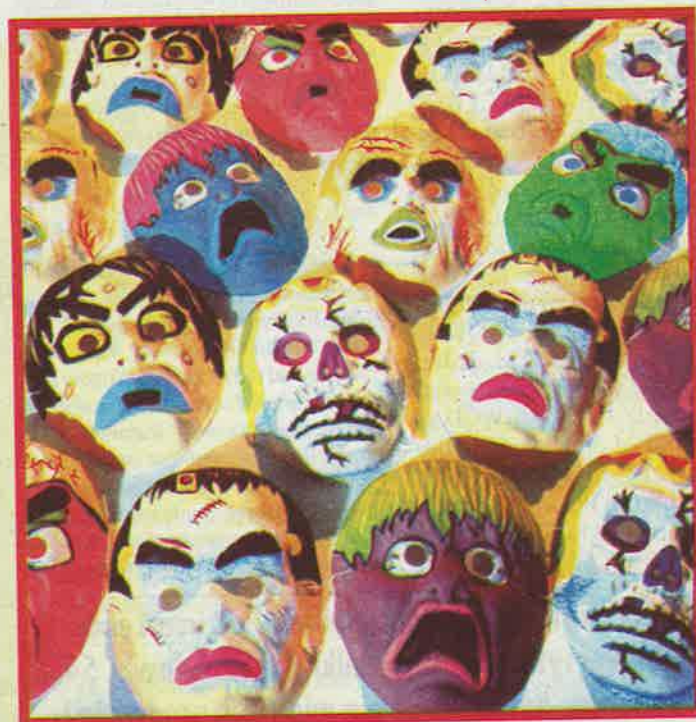
LEK NAPADOWY:  
U wielu pacjentów skuteczna dawka lecznicza przekracza 4 mg na dobę. W badaniach klinicznych stwierdzono, że średnia dawka wynosi od 5 mg do 6 mg na dobę, maksymalna 10 mg na dobę. Leczenie można zacząć od 0,5 mg trzy razy dziennie i w zależności od reakcji pacjenta zwiększać ilość leku co 3-4 dni nie więcej niż o 1 mg na dobę. Po ustąpieniu napadów leku należy podjąć nadzorowaną próbę stopniowego odstawienia leku. W okresie odstawiania należy liczyć się z możliwością nawrotu choroby lub pojawienia się objawów odstawienia, albo obu spraw łącznie. Zmniejszanie dawki powinno odbywać się pod ścisłym nadzorem lekarskim, nie więcej niż o 0,5 mg co trzy dni. U niektórych pacjentów z możliwością nawrotu choroby lub pojawienia się objawów odstawienia, albo obu spraw łącznie, zmniejszanie dawki powinno odbywać się pod ścisłym nadzorem lekarskim, nie więcej niż o 0,5 mg co trzy dni. U niektórych pacjentów odstawienie leku może zakończyć się niepowodzeniem niezależnie od sposobu odstawiania.

PRZECIWSKAZANIA:  
Przeciwwskazaniem do stosowania preparatu XANAX® Tabletki jest uczulenie na ten lek, lub na inne benzodiazepiny.

WYDANIE:  
Lek jest wydawany tylko na receptę lekarską.

Przed zastosowaniem proszę zapoznać się z pełną informacją o leku zawartą w ulotce rejestracyjnej.

Producent:  
Pharmacia & Upjohn  
ul. Jakuba Kubickiego 21,  
02-954 Warszawa

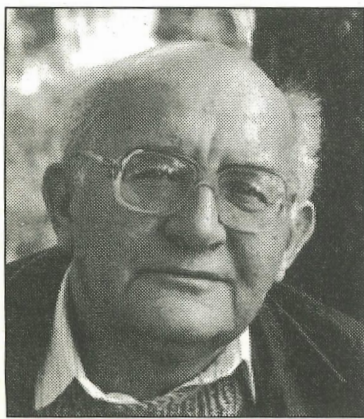


Xanax®  
alprazolam

jedyna benzodiazepina zaakceptowana przez FDA w leczeniu

## LEKU NAPADOWEGO





Jerzy B. Kos

11 grudnia br. staraniem Zakładu Historii Nauk Medycznych Instytutu Historii Nauk PAN oraz Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich AM we Wrocławiu i Wydziału Nauk Historycznych i Pedagogicznych Uniwersytetu Wrocławskiego odbyła się sesja naukowa poświęcona tematowi: **LWOWSKIE ŚRODOWISKO LEKARSKIE XIX I XX WIEKU**. Referaty wygłosili: prof. dr hab. Krystyn Matwijowski **LWOWSKIE ŚRODOWISKO NAUKOWE NA PRZEŁOMIE XIX I XX WIEKU**, doc. dr hab. Jan Pietruski **PROFESOR TADEUSZ KIELANOWSKI WE WSPOMNIENIACH SIOSTRZENCA, dr Beata Krawiec POSZUKIWANIA LWOWSKICH KORZENI PROFESORÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO WE WROCŁAWIU PO II WOJNIE ŚWIATOWEJ**, dr hab. Wanda Wojtkiewicz-Rok **ZAANGAŻOWANIE LEKARZY W DZIAŁALNOŚĆ SPOŁECZNO-POLITYCZNĄ LWOWA W PIERWSZEJ POŁOWIE XX WIEKU** oraz lek. Anita Sosnowska **LWOWSKA PRASA STOMATOLOGICZNA W OKRESIE MIĘDZYWOJENNYM**, dr Jan Świątkowski i dr Maciej Świątkowski **NAD ŻELAZNĄ WODĄ - SANATORIUM NEUROPSYCHIATRYCZNE DR ŚWIĄTKOWSKIEGO WE LWOWIE**, mgr Joanna Mackiewicz **OD PROTESTÓW DO TOASTU. PIERWSZE LEKARKI**

porozumienia. Do takich tematów pomijanych i przemilczanych należała problematyka związana z dziejami Lwowa.

Lwów i jego tradycje narodowe i kulturalne, znaczenie miasta, jako jednego z najważniejszych - obok Wiednia, Pragi i Krakowa - ośrodków naukowych Europy Środkowej na przełomie XIX i XX wieku, znalazły się na jednym z pierwszych miejsc w rejestrach cenzury wśród tematów skazanych na zapomnienie.

Historyków wyprzedzili pamiętnikarze oraz pisarze mieszkający na emigracji. Wiele książek wydanych w drugim obiegu, oraz poza granicami Polski miało ogromne znaczenie poznawcze i polityczne. W środowisku historyków pierwsi przekroczyli bariery zakazu historycy Kościółca, a wśród nich zasługująca na przypomnienie ks. bp Wincenty Urban, sufragan wrocławski, autor książek i prac naukowych poświęconych dziejom archidiecezji lwowskiej oraz wielu szkiców biograficznych (K. Matwijowski). W ostatnim dziesięcioleciu dołączyli do nich historycy reprezentujący

profesorów i docentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu 54 osoby związane były z Lwowem miejscem urodzenia i studiów lekarskich (B. Krawiec). Prawie połowa w nich (24) należała do kadry naukowej Wydziału Lekarskiego UJK i miała już za sobą zarówno doświadczenia w prowadzeniu zajęć dydaktycznych oraz dorobek naukowy. Należeli do nich m. in. doc. Zygmunt Albert, doc. Tadeusz Baranowski, prof. Witold Grabowski, dr Aleksander Kleczeński, prof. Tadeusz Marciniak, prof. Jan Lenartowicz oraz prof. Teofil Zalewski. Ten rejestr nazwisk jest znacznie szerszy, jeżeli uwzględnimy lekarzy, których dokumenty zachowały się w zbiorach archiwalnych, a także i tych, którzy poprzednio pracowali poza lwowskimi klinikami - kierując oddziałami szpitalnymi i samodzielnymi placówkami leczniczymi. Należeli do nich późniejsi profesorowie i docenci Wydziału Lekarskiego we Wrocławiu - Rudolf Arend, Antoni Falkiewicz, Janina i Kazimierz Czyżewscy, Maria i Adrian Demianowski, a także Zofia Czeżowska, An-

tystycznego we Lwowie. Od 1923 roku współwydawcami pisma obok Instytutu Stomatologii był związek stomatologów przy Lwowskiej Izbie Lekarskiej (A. Sosnowska). Do końca 1939 roku ukazały się 144 numery czasopisma (od 1930 roku - „Polska Stomatologia”), które odegrało ważną rolę w rozwoju stomatologii oraz konsolidacji środowiska lekarzy stomatologów. Szczególnie godne podkreślenia są zasługi prof. Antoniego Cieszyńskiego - jemu m. in. zawdzięczamy zmianę nazwy (tytułu zawodowego) z dentystów na lekarzy stomatologów.

Lwowska Izba Lekarska powołana została 22 grudnia 1893 roku, a pierwszym jej prezydentem został dr Józef Różański. Akces do Izby zgłosiło 790 lekarzy pracujących i mieszkających w Galicji Wschodniej. Przynależność do Izby była obowiązkowa, a jej głównym zadaniem była ochrona interesów zawodowych lekarzy, organizowanie szkoleń oraz nadzór nad działalnością lekarzy (T. Szkudaj). W latach trzydziestych działało w Polsce osiem izb lekarskich. Lwowska Izba Lekarska skupiała lekarzy miesz-

skich lekarzy. Zasługujące na przypomnienie i trwałą pamięć.

6

Lwowskie korzenie - wrocławskie współczesność. Jakie są związki między lwowskimi tradycjami wrocławskiego środowiska lekarskiego a jego obecnymi problemami? Jaki zespół wartości, cech stanowił nadal wyzwanie godne naśladowania i kontynuowania? Pytania te zadałem kilku uczestnikom sesji. A oto ich wypowiedzi:

Dr hab. Wanda Wojtkiewicz-Rok - „Nadal godne naśladowania są cechy osobowe lwowskich profesorów - lekarzy, a mianowicie szacunek i osobowy sposób zwracania się do pacjentów, odpowiedzialność za wypowiedziane przez siebie słowa, stałe pogłębianie wiedzy zawodowej i rzetelność, a także... punktualność”.

Prof. dr hab. Zbigniew Domosławski - „Wydział Lekarski Uniwersytetu UJK wydał szereg uczonych światowego formatu. Również medycyna, którą kształtowali i w praktyce stosowali miała standard światowy. Sprowdzając problem do historii medycyny - trwałą zdobyczą naszych poprzedników jest kierunek - medycyna historyczna, której przedstawicielem był prof. Witold Ziembicki, wykładający po wojnie we Wrocławiu. Kierunek ten polega na „oświetleniu” zdarzeń historycznych z punktu widzenia lekarskiego.

Prof. dr hab. Zbigniew Hirnle - „Uniwersytet UJK „przeniósł się”, jak wiadomo, do Wrocławia. I było to przodujące środowisko naukowe promieniujące na całą Polskę - niepowtarzalne zarówno pod względem intelektualnym, jak i patriotycznym. Warto te „cechy” podtrzymać i kontynuować, a zatem przekazywać naszym następcom. Odwołanie się do lwowskiej tradycji powinno oznaczać upowszechnianie wiedzy o nim oraz o ideach, które stanowiły o jego wyjątkowym charakterze”.

Doc. dr hab. Jan Pietruski (Białystok) - „Tylko we Wrocławiu odnajduję atmosferę i nastrój mojego Lwowa - śpiewny język, nastrój ulicy, wygląd ludzi. Wiele wartości lwowskiego środowiska lekarskiego zostało tu przeniesionych i ostało się do dziś. Widać to szczególnie teraz, kiedy Wrocław zyskuje większą samodzielność i uniezależnia się od Stolicy, skąd nie zawsze płyną wzory godne naśladowania. Środowisko naukowe jest potężne, równie bogate jest środowisko lekarskie. Jego lwowskie tradycje są jego bezsporną wartością”.

Jerzy B. Kos

## Lwowskie korzenie - wrocławskie współczesność

cy różne środowiska naukowe. Największą popularność wśród czytelników zyskały prace prof. Stanisława Niciei. Obok opracowań szczegółowych pojawiły się pierwsze ujęcia syntetyczne dziejów Lwowa. Lwowskie środowisko lekarskie stało się tematem prac naukowych doc. Wandy Wojtkiewicz-Rok oraz innych historyków medycyny ze środowiska wrocławskiego. Sesje naukowe, okolicznościowe spotkania rocznicowe odgrywają ważną rolę w rozbudzaniu zainteresowania problematyką lwowską.

2

Tradycje naukowe Lwowa to przede wszystkim dorobek teologów (ks. abp Józef Bilczewski i jego uczniowie), filozofów (Julian Ochorowicz, Kazimierz Twardowski i ich szkoły), filologów (Antoni Małecki, Wilhelm Brucharski i ich następcy), historyków (Szymon Askenazy i inni), prawników (wśród nich Oswald Balzer, kreator życia kulturalnego i społecznego). Nauki medyczne miały licznych reprezentantów o dorobku naukowym liczącym się w Europie.

drzej Klisiewicz, Wiktor Jankowski i inni. Należeli do nich również - o czym wiadomo z innych źródeł i opracowań - dyrektorzy szpitali, lekarze powiatowi i ordynatorzy oddziałów szpitalnych w wielu miejscowościach Dolnego Śląska.

4

Lwowskie środowisko lekarskie cechowała duża aktywność społeczna i polityczna. Byli członkami zawodowych organizacji środowiskowych, brali udział w ruchu niepodległościowym (organizacja ZET, POW), byli żołnierzami podczas walk o Lwów w 1918 roku. Do legendy przeszło nazwisko dr Lesława Węgrzynowskiego - szefa sanitarnego obrony Lwowa w 1918 roku, zaufanego doradcy brygadiera Mączyńskiego, a później prezesa Kapituły Krzyża Obrony Lwowa. W szeregach „Orląt Lwowskich” walczyli ówczesni uczniowie gimnazjalni Antoni Falkiewicz, Henryk Mierzecki, Rudolf Arend, Kazimierz Czyżewski i Tadeusz Marciniak, a lekarzami obrony Lwowa byli Teofil Zalewski, Maria Demianowska i Adrian Demianowski (J. Zmarz). Bohaterskimi obrońcami Lwowa byli również dr Jerzy Kwiatkowski, dermatolog oraz dr Aleksander Domaszewicz (W. Wojtkiewicz-Rok). Wyjątkowe zasługi wielu z nich ujawnione zostały dopiero w ostatnich latach. Nie informują o nich zachowane materiały archiwalne, być może przypomną je tajne archiwa SB.

Po pierwszej wojnie światowej Wydział Lekarski UJK stanął otworem dla wszystkich, „bez względu na to co zaszło”. Liczyła się właściwa „postawa obywatelska”. Godna uwagi była troska, prof. Ludwika Rydygiera, który przy doborze kandydatów na profesorów zalecał, aby brać pod uwagę to, „czy kandydat ogłaszał prace po polsku” (W. Wojtkiewicz-Rok).

Patriotyzm, tolerancja dla odmiennych poglądów, wysoka kultura osobista i poczucie godności zawodowej - były wartościami powszechnie uznawanymi również w latach późniejszych.

5

Jednym z pierwszych czasopism lekarskich wydawanych we Lwowie była „Polska Dentystka”. Założycielem pisma i wieloletnim redaktorem był prof. Antoni Cieszyński, dyrektor Instytutu Den-

kających w województwach: lwowskim, stanisławowskim i tarnopolskim.

W lipcu 1928 roku na uroczystym spotkaniu z okazji 50-lecia Towarzystwa Lekarzy Lwowskich w szczególności sposób podkreślono zasługi lekarek - absolwentek Wydziału Lekarskiego UJK. Almanach lekarski na rok 1932 zawierał nazwiska 118 lekarek w większości absolwentek tego Wydziału. Jedną z pierwszych była dr Zofia Czeżowska (dyplom - 1916), która w pierwszych powojennych latach kierowała Kliniką Chorób Zakaźnych, a następnie Kliniką Chorób Wewnętrznych we Wrocławiu (J. Mackiewicz).

Referaty prezentujące zagadnienia szczegółowe, liczne głosy w dyskusji, wypowiedzi - wspomnienia o prof. Tadeuszu Kielanowskim (siostrzeniec Profesora - doc. Jan Pietruski) oraz o Sanatorium „Nad Żelazną Wodą” (członkowie rodziny Świątkowskich) uzupełniły barwny obraz lwowskiego środowiska lekarskiego, a na jego tle - związane z Wrocławiem powojenne losy lwow-

## Wydobywa z zapomnienia

Od kilkunastu miesięcy z ciekawością czytam artykuły kol. Jerzego B. Kosa, dotyczące początków powojennej służby zdrowia na Dolnym Śląsku. Autora przedstawiać nie trzeba. Znany i szanowany lekarz, pisarz, poeta, eseista, b. wiceprezes Unii Polskich Pisarzy Medyków, prezes Oddziału Wrocławskiego Stowarzyszenia Pisarzy Polskich, autor siedmiu książek, zbiorów opowiadań, wiele razy dawał próbki swego talentu.

Znany historyk medycyny, erudyta Romuald Wiesław Gutt napisał kiedyś, że dzieje medycyny II połowy XIX wieku traktowane są po macoszemu, być może dlatego, że okres bliski uważa się po prostu za powszechnie znany. Okres po II wojnie światowej bliższy nam o kilkadziesiąt lat, mógł wydawać się zupełnie znany. Jest jednak inaczej. Pokryty jest także mgłą zapomnienia. Wielu z tych, którzy go pamiętali z autopsji, nie ma już

wśród nas, inni nie kwapią się, aby swą wiedzę przekazać następnym pokoleniom. Dlatego dokonania kol. Kosa są tak bardzo ważne i cenne.

Cykl wspomnień kol. Kosa, wymagający ciągłego szperania w różnego autoramentu archiwach, cykl pisany dobrą polszczyzną, znaną z innych jego prac, językiem jasnym, zwięzłym, a przecież dalekim od oschłości, wydany być powinien w formie książkowej. Każdy współczesny badacz historii medycyny najnowszej będzie sięgał po to dzieło i nie będzie się czuł zawiedzony. Nie będzie się czuł zawiedzony także każdy lekarz, a również każdy mieszkaniec Dolnego Śląska, który dotychczas z historią medycyny nie miał żadnego kontaktu.

My, czytelnicy MEDIUM czekamy z zainteresowaniem na dalsze odcinki tej serii.

Andrzej Kierzek

**Spośród 87 profesorów i docentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu 54 osoby związane były z Lwowem miejscem urodzenia i studiów lekarskich.**

WE LWOWIE W LATACH 1900-1950 i mgr Teresa Szkudaj **LWOWSKA IZBA LEKARSKA W ZBIORACH SPECJALNYCH GŁÓWNEJ BIBLIOTEKI LEKARSKIEJ**.

Sesja zgromadziła niewielką, ale za to reprezentatywną grupę historyków i ludzi zainteresowanych dziejami Lwowa i Kresów Wschodnich. Na kartach swojego notatnika zarejestrowałem uwagi, informacje i fragmenty wypowiedzi, które zapewne zainteresują Czytelników „Medium”.

1

Białe plamy w podręcznikach historii. Tematy pomijane w programach badań naukowych. Informacje, o których można było mówić do niedawna głosem ścisłym, albo przekazywać je wykorzystując zawiłe, pośrednie możliwości

Szczególne znaczenie miały zespoły lwowskich patologów i chirurgów (K. Matwijowski).

To wyjątkowe miejsce lwowskie środowisko naukowe zawdzięczało tradycjom historycznym miasta, jego położeniu i wielokulturowej strukturze mieszkańców.

„Lwowskie korzenie” wrocławskiego środowiska lekarskiego wpisane są w życiorysy zarówno pierwszych nauczycieli akademickich Wydziału Lekarskiego jak i ich uczniów. Pierwszymi organizatorami Wydziału - poza profesorem Ludwikiem Hirsfeldem - oraz pierwszymi profesorami i docentami byli w większości lekarze wywodzący się z Lwowa.

Dokumenty źródłowe przechowywane w archiwum Akademii Medycznej we Wrocławiu potwierdzają, że spośród 87

# Amerykanów i Rosjan interesowała broń biologiczna

Praca lekarza w Afryce jest zupełnie odmienna od pracy w Europie. Lekarze, którzy przyjechali z Polski do Zairu spotkali się z problemami, których nigdy przedtem nie znali.

Każdy z nich miał mniejsze lub większe przygotowanie teoretyczne w zakresie chorób tropikalnych, ale nowe warunki i nowe środowisko wymagały przystosowania, szkolenia i wytrwałości.

Warunki pracy w Zairze były bardzo zróżnicowane zależnie od rodzaju placówki, w której przyszło pracować. Lepsze były w klinikach uniwersyteckich, gorsze w szpitalach, a bardzo trudne w szpitalikach i ośrodkach zdrowia w odległych miejscowościach, w tropikalnej dżungli, z dala od szlaków komunikacyjnych, bez regularnego zaopatrzenia w leki i w sprzęt medyczny, często bez elektryczności i bieżącej wody. Wszędzie bardzo ważne były środki finansowe niezbędne do ich prawidłowego funkcjonowania. Podczas mego pobytu w wielu krajach Afryki rosły trudności finansowe, podobnie było w Zairze. Dotacje na służbę zdrowia kurczyły się, brakowało leków, sprzętu i nie było czym opłacać personelu. Lepszą sytuację miały ośrodki w misjach, ponieważ wspomagały je macierzyste placówki spoza Afryki. Po 1960 roku Zair odziedziczył po Belgach sprawną służbę zdrowia, która z upływem czasu ulegała degradacji. W Kongo Belgijskim istniała sieć opieki nad ludnością, której podstawą był szpital centralny z pełną obsadą lekarską, wokół którego w promieniu około 100 kilometrów funkcjonowało po kilkaset satelitarnych ośrodków, utrzymujących z nim kontakt. Satelitarne ośrodki prowadzili technicy medyczni, którzy często wykonywali poważne zabiegi chirurgiczne: operacje wyrostka, resekcje żołądka. Te ośrodki były regularnie odwiedzane i konsultowane przez lekarzy ze szpitala centralnego. W miarę degradacji w miejsce fachowych służb medycznych wchodziłi mniej skuteczni znachorzy, szamani, uzdrowiciele wioskowi, stosowali sobie tylko znane zioła, substancje, zaklęcia, niekiedy przedziwne zabiegi, a nawet tańce.

Dla rodzimej afrykańskiej medycyny zachętą i aprobatą była wypowiedź ówczesnego dyrektora OMS (Światowej Organizacji Zdrowia) pana Mahlera, który wyraził się pozytywnie o tradycyjnej afrykańskiej medycynie. Powiedział, że przez wieki Afryka nie miała lekarzy europejskich, a jednak chorzy nie byli bez pomocy, gdyż w Afryce Podzwrotnikowej działali miejscowi uzdrowiciele i znachorzy.

W pierwszych latach pobytu w Kinszasie nawiązałem kontakt z wieloma z nich, a nawet starałem się ich wciągnąć do niektórych prac klinicznych. Zrzeczeni byli we własnym związku, a władze wydawały im świadectwa uprawniające do leczenia tradycyjnymi metodami. Niestety, ich metody były dla mnie niejasne i nie miałem okazji przekonać się o ich skuteczności.

Od 1972 roku przyglądałem się w Zairze rozwojowi chorób tropikalnych i zakaźnych. Wówczas zauważyłem, że niektóre z nich mają tendencję do zanikania, inne ulegają ewolucji. Doświadczyłem również pojawiania się dotąd nieznanych chorób. Swoimi obserwacjami

## Prof. Waclaw Kornaszewski

podzieliłem się z polskim środowiskiem medycznym i w 1978 roku, w „Wiadomościach Lekarskich” ostrzegałem: „Afryka stanie się źródłem nowych chorób, przede wszystkim wirusowych, które ze względu na łatwość połączeń komunikacyjnych stanowią będą zagrożenie dla innych części świata”.

Jeszcze w 1973 roku leczyłem żołnierza zairskiego, u którego stwierdziłem nietypowe objawy skórne i podejrzewałem ospę. Po krótkim czasie otrzyma-

wodu trudności transportowych. Wywołujący śpiączkę afrykańską pierwotniak trypanosoma zmienia swoje właściwości antygenowe i „oszukuje” niezwykle sprytnie system obrony immunologicznej gospodarza. Obecnie w Afryce Podzwrotnikowej ilość zachorowań na śpiączkę afrykańską gwałtownie wzrasta. Jest to między innymi wynikiem upadku specjalnych służb, które śledziły endemiczne ogniska śpiączki afrykańskiej, prowadziły okresowe kontrole i zmuszały do leczenia chorych osobników. Czasem wystarczyła konsekwentnie prowadzona profilakty-



Wybuchem epidemii sprzyjają złe warunki higieniczne i bytowe ludności i niedożywienie szczególnie u dzieci. Na zdjęciu rodzina zairska przed swoim domostwem.

Fot. autor

łem z Europy potwierdzenie, że jest to przypadek variola vera. Już nigdy później nie spotkałem takich chorych. Natomiast pod stałą obserwacją placówek OMS w Afryce jest ospa występująca u małp. Nie spotkałem przypadku przeniesienia małpiej ospy na ludzi, ale taka możliwość zawsze istnieje.

Jedną z chorób, które często zmieniają swój przebieg jest malaria. W 1972 roku przybyłem do Zairu i wtedy nie stwierdziłem malarii odpornej na typowe leczenie na przykład niwakiną. Z upływem lat pojawiały się szczepy odporne na dotychczas skuteczne leczenie. Nasiliły się objawy tzw. malarii mózgowej, która pomimo leczenia czasem doprowadzała do szybkiej śmierci. Przez dziesiątki lat Afrykę nawiedzały epidemie cholery wywołane przez jej formę azjatycką, cholera asiatica. Jednak w ostatnich dwudziestu latach cholera umieszczyła się na stałe w Afryce, utworzyła dotychczas nie znane ogniska endemiczne i rozszerza się w dotychczas nie notowanym zakresie, najczęściej w krajach położonych na południe od Sahary. Wywołana jest przez biotyp el tor.

W Afryce sprzyjają temu złe warunki higieniczne i bytowe ludności, częste stany niedożywienia szczególnie u dzieci, zmniejszające odporność na zakażenia, podobnie jest w przypadku innych epidemii chorób tropikalnych. Także środki do walki z epidemiami w tych krajach są niewystarczające. Duże trudności stanowią specyficzne warunki transportu. W razie epidemii kontrola ludności jest utrudniona, a tworzenie barier sanitarnych jest niemożliwe z po-

ka, by wyrugować niektóre ze znanych chorób tropikalnych. Przykładem skutecznego działania tych służb jest schistosomioza, która była bardzo rozpowszechniona u robotników pogłębiających rowy melioracyjne wokół cukrowni przetwarzających trzcinę cukrową w Kwilu Gongo w zachodnim Zairze. Wchodzili oni do stojącej wody, gdzie zarażali się schistosomiazą. Po dokładnej analizie bezwzględnie wymagaliśmy używania do tych prac gumowych butów. Ilość zachorowań na schistosomiazę zmalała gwałtownie.

**Lekarze w Afryce mogą nawet być świadkami powstania zupełnie nowych chorób, jak to miało miejsce w przypadku chorób wywołanych przez wirusa marburg, lassa i ebola.**

Jeśli znany jest cykl ewolucyjny choroby tropikalnej można stosując odpowiednie środki i metody przerwać łańcuch jej rozwoju i doprowadzić do likwidacji choroby.

W czasie pobytu w Afryce zetknąłem się z nie znanymi mi wcześniej chorobami wywołanymi przez wirusy marburg, lassa i ebola. Pierwsze zachorowania wywołane wirusem ebola miały miejsce w 1976 roku. Epidemia tej ostrej gorączki krwotocznej spowodowała śmierć setek tubylców, jak również wielu pracowników służby zdrowia. Ponowna epidemia tej ostrej gorączki krwotocznej wywołanej przez wirus

ebola, pojawiła się w Zairze 17 lat później, w 1995 roku i podobnie jak przy jej narodzinach zginęło kilkaset tubylców oraz wiele osób spośród personelu medycznego szpitala, w którym wystąpiły pierwsze przypadki.

Większe szanse wytrwania w nieustannej walce z człowiekiem mają te drobnoustroje chorobotwórcze, a zwłaszcza wirusy, które działają w sposób wyrafinowany, przebiegły i skryty. Te, których cykl ewolucyjny jest trudny do prześledzenia i do przerwania. Przykładem może być wirus ebola, który nie wiadomo, w jakich okolicznościach i w jakich warunkach przetrwał 17 lat, by pojawić się ponownie z dużą siłą wirulencji.

Nie wiedziałem wtedy, że już w 1977 roku w Kopenhadze zmarła z powodu pneumocystis carini lekarka chirurg, która przez kilka lat pracowała w Zairze i została uznana za jeden z pierwszych przypadków AIDS na świecie.

W 1978 roku leczyłem studenta naszego Uniwersytetu, który miał nawracającą kryptokokozę najpierw w płucach, a potem w mózgu. W krótkim czasie zaobserwowałem dalsze podobne przypadki. Zebrałem te obserwacje i opublikowałem je w polskim tygodniku lekarskim, który ukazał się w 1980 roku, a więc wcześniej aniżeli CDC oficjalnie rejestrowało w Atlancie podobnych chorych w USA.

Na początku lat osiemdziesiątych Klinika Chorób Tropikalnych i Zakaźnych w Kinszasie gwałtownie zaczęła się zapelniać chorymi z AIDS, których w owym czasie przewinęło się przez wspomnianą klinikę kilka tysięcy. Nasze obserwacje i dokumentacja ikonograficzna owych chorych była przedmiotem wielu wystąpień na kongresach AIDS-u w Afryce i w innych miejscach świata, a także w Polsce. Przy okazji stwierdziłem specyficzne okoliczności zarażenia się wirusem HIV w Afryce. Należą do nich najstarsze i najczęściej wykonywane w Afryce zabiegi obrzezania oraz skaryfikacji kosmetycznej i leczniczej. Panująca od przeszło 20 lat epidemia AIDS w

je nasilenie współistnienia zakażenia wirusem HIV z nasilającą się gruźlicą płucną. Duży procent zakażenia wirusem HIV obserwuje się również u pracowników fizycznych przybywających do pracy z okolicznych krajów, np. z Botswany i Lesotho.

Praca lekarza w Afryce Podzwrotnikowej staje się coraz bardziej uciążliwa i ryzykowna. Lekarze ci w codziennym kontakcie z chorobami tropikalnymi mają wyjątkową okazję obserwacji ich przebiegu i rejestracji zmian. Niekiedy mogą nawet być świadkami powstania zupełnie nowych chorób, jak to miało miejsce w przypadku chorób wywołanych przez wirusa marburg, lassa i ebola. W Afryce lekarze ci pracujący na pierwszej linii frontu mają wyjątkowe okazje do niecodziennych obserwacji, niestety nie dysponują nowoczesnymi metodami i koniecznym zapleczem laboratoryjnym. Nawet w klinikach uniwersyteckich w Kinszasie pomimo jej rangi i ambicji, możliwości były skromne. Natomiast na wieść o zaobserwowaniu nowych szczególnych zjawisk w zakresie chorób tropikalnych na miejsce wydarzenia przybywały liczne ekipy z bogato wyposażonych krajów, najczęściej z potężnych instytutów badawczych z całego świata. Nie obyło się przy tym bez naukowej rywalizacji, w której autorzy pierwszych sporządzeń, lekarze frontowi z pierwszej linii mieli ograniczony udział w opracowaniach naukowych. Zaobserwowałem także, że niektóre drobnoustroje wywołujące groźne choroby były przedmiotem dużego zainteresowania jako broń w przypadku wojny bakteriologicznej. Amerykanie w 1956 roku w czasie epidemii eboli w Zairze pobrali szczepki tego wirusa, hodowali go i eksperymentowali na małpach. Wypróbowywali wirus ebola jako ewentualną broń bakteriologiczną. Okazało się, że również Rosjanie dysponowali wirusem ebola z Zairu wypróbując go na świnkach morskich. Na szczęście nastąpiło odprężenie międzynarodowe i zmniejszyła się motywacja do tego typu eksperymentów.

Lekarz pracujący w terenie, który może na miejscu obserwować zmiany obrazów chorób tropikalnych powinien koniecznie współpracować z dobrze wyposażonymi i przygotowanymi do wszelkiego rodzaju badań instytutami naukowymi. Lekarze kandydaci do pracy w krajach podzwrotnikowych i równikowych muszą być dobrze przygotowani i bardzo czujni, by wykrywać wszelkie zmiany w obrazach chorób tropikalnych. Muszą być wytrzymali fizycznie i psychicznie na wielkie trudy i niespodzianki, jakie mogą ich spotkać w krajach Afryki Podzwrotnikowej. Niezależnie od znajomości miejscowych i zakaźnych chorób, muszą być biegli w pediatrii, położnictwie i chirurgii, będą bowiem zmuszeni do wykonywania najbardziej skomplikowanych zabiegów chirurgicznych i położniczych. A wobec wciąż trwających w Afryce wojen muszą interweniować w najbardziej skomplikowanych urazach, ranach kłutych i postrzałowych.

Afryce Podzwrotnikowej spowodowała olbrzymie komplikacje ekonomiczne i pochłonęła miliony ludzi ze względu na dużą dezorganizację administracji, w tym również służby zdrowia. Dane statystyczne pochodzące z Afryki Podzwrotnikowej nie są dokładne, ponieważ służba zdrowia uległa tam dezorganizacji. Wiadomo jednak, że w Zairze, gdzie przed 20 laty rejestrowano pierwsze przypadki AIDS, epidemia ta rozlała się szeroko na południe aż do Afryki Południowej.

Afryka Południowa miała najlepiej w Afryce zorganizowaną służbę zdrowia i rzetelne obserwacje. Na uwagę zasługu-



**Radca prawny DIL  
mec. Beata Kozyra-Lukasiak**

**I. Z dniem 10 grudnia 1998 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998 r. w sprawie utworzenia Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 148, poz. 969.**

Z dniem 1 stycznia 1999 r. tworzy się Branżową Kasę Chorych dla Służb Mundurowych, której członkami mogą być:

- żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający służbę okresową lub nadterminową zasadniczą służbę wojskową,

- funkcjonariusze Policji,
- funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej,

- funkcjonariusze Służby Więziennej,
- funkcjonariusze Straży Granicznej,

- funkcjonariusze Urzędu Ochrony Państwa,

- osoby, o których mowa wyżej, pobierające uposażenie ze służby,
- emeryci i renciści pobierający świadczenia na podstawie:

- a) ustawy z dnia 28 kwietnia 1983 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników kolejowych i ich rodzin (Dz. U. nr 23, poz. 99 z późniejszymi zmianami),

- b) ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych i ich rodzin (Dz. U. nr 10 z 1994 r., poz. 36 z późniejszymi zmianami),

- c) ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Urzędu Ochrony Państwa, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. nr 142 z 1997 r., poz. 950 z późniejszymi zmianami),

- kombatanCI,
- pracownicy zatrudnieni w jednostkach organizacyjnych:

- a) wymienionych w statucie Ministerstwa Obrony Narodowej,

- b) utworzonych na podstawie przepisów ustawy o Służbie Więziennej,

- c) wymienionych w ustawach o Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Urzędzie Ochrony Państwa oraz w statucie MSWiA, a także pracownicy jednostek organizacyjnych obsługujących pozostałe organy wymienione w załączniku do statutu oraz pracownicy jednostek organizacyjnych służby zdrowia MSWiA, z wyłączeniem pracowników jednostek badawczo-rozwojowych,

- pracownicy przedsiębiorstwa państwowego PKP oraz pracownicy jednostek wydzielonych i wydzielanych przez MTiGM z przedsiębiorstwa państwowego PKP,

- pracownicy Urzędu Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej,
- członkowie rodzin pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym osób wymienionych wyżej.

Obszarem działania Kasy jest Rzeczpospolita Polska, a siedzibą Kasy miasto stołeczne Warszawa. Kasa wykonuje swoje zadania przez Biuro Kasy oraz oddziały. Organami Kasy są Rada i Zarząd. Członków Rady powołują i odwołują Ministrowie: Obrony Narodowej, Sprawiedliwości, Spraw Wewnętrznych i Administracji, Transportu i Gospodarki Morskiej oraz szef Urzędu Ochrony Państwa spośród osób ubezpieczonych w Kasie.

Pełnomocnik Rządu do spraw wprowadzania Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego powołuje Pełnomocnika do spraw Zorganizowania Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych, który działa przy MSWiA.

Pełnomocnik między innymi sporządza spisy osób, które złożyły deklaracje o utworzeniu Branżowej Kasy Chorych, przedstawia analizę finansową planowanych przychodów i kosztów w organizowanej Kasie, zawiera na pierwszy rok umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 1 stycznia 1999 r.

Załącznik do rozporządzenia zawiera statut Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych.

**II. Z dniem 16 grudnia 1998 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 9 grudnia 1998 r. w sprawie określenia wymagań, jakie powinien spełniać wniosek o wpis do rejestru Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych, oraz wzoru i sposobu prowadzenia rejestru, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 152, poz. 988 oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 grudnia 1998 r. w sprawie utworzenia regionalnych Kas Chorych i ich oddziałów, określenia ich siedzib i obszaru działania oraz nadania im statutów, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 152, poz. 989.**

Tworzy się szesnaście regionalnych Kas Chorych. Siedziby regionalnych Kas Chorych ustala się:

- we Wrocławiu dla Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. dolnośląskiego,

- w Bydgoszczy dla Kujawsko-Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. kujawsko-pomorskiego,

- w Lublinie dla Lubelskiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. lubelskiego,

- w Zielonej Górze dla Lubuskiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. lubuskiego,

- w Łodzi dla Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. łódzkiego,

- w Krakowie dla Małopolskiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. małopolskiego,

- w Warszawie dla Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. mazowieckiego,

- w Opolu dla Opolskiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. opolskiego,

- w Rzeszowie dla Podkarpackiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. podkarpackiego,

- w Białymstoku dla Podlaskiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. podlaskiego,

- w Gdańsku dla Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. pomorskiego,

- w Katowicach dla Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. śląskiego,

- w Kielcach dla Świętokrzyskiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. świętokrzyskiego,

- w Olsztynie dla Warmińsko-Mazurskiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. warmińsko-mazurskiego,

- w Poznaniu dla Wielkopolskiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. wielkopolskiego,

- w Szczecinie dla Zachodniopomorskiej Regionalnej Kasy Chorych obejmującej obszar woj. zachodniopomorskiego.

Rozporządzenie określa również oddziały regionalnych Kas Chorych a załączniki do rozporządzenia zawierają statuty poszczególnych Kas Chorych.

**III. Z dniem 12 grudnia 1998 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienia na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 143, poz. 921.**

Rozporządzenie określa ogólne warunki obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne. Zamówienia są udzielane przez naczelną organ administracji rządowej, wojewodę, organ gminy lub związku międzygminnego.

Podmiotem przyjmującym zamówienie na świadczenia zdrowotne podlegającym ubezpieczeniu oc jest:

- a) niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu,

- b) osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki,

- c) osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, która dysponuje lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej oraz spełnia warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.

Umowę ubezpieczenia oc zawiera się na czas trwania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z wybranym zakładem ubezpieczeń. Ubezpieczeniem oc objęta jest odpowiedzialność cywilna podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (ubezpieczającego) lub osoby, za którą ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia.

Odszkodowanie ustala się i wypłaca w granicach odpowiedzialności cywilnej ubezpieczającego, do ustalonej w umowie sumy gwarancyjnej.

Minimalna suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego wypadku, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia wynosi:

- 200 tysięcy złotych w odniesieniu do podmiotów, o których mowa w pkt. a i b,

- 50 tysięcy złotych w odniesieniu do podmiotów, o których mowa w pkt. c.

Zakład ubezpieczeń nie odpowiada za szkody, których wartość w dniu ustalenia odszkodowania nie przekracza wysokości dwukrotnego najniższego wynagrodzenia za pracę pracowników, ogłaszanego przez MPiPS oraz polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu mienia.

W razie zgłoszenia roszczenia o odszkodowanie, ubezpieczający obowiązany jest do udzielenia osobom poszkodowanym niezbędnych informacji, koniecznych do identyfikacji zakładu ubezpieczeń, zawiadomienia zakładu w terminie 7 dni, o zgłoszeniu roszczenia o odszkodowanie, dostarczenia posiadanych dowodów potrzebnych do ustalenia okoliczności wypadku i rozmiaru szkody.

Zakładowi ubezpieczeń przysługuje uprawnienie do dochodzenia od ubezpieczającego zwrotu wypłaconego z tytułu ubezpieczenia oc odszkodowania, jeżeli ubezpieczający wyrządził szkodę umyślnie lub w wyniku rażącego niedbalstwa używał aparatury i sprzętu medycznego oraz rehabilitacyjnego niezgodnie z przeznaczeniem lub gdy sprzęt ten był użytkowany i zainstalowany niezgodnie z obowiązującymi przepisami oraz gdy szkoda spowodowana została przez osobę znajdującą się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego.

**IV. Z dniem 1 stycznia 1999 r. weszła w życie ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, opublikowana w Dzienniku Ustaw nr 106, poz. 681.**

Ustawa określa zasady pobierania i przetwarzania krwi ludzkiej, obrotu krwią i preparatami krwio pochodnymi, warunki zapewniające dostępność preparatów przygotowywanych z krwi, a także zadania oraz organizację publicznej służby krwi. Krew jest pobierana w celach leczniczych do przetoczenia jej biorcy bądź przetworzenia w preparaty krwio pochodne i leki, może być również pobierana w celach diagnostycznych i naukowo-badawczych.

Krwiodawstwo jest oparte na zasadzie dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi. Zadania w zakresie pobierania krwi, jej przetwarzania w preparaty krwio pochodne oraz zaopatrzenie w krew i w te preparaty realizuje publiczna służba krwi, którą stanowi Krajowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa i regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

**Pobieranie krwi** jest dopuszczalne wyłącznie przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi oraz w innych zakładach opieki zdrowotnej przez kwalifikowany personel za zgodą kierownika regionalnego centrum. Przepis ten nie dotyczy pobierania krwi w celach diagnostycznych.

Pobieranie krwi jest dopuszczalne przy zachowaniu następujących warunków:

- kandydat na dawcę krwi został poinformowany przez lekarza o istocie zabiegu i o możliwych następstwach dla jego stanu zdrowia,

- kandydat na dawcę krwi lub dawca krwi ma pełną zdolność do czynności prawnych i wyraził każdorazowo, w obecności lekarza, pisemną zgodę na pobranie krwi,

- każdorazowe pobranie krwi zostało poprzedzone badaniami lekarskimi, a od kandydata na dawcę krwi lub od dawcy krwi została pobrana próbka krwi do badań laboratoryjnych w celu ustalenia czy odpowiada wymaganiom zdrowotnym i czy pobranie krwi nie spowoduje ujemnych skutków dla jego stanu zdrowia lub stanu zdrowia przyszłego biorcy,

- pobrania krwi dokonuje lekarz albo posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe pracownik służby krwi w obecności lekarza lub w okolicznościach umożliwiających niezwłoczne wezwanie lekarza.

Jeżeli przemawiają za tym względy fizjologiczne lub chemiczne, kandydatem na dawcę krwi na rzecz wstępnych, zstępnych i rodzeństwa może zostać osoba nie posiadająca pełnej zdolności do czynności prawnych, za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego i po wyrażeniu przez nią, wobec lekarza, zgody na pobranie. W przypadku gdy kandydatem na dawcę jest małoletni powyżej lat trzynastu, wymagana jest tylko zgoda małoletniego wyrażona w obecności jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna.

Jeżeli pobranie krwi ma być poprzedzone zabiegiem uodpornienia w celu uzyskania surowic diagnostycznych lub leczniczych preparatów krwio pochodnych, powinny być zachowane ponadto następujące warunki:

- kandydat na dawcę, posiadający pełną zdolność do czynności prawnych, został przez lekarza poinformowany o istocie zabiegu uodpornienia oraz możliwości związanych z tym zabiegiem powikłań i następstw dla jego stanu zdrowia i wyraził, wobec lekarza, pisemną zgodę na ten zabieg,

- dopuszczalność zabiegu uodpornienia została stwierdzona odrębnym pisemnym orzeczeniem wydanym przez lekarza,

- kandydat na dawcę złożył oświadczenie, w którym zobowiązał się do ścisłego przestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich po zabiegu i po uodpornieniu.

Krew i preparaty krwio pochodne są wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi za opłatą ustaloną przez te jednostki w wysokości nie przekraczającej rzeczywistych kosztów pobrania i przetwarzania krwi oraz przechowywania, opakowania, oznakowania i transportu krwi i preparatów krwio pochodnych.

Zakład opieki zdrowotnej nie może uzależnić zastosowania w leczeniu krwi albo preparatu krwio pochodnego od oddania krwi przez inną osobę.



**Przetoczenia krwi** mogą dokonywać wyłącznie:

- lekarz zakładu opieki zdrowotnej,
- na zlecenie lekarza pielęgniarka lub położna zakładu opieki zdrowotnej, pod warunkiem, że przeszła organizowane przez regionalne centrum odpowiednie przeszkolenie praktyczne i teoretyczne potwierdzone zaświadczeniem, chyba że uzyskała dodatkowe kwalifikacje w tej dziedzinie, określone w przepisach o specjalizacji pielęgniarek i położnych.

Zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany natychmiast powiadomić regionalne centrum, właściwe ze względu na siedzibę zakładu, o każdym przypadku wystąpienia zagrażającego życiu bądź zdrowiu odczynu lub wstrząsu w trakcie przetoczenia krwi lub po jej przetoczeniu oraz o każdym przypadku podejrzenia lub stwierdzenia choroby, która może być spowodowana przetoczeniem.

Regionalne centrum jest obowiązane przeprowadzić we współdziałaniu z zakładem opieki zdrowotnej, odpowiednie postępowanie wyjaśniające w celu ustalenia przyczyny wystąpienia przypadków, o których mowa wyżej i podjąć stosowne działania zapobiegawcze.

Ustawa przewiduje sankcje karne za pobieranie krwi z organizmu innej osoby bez wymaganych uprawnień oraz naruszenia określonych warunków pobierania krwi, za fałszowanie preparatów krwopochodnych i wprowadzanie ich do obrotu, przywóz z zagranicy i wprowadzanie do obrotu preparatów krwopochodnych bez świadectwa rejestracji.

Przepisy ustawy dotyczące dawców krwi oraz organizacji publicznej służby krwi weszły w życie z dniem 11 września 1997 r.

**V. Z dniem 1 stycznia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998 r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez Kasy Chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 148, poz. 978.**

Rozporządzenie reguluje tryb składania ofert w celu zawarcia umów o udzielanie od dnia 1 stycznia 2000 r. świadczeń zdrowotnych, przeprowadzania konkursu ofert oraz zgłaszania i rozpatrywania skarg i protestów związanych z czynnościami, o których mowa wyżej.

W celu przeprowadzenia konkursu ofert Kasa Chorych powołuje komisję konkursową w składzie co najmniej 3 osób i wyznacza spośród nich przewodniczącego.

Kasa Chorych dokonuje ogłoszenia o konkursie ofert wraz z zaproszeniem do składania ofert. Ogłoszenie zamieszcza się w biuletynie Kas Chorych, na tablicy ogłoszeń w siedzibie Kasy oraz w siedzibie właściwych okręgowych izb zrzeszających zawody medyczne.

W ogłoszeniu należy określić nazwę i siedzibę zamawiającego, przedmiot konkursu ofert, warunki, jakie powinna spełniać oferta, miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz szczegółowymi materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu ofert, termin nie może być krótszy niż 7 dni od daty ogłoszenia, miejsce i termin składania ofert nie krótszy niż 14 dni od daty ogłoszenia, miejsce i termin otwarcia ofert, miejsce i termin ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert, zastrzeżenie o prawie do odwołania konkursu oraz do przedłużenia

terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu oraz informacje o możliwości składania skarg i protestów.

Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej.

W części jawnej komisja w obecności oferentów stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert, otwiera koperty i ustala, które z ofert spełniają warunki zawarte w ogłoszeniu, przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia.

Komisja konkursowa ma prawo przeprowadzenia kontroli w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie oraz zażądać dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje zawarte w ofercie.

W części niejawnej konkursu komisja może wybrać najkorzystniejszą ofertę, dokonać wyboru większej liczby ofert, jeżeli wykonywanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert przez jednego oferenta jest niemożliwe lub utrudnione, oddalić wszystkie oferty, jeżeli nie zapewniają właściwej możliwości wykonywania świadczeń zdrowotnych.

W razie oddalenia wszystkich ofert Kasa Chorych niezwłocznie ogłasza nowy konkurs ofert.

Kasa Chorych na wniosek komisji konkursowej unieważnia postępowanie, gdy nie wpłynęła żadna oferta, wpłynęła jedna oferta nie podlegająca odrzuceniu, cena najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Kasa Chorych przeznaczyła na finansowanie zamówienia, wystąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

Jeżeli wpłynęła tylko jedna oferta nie podlegająca odrzuceniu, Kasa Chorych może przyjąć tę ofertę, gdy okoliczności wskazują, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynęło więcej ofert.

Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez komisję konkursową lub Kasę Chorych zasad przeprowadzania konkursu ofert, przysługują środki odwoławcze - skarga lub protest.

Środki odwoławcze nie przysługują na oddalenie wszystkich ofert oraz unieważnienie postępowania konkursowego.

W toku postępowania konkursowego, do czasu ogłoszenia rozstrzygnięcia, oferent może złożyć do komisji umotywowaną skargę. Komisja konkursowa rozstrzyga skargę w ciągu 3 dni od daty jej złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi.

W przypadku uwzględnienia skargi komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność. Oferent może złożyć Kasie Chorych umotywowany protest dot. rozstrzygnięcia konkursu ofert w ciągu 7 dni od daty ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy. Kasa Chorych odrzuca protest wniesiony po terminie.

Wniesienie protestu wstrzymuje zawarcie umowy do czasu rozpatrzenia protestu. Kasa Chorych rozpoznaje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od daty jego złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.

W przypadku uwzględnienia protestu Kasa Chorych ogłasza nowy konkurs ofert.

**VI. Z dniem 1 stycznia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie**

**Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 grudnia 1998 r. w sprawie określenia leków, które zasłużony honorowy dawca krwi może stosować w związku z oddaniem krwi dla celów leczniczo-zapobiegawczych, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 148, poz. 980.**

Wykaz leków, które zasłużony dawca krwi może otrzymać bezpłatnie, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w związku z oddaniem krwi dla celów leczniczo-zapobiegawczych obejmuje Ascofer draż., Vitalal draż., Rapid prosek.

**VII. Z dniem 1 stycznia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1998 r. w sprawie recept lekarskich, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 164, poz. 1195.**

**VIII. Z dniem 1 stycznia 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998 r. w sprawie kryteriów kwalifikacji leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, do grupy objętej wspólnym limitem ceny, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 148, poz. 977.**

Rozporządzenie określa następujące kryteria kwalifikacji leków: te same wskazania, udowodniona w wyniku badań klinicznych porównywalna skuteczność, ten sam mechanizm działania, te same najczęściej występujące działania niepożądane oraz ta sama droga podania.

## OGŁOSZENIA DROBNE

Wydzierżawię wyposażone pomieszczenia na gabinety, Bolesławiec centrum. Tel. (075)732-6555.

ZNIECZULENIA ANESTEZJOLOG II<sup>o</sup> (071) 3451074.

Sprzedam unit stomatologiczny Eurodent turbina KAVO, skaler, piaskarka, dmuchawka, cena 5000,- tel. 339 80 93.

Stomatologia, protetyka, urządzenia nowe i używane - stan idealny (071) 352-30-15, 372-73-14, 0601-76-11-25, 0601-72-73-14.

Wynajmę gabinet stomatologiczny w śródmieściu, tel. 3612044, 0602-794029.

Do wynajęcia gabinet stomatologiczny w centrum, tel. 34-336-56.

Sprzedam wyposażenie gabinetu stomatologicznego, tel. 3102-275.

Sprzedam USG jamy brzusznej bardzo mało używany za 12 000,-, tel. (071) 57-56-09.

Gabinet laryngologiczny, wizyty domowe laryngologiczne oraz

elektronystagmografia (badanie błędników) wykonywane w diagnostyce zawrotów głowy (umowa z Kasą Chorych); tłumaczenia z angielskiego. Maria Nodzyńska, specjalista laryngolog. Wrocław, ul. Rapackiego 7, tel. 339-88-49, 0602 38-76-93.

Sprzedam tanio mało używany gastrokop na podzespołach Olympusa, (071) 363 82 91, 0601 56 53 91.

Sprzedam nowoczesny gabinet stomatologiczny z dobrze prosperującą wieloletnią praktyką w Kobylinie, tel. (071)38 40 838.

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zawidawie”  
ul. Bolesława Krzywoustego nr 290 51-312 Wrocław, tel. 325-12-19**  
**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
ZAWIDAWIE**

ogłasza przetarg na wynajem lokali użytkowych położonych we Wrocławiu, ul. Inflancka 39 o powierzchni:

- z przeznaczeniem na APTEKĘ o powierzchni 121 m kw., stawka wywoławcza 12 zł za metr kw.;
- z przeznaczeniem na PUNKT OPTYCZNY o powierzchni 9,8 m kw., stawka wywoławcza 8 zł za metr kw.;
- z przeznaczeniem na ZAKŁAD SZKLARSKI o powierzchni 140 m kw., stawka wywoławcza 3 zł za metr kw.;
- z przeznaczeniem na ZAKŁAD KALETNICZY o powierzchni 54 m kw.; stawka wywoławcza 5 zł za metr kw.;
- z przeznaczeniem na WARSZTAT MECHANICZNY o powierzchni 19 m kw., stawka wywoławcza 8 zł za metr kw.

Lokale na Zakład Szklarski i Kaletniczy znajdują się w pomieszczeniach piwnicznych nie ogrzewanych.

Oferty w zalakowanych kopertach należy składać do dnia 3 lutego 1999 r. do godz. 15.00 w biurze SPZOZ „Zawidawie” 51-312 Wrocław, ul. Bolesława Krzywoustego 290 pok. 18 tel. 325-12-19.

Otwarcie ofert nastąpi dnia 4 lutego 1999 r. o godz. 12.00.

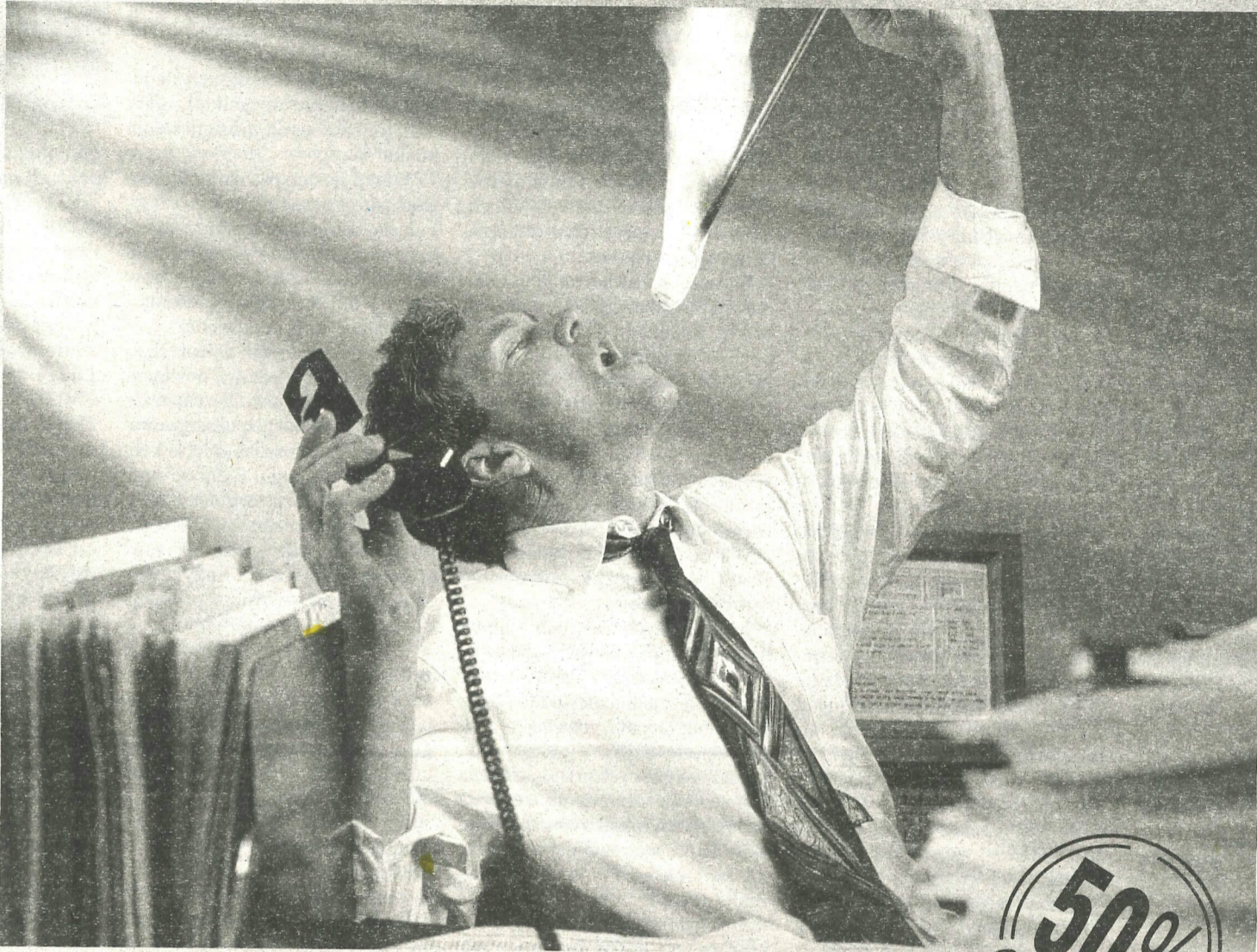
Rozstrzygnięcie przetargu nastąpi w ciągu 7 dni od daty otwarcia ofert. O przyjęciu oferty SPZOZ „Zawidawie” zawiadomi odrębnym pismem.

**ECHOSON**

ECHOSON S.A.  
24-100 PUŁAWY ul. Słowackiego 2  
tel./fax (+0-81) 886 36 13

**ULTRASONOGRAFY**

# Zapalenie migdałków i gardła?



## Dalacin<sup>®</sup> C

KLINDAMYCyna

50%  
odpłatność

## - skuteczne rozwiązanie palącego problemu

### SKRÓCONA INFORMACJA O LEKU:

KAPSUŁKI: opakowania po 16 kapsulek zawierających po 75 mg klindamycyny, opakowania po 16 lub 100 kapsulek zawierających po 150 mg klindamycyny, opakowania po 16 kapsulek zawierających po 300 mg klindamycyny. GRANULAT: butelki 80 ml zawierające 75 mg klindamycyny / 5 ml zawiesiny (po dodaniu wody). Wykazano, że klindamycyna jest skuteczna m.in. w leczeniu wymienionych niżej zakażeń, powodowanych przez wrażliwe bakterie beztlenowe lub wrażliwe szczepy Gram-dodatnich bakterii tlenowych, takich jak paciorkowce, gronkowce i pneumokoki oraz zakażeń wywołanych wrażliwymi szczepami *Chlamydia trachomatis*. 1. ZAKAŻENIA GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH: zapalenie migdałków podniebiennych, zapalenie gardła, zapalenie zatok obocznych nosa, zapalenie ucha środkowego, pńonica. 2. ZAKAŻENIA DOLNYCH DRÓG ODDECHOWYCH: zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, ropniak opłucnej i ropień płuca. 3. ZAKAŻENIA SKÓRY I TKANEK MIĘKKICH: trądzik, czyraki, cellulitis, wyprzenia bakteryjne, ropnie i zakażone rany oraz specyficzne zakażenia skóry i tkanek miękkich, jak róża i zastrzał. 4. ZAKAŻENIA KOŚCI I STAWÓW: zapalenie kości i szpiku kostnego, ropne zapalenia stawu. 5. ZAKAŻENIA ZĘBÓW I JAMY USTNEJ: ropień okołozębowy i zapalenie oszębnej. **Przeciwwskazania:** Klindamycyna jest przeciwwskazana u osób, u których uprzednio stwierdzono nadwrażliwość na klindamycynę lub linkomycynę. **Działania niepożądane:** 1. Reakcje z nadwrażliwości. W toku leczenia obserwowano osutkę plamisto-grudkową i pokrzywkę. Najczęściej opisuje się uogólnione osutki odropodobne, o nasileniu łagodnym i umiarkowanym. W czasie podawania klindamycyny rzadko występowały przypadki rumienia wielopostaciowego,

który czasem przypominał zespół Stevensa-Johnsona. Opisano kilka przypadków reakcji anafilaktycznych. 2. Układ pokarmowy. Bóle brzucha, biegunka, zapalenie błony śluzowej przełyku. Podobnie jak w przypadku każdej antybiotykoterapii może zdarzyć się rzekomobłoniaste zapalenie jelita grubego, które wymaga natychmiastowej konsultacji lekarza prowadzącego oraz wdrożenia odpowiedniej kuracji. 3. Wątroba. W toku leczenia klindamycyną obserwowano żółtaczkę i odchylenia w próbach czynnościowych wątroby. 4. Skóra i błony śluzowe. Opisywano występowanie świądu, zapalenia pochwy, a w rzadkich przypadkach złuszczone i pęcherzowe zapalenie skóry. 5. Układ krwiotwórczy. Opisywano występowanie przemijającej neutropenii (leukopenii) i eozynofilii. Istnieją doniesienia o występowaniu agranulocytozy i małopłytkowości. W żadnym z powyższych przypadków nie można było ustalić związku przyczynowego między tymi powikłaniami a stosowaniem klindamycyny. **Okres ciąży i karmienia piersią:** Nie ustalono bezpieczeństwa stosowania leku w ciąży. Opisywano, że klindamycyna pojawia się w mleku kobiecym w stężeniach od 0,7 mg/ml do 3,8 mg/ml. **Interakcje:** Wykazano antagonizm między klindamycyną a erytromycyną. **Przechowywanie:** Przechowywać w kontrolowanej temperaturze pokojowej (15°-30°C). Data ważności (miesiąc/rok) jest umieszczona na opakowaniu. **Wydanie leku:** Lek wydaje się tylko na receptę lekarską. **Dawkowanie:** Zazwyczaj p.o. dorośli 300 mg co 8 godzin, dzieci 8-25 mg/kg/dobę w 3-4 dawkach podzielonych\*, p.o. dzieci 8-25 mg/kg c.c./dobę w 3 podzielonych dawkach\*. \*Dawkowanie powinno być uzależnione od ciężkości zakażenia, stanu chorego i wrażliwości drobnoustroju powodującego zakażenie.

Pharmacia & Upjohn  
ul. Jakuba Kubickiego 21, 02-954 Warszawa  
tel. (022) 699 02 00, 642 62 82, fax (022) 42 05 46

Przed zastosowaniem prosimy o zapoznanie się z pełną informacją o leku zawartą w ulotce informacyjnej.



Pharmacia  
& Upjohn

## SZKOLENIA KURSY ZAWIADOMIENIA

**Zapraszamy do współpracy**

**Do P. T. Koleżanek i Kolegów Lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego podstawowej opieki medycznej Szanowni Państwo,**

Uprzejmie informujemy, że Poradnia Nefrologiczna i Klinika Nefrologii służy konsultacjami w zakresie diagnostyki i leczenia pierwotnych i wtórnych glomerulopatii w tym cukrzycowej i toczniowej, układowych zapaleń naczyń z zajęciem nerek, ciężkich postaci nadciśnienia tętniczego, nawracających zakażeń układu moczowego oraz zapobiegania nawrotom kamicy układu moczowego (oryginalny własny program z wykorzystaniem cytrynianu potasu).

Kierując pacjenta do ambulatoryjnej konsultacji nie ma potrzeby wcześniejszego uzgadniania terminu konsultacji, które odbywają się w tym samym dniu. W sytuacjach, w których stwierdzenie Państwo nagle wskazania do hospitalizacji, chory może być skierowany do Kliniki także w godzinach popołudniowych i wieczornych. Prosimy jedynie lekarza kierującego o wystawienie formalnego skierowania oraz wcześniejszy kontakt telefoniczny z lekarzem dyżurnym Kliniki Nefrologicznej tel. 37-00-256, 37-00-260, 37-00-263. Adres: Klinika Nefrologii, Wrocław ul. R. Traugutta 57/59.

Każdy pacjent wymagający diagnostyki i leczenia w Klinice Nefrologii, jedynym tego typu specjalistycznym ośrodku w regionie dolnośląskim, dysponującym pełnymi możliwościami diagnostycznymi w zakresie chorób nerek (w tym biopsje nerki) i wieloletnim doświadczeniem zespołu, będzie przyjęty. Jedynym warunkiem jest formalne skierowanie z prośbą o objęcie pacjenta dalszym leczeniem.

Informujemy również, że Klinika Nefrologii jest aktywna w programach leczenia nerkozastępczego (hemodializa, ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa, automatyczna dializa otrzewnowa, przeszczepy nerek - strona nefrologiczna). Dla tych grup chorych prowadzimy ambulatorium dializy otrzewnowej, hemodializy oraz transplantacyjne. Jeżeli życzy sobie Państwo konsultacji w tym zakresie, jesteśmy również do dyspozycji Waszej i Waszych pacjentów.

Licząc na dalszą dobrą i harmonijną współpracę z wyrazami szacunku

**Kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii AM we Wrocławiu**  
**prof. dr hab. med. Marian Klinger**

W Specjalistycznym Zespole Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu przy ul. Gdańskiej 2 działa **PRZYCHODNIA KONSULTACYJNA ZABURZEŃ PSYCHOSOMATYCZNYCH**

świadcząca usługi refundowane przez Kasę Chorych. Rejestracja tylko telefonicznie oraz informacja w godz. 8.30 - 13.30 pod numerem (071) 328-00-45.

**Zjazd Absolwentów Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu Roczniak 1974 odbędzie się 15-16 maja 1999 roku w Polanicy Zdroju Hotel „SANA”**

**Prosimy przesyłać:**

- zgłoszenia uczestnictwa (imię, nazwisko, miejsce zamieszkania) - do 15.03.1999 r. na adres:

**Ryszard Fedyk**  
**Rejonowa Przychodnia ul. Żelazna 34**  
**53-428 Wrocław**  
**tel. 61-56-51**  
**fax. 61-92-56**

- opłatę za uczestnictwo - do 15.03.1999 r. w wys. - 300 PLN od osoby (jeden nocleg, wyżywienie, bankiet) na konto:

**DIL BOŚ SA O/Wrocław**  
**15401030-536075-27006-00**

z czytelnym dopiskiem - „Zjazd Absolwentów 74” oraz imieniem i nazwiskiem wpłacającego. Szczegółowe informacje i program Zjazdu prześlemy indywidualnie do Koleżanek i Kolegów.

**Komitet Organizacyjny**  
**Andrzej Steciwko**  
**Elżbieta Górzyńska**  
**Ryszard Fedyk**  
**Janusz Sokalski**

**Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy Oddział Dolnośląski zaprasza na zebrania naukowo-szkoleniowe Towarzystwa, które będą odbywać się w Sali Konferencyjnej DIL, ul. Matejki 6, o godz. 12.30.**

**I. 20 stycznia 1999 r.**

1. dr n. med. Andrzej Obojski z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii AM we Wrocławiu  
Występowanie alergii na lateks w populacji pracowników służby zdrowia we Wrocławiu  
2. mgr farmacji Magdalena Puziewicz-Karpiak  
Przedstawiciel firmy PLIVA  
Prezentacja antybiotyku makrolidowego „Sumamed”

**II. 17 lutego 1999 r.**

1. lek. med. Jarosław Kachnowicz z Przychodni Lekarskiej Miedziwego Centrum Zdrowia w Głogowie  
Problemy narażenia zawodowego hutników na arsen  
2. mgr Iwona Golec  
Przedstawiciel firmy SmithKline Beecham  
Profilaktyka wirusowego zapalenia wątroby typu A i B

**III. 17 marca 1999 r.**

1. dr n. med. Ewa Kapuścińska z Katedry i Kliniki Otolaryngologii AM we Wrocławiu  
Ocena morfologiczna, czynnościowa oraz niektórych czynników biochemicznych błony śluzowej nosa w wybranej grupie pracowników „POLIFARBU - Cieszyń - Wrocław”, narażonych na niektóre rozpuszczalniki organiczne  
2. mgr Mirosława Roznerska-Nowak  
Przedstawiciel firmy Glaxo Wellcome  
„Serevent” w leczeniu przewlekłej, obturacyjnej choroby płuc (POCHP) i astmy oskrzelowej

*Przewodniczący*  
*prof. dr Ryszard Andrzejak*  
*Sekretarz*  
*dr Halina Graczyk-Czyżewska*

**Wrocławski Oddział Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej zaprasza na BAL DOBROCZYNNY w dniu 13 lutego 1999 roku (ostatnia sobota karnawału) w Hotelu WROCLAW.**

**Dochód z balu zostanie przeznaczony na zakup przenośnego sprzętu medycznego na rzecz pacjentów z chorobą nowotworową.**

Sprzedaż biletów w cenie 300 zł od osoby w Zespole Opieki Paliatywnej przy Dolnośląskim Centrum Onkologii pl. Hirszfelda 12, tel. 361-90-41 wewn. 262 lub 362-67-14 (8.00 - 15.00).  
Konto dla darczyńców - Bank Zachodni IV O/W-w nr 11201779-3128-137-1000.

**Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy organizuje szkolenie przeznaczone dla lekarzy sprawujących opiekę zdrowotną nad ludnością rolniczą 25 marca 1999 r.**

**w godz. 9.00 - 14.00 w Sali Konferencyjnej DIL we Wrocławiu przy ul. Matejki 6.**

**Program szkolenia**

1. Dr nauk med. Edmund Lipiński  
PATOLOGIA ZAWODOWA - NIEKTÓRE PROBLEMY ZDROWOTNE ROLNIKÓW
2. Dr nauk med. Halina Graczyk-Czyżewska  
CHOROBY ZAWODOWE UKŁADU ODDECHOWEGO
3. Dr Jerzy Smakowski  
CHOROBY ZAWODOWE SKÓRY
4. Dr Anna Lewandowska-Magiera  
NARAŻENIE NA ŚRODKI OCHRONY ROŚLIN
5. Dyskusja

**Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu Dziekanat Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego ul. Jana Mikulicza-Radeckiego 5 50-368 Wrocław tel. 209-773, 209-774, fax 328-6186 ORGANIZUJE KURSY**

**I. Stomatologia dziecięca**  
termin kursu - 25 i 26 stycznia 1999  
cena kursu - 200 zł

**Program kursu**

1. Próchnica wczesna i czynniki sprzyjające jej występowaniu  
Lek. dent. M. Dębska
2. Prognozowanie choroby próchnicowej  
Lek. dent. M. Dębska
3. Materiały do wypełnień próchnicowych  
Lek. dent. E. Sommer
4. Techniki mikrooszczędnego opracowania ubytków próchnicowych  
Lek. dent. E. Sommer
5. Leczenie endodontyczne zębów mlecznych i stałych z nieodtworzonymi korzeniami  
Lek. dent. K. Herman
6. Modyfikacja diety jako jeden z czynników zapobiegania próchnicy zębów  
Prof. A. Majewska
7. Profilaktyka fluorkowa próchnicy (mechanizm profilaktycznego działania fluoru oraz metody i bezpieczeństwo stosowania fluoru w profilaktyce próchnicy zębów)  
prof. U. Kaczmarek

**II. Stomatologia zachowawcza - wybrane zagadnienia**  
termin kursu - 27 stycznia 1999  
cena kursu - 100 zł

**Program kursu**

1. Cementy podkładowe - współczesne tendencje  
Lek. dent. K. Jankowska
2. Ćwieki okołomiazgowe  
Lek. dent. W. Sajewicz
3. Wkłady koronowe  
Lek. dent. W. Sajewicz
4. Amalgamaty srebra - właściwości, kontrowersje  
Dr E. Sołtan, lek. dent. E. Miazga
5. Co stomatolog powinien wiedzieć na temat toksyczności rtęci  
Prof. A. Majewska
6. Ubytki twardych tkanek zęba pochodzenia niebakteryjnego - współczesne poglądy (patomechanizm, obraz kliniczny, leczenie, zapobieganie)  
prof. U. Kaczmarek

**III. Endodoncja - wybrane zagadnienia**  
termin kursu - 28 i 29 stycznia 1999  
cena kursu - 200 zł

**Program kursu**

1. Fizjologia, morfologia endodontium  
Prof. dr hab. U. Kaczmarek
2. Budowa anatomiczna jam zębowych - implikacje praktyczne  
Lek. dent. W. Szczepankiewicz
3. Narzędzia endodontyczne  
Lek. dent. W. Szczepankiewicz
4. Endometria kanałowa  
Lek. dent. W. Szczepankiewicz
5. Techniki opracowania kanałów  
Lek. dent. W. Grzebieluch
6. Leki stosowane w endodoncji  
Lek. dent. W. Grzebieluch
7. Zastosowanie preparatu CA(OH)<sub>2</sub> w leczeniu endodontycznym  
Prof. U. Kaczmarek
8. Materiały do wypełnień kanałów  
Lek. dent. K. Jankowska
9. Techniki wypełniania kanałów  
Lek. dent. K. Jankowska
10. Wskazania i przeciwwskazania do leczenia kanałowego. Powtórne leczenie kanałów  
Lek. dent. B. Wilk-Sieczak
11. Leczenie tkanek okołowierzchołkowych  
Lek. dent. B. Wilk-Sieczak
12. Resorpcje zewnętrzne i wewnętrzne. Diagnostyka, postępowanie terapeutyczne.  
Dr Z. Sozańska

**Miejsce kursów - Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej AM Wrocław, ul. Kuźnicza 43/45**

**Opłatę należy kierować na konto Akademii Medycznej we Wrocławiu: Kredyt Bank PBI s. a. IV Oddział Wrocław 15001793-3421-121790009997**  
**dopisek: opłata za kurs - wymienić temat kursu**

## Płk prof. dr hab. Józef Barancewicz (1925-1997)

23 listopada 1997 zmarł po długiej i ciężkiej chorobie we Wrocławiu emerytowany płk prof. dr hab. Józef Barancewicz.

Profesor Józef Barancewicz urodził się 15 listopada 1925 roku w Nieświeżu w województwie nowogrodzkim, w rodzinie chłopskiej. W czasie okupacji pracował jako robotnik rolny. Wiosną 1944 roku wstąpił do I Armii WP, a w lutym 1945 roku po ukończeniu oficerskiej szkoły w Lublinie brał udział w walkach o Wał Pomorski i Kołobrzeg, a następnie w walkach o Berlin. Jako eksternista uzyskał w 1949 roku świadectwo dojrzałości i w 1953 roku rozpoczął studia lekarskie w Akademii Medycznej w Poznaniu. Studiując, równocześnie był zastępcą kierownika Studium Wojskowego AM w Poznaniu, a od 1961 do 1970 był kierownikiem Studium Wojskowego AM we Wrocławiu. Od 1961 roku ściśle współpracował z Katedrą Fizjologii AM we Wrocławiu. W tym czasie opublikował kilkanaście oryginalnych prac na temat zdrowia młodzieży szkół wrocławskich. W 1966 roku obronił we Wrocławiu pracę doktorską pt.: „Stan zahartowania młodzieży akademickiej wybranych uczelni wrocławskich”. Habilitowany został w 1971 roku w AM we Wrocławiu na podstawie dorobku naukowego i pracy pt.: „Wybrane mierniki ogólnej sprawności fizycznej młodzieży akademickiej w zależności od wysokości i ciężaru ciała”.

W latach 1970-1972 był ówczesny docent Józef Barancewicz komendantem Wojskowego Szpitala Rejonowego w Poznaniu, a w latach 1972-1975 komendantem (rektorem) Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi.

W pracy na każdym stanowisku pozostawił trwałe ślady w rozwoju powierzonej sobie placówki, w poszerzaniu kręgu współpracowników i uczniów, w dorobku naukowym zespołów, którymi kierował. Swoje obowiązki wykonywał z wielkim talentem, wykazując wysokie umiejętności wojskowo-organizacyjne. Był wymagający wobec siebie i podwładnych. Tym postępowaniem zyskał sobie powszechny szacunek.

W roku 1976 docent Józef Barancewicz w stopniu pułkownika przeszedł na emeryturę i rozpoczął pracę w Instytucie Medycyny Społecznej AM we Wrocławiu. W latach 1977-1982 był dyrektorem tego instytutu i jednocześnie kierownikiem Zakładu Epidemiologii. Po reorganizacji Akademii Medycznej we Wrocławiu zostaje detaszowany do pracy w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Jeleniej Górze na stanowisko kierownika Ośrodka Naukowo-Badawczego Medycyny Społecznej.

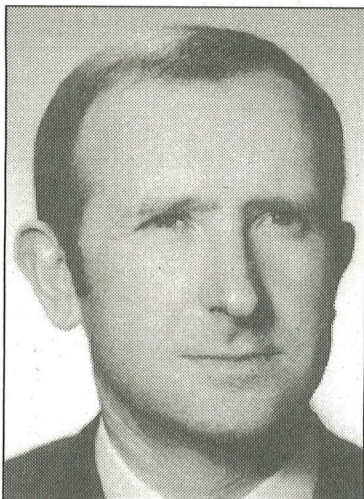
W latach 1972-1975 był członkiem Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia oraz wiceprzewodniczącym Rady Naukowej MON do spraw medycyny i farmacji.

W 1990 roku otrzymał tytuł profesora nauk medycznych.

Profesor Barancewicz brał żywy udział w pracach wielu towarzystw naukowych, a zwłaszcza Polskie-

go Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego. Był przewodniczącym Oddziału Wrocławskiego i członkiem Zarządu Głównego w latach 1978 do 1996 tego towarzystwa. Był wiceprezsem Karkonoskiego Towarzystwa Naukowego, inicjatorem i organizatorem wielu sympozjów i konferencji naukowych.

Szczególnie wysoko oceniona została Jego aktywność w Karkonoskim Towarzystwie Nauko-



wym. Wydawcy publikacji jubileuszowej poświęconej prof. J. Barancewiczowi w 1995 roku stwierdzają: „Jako osobowość otwarta i kontaktywna Profesor Józef Barancewicz umiał nie tylko skupiać wokół siebie pracowników nauki oddanych tym ideom, ale wyraźnie pobudzać ich do działań indywidualnych i zespołowych”.

W ostatnich latach Profesor podejmował interdyscyplinarne badania nad szeroko rozumianymi zależnościami między środowiskiem a zdrowiem populacji ludzkiej.

Dorobek naukowy Profesora to 226 pozycji, a wśród nich 66 prac indywidualnych i 158 zespołowych, w których Profesor jest najczęściej wiodącym współautorem lub kierownikiem zespołu. 126 prac jest oryginalnych, 46 poglądowych oraz 54 opracowania popularnonaukowe.

Opublikowane prace dotyczą kilku ważnych zagadnień. W latach 1966-1977 działalność Profesora koncentrowała się na badaniach nad rozwojem somatycznym i sprawnością fizyczną młodzieży akademickiej pochodzącej z różnych środowisk. Prace z tej problematyki mają charakter pionierski. Prace te miały znaczenie poznawcze i pozwoliły na ustalenie wniosków praktycznych możliwych do zastosowania w działaniach zapobiegawczych.

W latach 1970-1977 powstały prace dotyczące stanu czynnościowego narządów i układów w spoczynku i pod wpływem wysiłku dozowanego u studentów wrocławskich. Analiza zebranego materiału pozwoliła na ustalenie korelacji między cechami somatycznymi a wskaźnikami fizjologicznymi. Również i te badania mają znaczenie praktyczne, a wyniki tych badań są często cytowane przez innych autorów zajmujących się badaniami i oceną zdrowia populacji ludzkiej.

Tematem badań prof. Barancewicza był wpływ różnych czynni-

ków związanych ze współczesną cywilizacją na budowę somatyczną człowieka.

Przedmiotem Jego badań były też choroby cywilizacyjne. Szczególną uwagę poświęcił chorobom układu krążenia i metodom zapobiegania im. Ważne znaczenie praktyczne mają badania podjęte przez Profesora, który oceniał działalność i klasyfikował zespoły opieki zdrowotnej na Dolnym Śląsku oraz ich funkcjonowanie i realizację głównych zadań.

Prace dotyczące zanieczyszczeń przemysłowych w Kotlinie Jeleniogórskiej, które powodowały Celwiskoza spowodowały, że Premier wydał decyzję o zaprzestaniu produkcji przez ten zakład.

W latach 1983-1993 działalność Profesora skupiała się na chorobach cywilizacyjnych z punktu widzenia ekologii.

Wzorowa postawa żołnierska i bogata działalność naukowa i dydaktyczno-wychowawcza Profesora została wielokrotnie uhonorowana i nagrodzona.

Zasługi bojowe na polu walki nagrodzono Krzyżem Walecznych. Za działalność naukową i dydaktyczno-wychowawczą otrzymał 21 nagród Rektora AM we Wrocławiu i władz wojskowych. W 1987 otrzymał nagrodę Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za osiągnięcia naukowe i wdrożenie postępu technicznego.

Za całokształt zasług otrzymał Odznakę za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia i Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski.

Odszedł od nas wzorowy Żołnierz, Lekarz i Nauczyciel Akademicki.

Cześć Jego Świetlanej Pamięci! Płk Prof. dr hab. Józef Barancewicz został pochowany z honorami wojskowymi 27 listopada 1997 roku na Cmentarzu przy ul. Grabiszynskiej we Wrocławiu.

Stanisław Iwankiewicz

## Dr Alina Nowakowska-Centkiewiczowa (1922-1998)

### Wspomnienie o Koleżance ze studiów

20 czerwca 1998 roku Koleżanki i Koledzy z pierwszego powojennego roku studiów medycznych we Wrocławiu spotkali się na kolejnym Zjeździe Koleżeńskim. Wśród obecnych nie było już jednak dr Aliny Nowakowskiej-Centkiewiczowej, wiernej uczestniczki poprzednich spotkań. Zmarła w przeddzień Zjazdu, po długotrwałej chorobie, ciągnącej się z remisjami przez kilka lat.

Dziś chciałbym poświęcić Jej kilka słów wspomnienia.

Urodziła się 12 stycznia 1922 roku w Szamotułach w rodzinie inteligentnej z tradycjami powstańczymi i wojskowymi. Dziad po powstaniu styczniowym był zesłany na Kaukaz. Ojciec, pułkownik, służył w Dywizji Generała Żeligowskiego.

Studia medyczne rozpoczęła w 1945 roku na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Łódzkiego, skąd po roku przeniosła się do Wrocławia. Tu otrzymała dyplom lekarza. W ramach stypendium pracowała w Klinice Neurologicznej we Wrocławiu, gdzie uzyskała I i II stopień specjalizacji z zakresu neurologii. W 1954 roku wyjechała do Wałbrzycha i podjęła pracę w Szpitalu Nr 2 im. W. Pstrowskiego - początkowo jako starszy asystent, a od 1958 roku jako ordynator oddziału neurologii. Funkcję tę pełniła przez 27 lat, tj. do przejścia na emeryturę w 1985 roku.

Koleżanka ze wspólnej pracy w szpitalu: „Dr Alina Nowakowska-Centkiewiczowa odznaczyła się dużym poczuciem obowiązku, punktualności i zdyscyplinowania. Wymaga-

jąca wobec innych tak samo jak wobec siebie, rzetelna i zorganizowana. Poza pracą zawodową kochała książki i góry. Umiała interesująco opowiadać, ale i uważnie słuchać. Była świetnym kompanem na wycieczkach i bardzo serdeczną i gościnną gospodynią. Prosto-linijna i bezpośrednia, nieco apodyktyczna. Wykształciła ośmiu neurologów I stopnia i dwóch II stopnia. W ciągu jednej kadencji

piastowała stanowisko przewodniczącej Oddziału Wałbrzyskiego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Otrzymała liczne odznaczenia resortowe. Bezpartyjna.”<sup>1</sup>

Do tych wspomnień chciałbym dorzucić kilka moich własnych. Dotyczą one

późniejszego okresu życia dr Aliny Nowakowskiej-Centkiewiczowej, gdy po śmierci męża i przejściu na emeryturę sprzedała dom w Szczawnie Zdroju i ponownie zamieszkała we Wrocławiu, by być bliżej syna i jego rodziny.

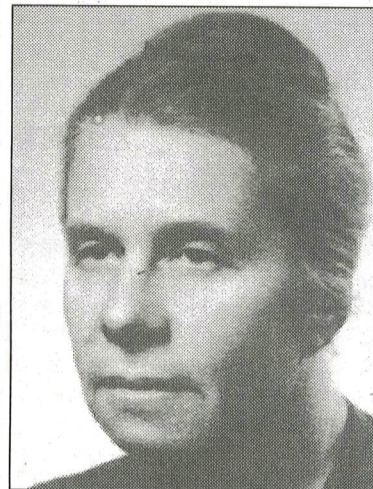
Co wyróżniała Ją od innych, znanych mi koleżanek - emerytek? To ciągle żywa, nieustająca aktywność intelektualna. To prawda, że kochała książki. Jej mieszkanie pełne było książek, różnych czasopism, obrazów i bibelotów. Czytała dużo i z różnych dziedzin: nauki, literatury, historii, geografii, sztuki. Potrafiła wsiąść do pociągu i pojechać na jeden dzień do Warszawy, by obejrzeć jakąś wystawę malarstwa światowego. Zwiedzała wystawy i muzea. Siły fizyczne nie pozwalały Jej już na wędrowki górskie, ale podróżowała do Hiszpanii, by tam popływać w morzu. Tych wyjazdów za granicę było zresztą więcej: do Egiptu, Izraela, Tunezji. By móc realizować te plany i marzenia żyła oszczędnie i rozważnie, wydając pieniądze w myśl zasady, że ważniejsze jest „być” niż „mieć”. Swoje dolegliwości fizyczne znosiła z filozoficznym spokojem, jaki cechuje lekarza świadomego nieuchronnego przebiegu swojej choroby.

Była wdzięczna za wyjątkowo serdeczną i koleżeńską opiekę, z jaką spotkała się w Klinice Chorób Płuc przy ul. Grabiszynskiej we Wrocławiu, który był Jej ostatnim szpitalem, po uprzednim leczeniu w Dolnośląskim Centrum Onkologii przy pl. Hirszfelda. Zmarła cicho w dniu 19 czerwca 1998 r. w przeddzień naszego kolejnego Zjazdu Koleżeńskiego.

Zachowajmy Ją w pamięci.

R.H.

<sup>1</sup> Janina Łazowska-Jurkanis wspomina ją w Kronice Wałbrzyskiej z 1995 r. w „Dziejach neurologii wałbrzyskiej”.



Pani dr JOANNIE KRĘCIKOWSKIEJ-KOZIOŁ  
kondolencje z powodu śmierci  
OJCA

składają koleżanki i koledzy z ZOZ-u dla Szkół Wyższych

Pani doktor BARBARZE  
ZAREMBA-BUTYŃSKIEJ  
serdeczne wyrazy współczucia z powodu śmierci  
MATKI

składają lekarze Koła DIL przy Obwodzie Lecznictwa Kolejowego w  
Legnicy

Pani dr JADWIDZE STENCEL  
serdeczne wyrazy współczucia z powodu śmierci  
MATKI

składają koleżanki i koledzy z  
Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia przy ul. Legnickiej 61

