

# ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 40 (108). Rocznik III.

Kraków, 11. 10. 1942 r.

Redaktor: Dr. med. Werner Kroll, Krakau, Albrechtstr. 11 a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Krakau, Albrechtstr. 11 a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Krakau, Albrechtstraße 11 a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Krakau, Adolf-Hitler-Platz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Krakau. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie“, Krakau, Albrechtstr. 11 a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Krakau, Albrechtstr. 11 a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

## T R E Ś Ć :

	Str.
Dr. Adam CIEŃKIEWICZ, Kraków: Lekarze w Generalnym Gubernatorstwie (ciąg dalszy) . . . . .	569
Dr. Marian CIEŃKIEWICZ, Kraków: Stanowisko i zadania lekarza Ubezpieczalni Społecznej . . . . .	572

Z Izby Zdrowia w Gen. Gubernatorstwie  
Stały Zastępca Kierownika  
Dr. med. Werner Kroll.

## Lekarze w Generalnym Gubernatorstwie

### Rozważania o wynikach badań statystycznych

Opracował Dr. Adam Ciećkiewicz, Kraków.

(Ciąg dalszy)

Tabela 6. przedstawia nam stosunek procentowy lekarzy i ludności Generalnego Gubernatorstwa na prowincji i w większych miastach do ogólnej ilości lekarzy i ludności w Generalnym Gubernatorstwie.

Jak to widzimy na tabeli 6. z ogółu ludności Generalnego Gubernatorstwa, wynoszącej 17 115 581 osób, — mieszka na prowincji 14 764 250, tj. 86,5 %, z ogólnej zaś liczby 8527 lekarzy Generalnego Gubernatorstwa mieszka na prowincji 3225, t. j. tylko 37,9 %. Wskutek tego też, gdy przeciętny wskaźnik zapewnienia opieki lekarskiej wynosi w Generalnym Gubernatorstwie w ogóle 2007 osób na jednego lekarza, to dla mieszkańców prowincji kształtuje się on przeszło dwa razy gorzej, bo wynosi 4578 osób na jednego lekarza.

Od tej przeciętnej niewiele odbiega stan rzeczy prowincji okręgu galicyjskiego, oraz okręgu warszawskiego, natomiast znacznie lepszy od przeciętnego i najlepszy jest stan okręgu krakowskiego, gdzie na jednego lekarza prowincjonalnego przypada 3437 mieszkańców prowincji. Najgorsze przeciętne mają okręgi: radomski i lubelski, bo w lubelskim przypada tu 4965, a w radomskim nawet ogromna ilość, bo 7234 osób na jednego lekarza. Powyższy stan

rzeczy nie jest wprawdzie w rzeczywistości tak tragiczny, jeżeli się uwzględni praktykujących tam felczerów. Po dodaniu bowiem do 447 lekarzy prowincji okręgu lubelskiego tamtejszych 124 felczerów, przeciętna tamtejsza polepszy się z 4963 na 3886 osób na jednego lekarza, gdy zaś do czynnych na prowincji okręgu radomskiego 361 lekarzy dodamy 204 tamtejszych felczerów, wskaźnik tego okręgu dla prowincji poprawi się prawie w dwójnasób, bo z 7234 skoczy na 4624 osób na jednego lekarza.

Po uwzględnieniu powyższych poprawek widzimy, że stosunki na prowincji lubelskiej idą tuż za najlepszą prowincją krakowską, natomiast przed Galicją i Warszawą. Uderzająco wysoka jest zwłaszcza ilość osób przypadających na jednego lekarza prowincji okręgu warszawskiego, a ma to swoje źródło w tym, że — jak to widoczne z tabeli 5. — podczas kiedy ogólna ilość mieszkańców tego okręgu wynosi 3 234 540 osób, z czego na prowincję przypada 2 009 540 osób, t. j. 62,1 %, to z 3380 lekarzy okręgu warszawskiego osiedlonych jest na prowincji tylko 451 osób, t. j. 13,6 %.

Jeżeli teraz przypatrzymy się bliżej stosunkom w miastach Generalnego Gubernatorstwa

# Ärzte und Bevölkerung im Generalgouvernement

auf dem Lande und in den Städten. Prozentuales Verhältnis

## Lekarze i ludność Generalnego Gubernatorstwa

na prowincji i w miastach. Stosunek procentowy

Distrikt Okręg		Einwohner mieszkańcy		Ärzte lekarze		Einwohner auf 1 Arzt mieszkańców na 1 lekarza
		Zahl — ilość	%	Zahl — ilość	%	
Krakau Kraków	Gesamt — razem	3 932 919	100,0	1823	100,0	2157
	Land — prowincja	3 552 919	90,3	1054	57,7	3437
	Stadt — miasto	380 000	9,7	769	42,3	494
Warschau Warszawa	Gesamt — razem	3 234 540	100,0	3380	100,0	957
	Land — prowincja	2 009 540	62,1	451	13,6	4455
	Stadt — miasto	1 225 000	37,9	2929	86,4	418
Radom	Gesamt — razem	2 881 810	100,0	636	100,0	4531
	Land — prowincja	2 611 810	90,6	361	56,8	7234
	Stadt — miasto	270 000	9,4	275	43,2	964
Lublin	Gesamt — razem	2 334 362	100,0	575	100,0	4059
	Land — prowincja	2 219 362	95,8	447	77,7	4965
	Stadt — miasto	115 000	4,2	128	22,3	896
Galizien Galicja	Gesamt — razem	4 731 950	100,0	2113	100,0	2238
	Land — prowincja	4 370 649	92,3	1201	56,7	4792
	Stadt — miasto	361 301	7,7	902	43,3	301
Generalgouvernement Gen. Gubernatorstwo	Gesamt — razem	17 115 581	100,0	8527	100,0	2007
	Land — prowincja	14 764 250	86,3	3225	37,9	4578
	Stadt — miasto	2 351 331	13,7	5302	62,1	443

Tabelle — Tabela 7

# Ärzte und Bevölkerung im Altreich

auf dem Lande und in den Städten. Prozentuales Verhältnis

## Lekarze i ludność w dawnej Rzeszy

na prowincji i w większych miastach. Stosunek procentowy

Gebiet Obszar		Einwohner mieszkańcy		Ärzte lekarze		Einwohner auf 1 Arzt mieszkańców na 1 lekarza
		Zahl — ilość	%	Zahl — ilość	%	
Altreich dawna Rzesza	Gesamt — razem	69 460 000	100,0	59 454	100,0	1162
	Land — prowincja	45 891 567	66,1	41 875	70,4	1096
	Städte*) — miasta	23 568 433	33,9	17 579	26,6	1341

\*) mit über 50 000 Einwohnern — ponad 50 000 mieszkańców.

natorstwa, t. j. odcinkowi c) tabeli 5., to widzimy, że przeciętna dla całego Gubernatorstwa wynosi tu 443 osób na jednego lekarza. Od tej przeciętnej niewiele różni się Kraków z Przemyślem i Warszawą, gorsze są stosunki w Lublinie i większych miastach okręgu radomskiego, najkorzystniejszy wskaźnik mają miasta galicyjskie Lwów i Stanisławów, gdzie przypada tylko 301 osób na jednego lekarza. Dlaczego? Bo, jak to wyjaśnia tabela 6. przy ogólnej ilości 4 731 950 mieszkańców okręgu lwowskiego, na prowincję przypada 4 370 649 osób, t. j. 92,3 %, a na miasta Lwów i Stanisławów tylko 361 301, t. j. 7,7 % ogólnej ilości, podczas gdy z ogólnej ilości 2113 lekarzy tegoż okręgu osiedlonych jest we Lwowie i Stanisławowie 1201 t. j. 56,7 %, a zatem ponad połowa. Przypomnę tu ponadto Czytelnikom, że wśród lekarzy tego okręgu ponad 50 % stanowią Żydzi.

Rozważając ostateczne wyniki badań statystycznych co do rozmieszczenia lekarzy w Generalnym Gubernatorstwie po miastach i prowincji, musi się dojść do przekonania, że stosunek obu tych przeciętnych jak 1 : 10 (bo na prowincji przypada przeciętnie na lekarza 4579 osób, natomiast w większych miastach tylko przeciętnie po 443, zatem na prowincji 10 razy więcej niż w miastach), jest ogromnie rażący i niezdrowy. Uwydatnia się to zwłaszcza wybitnie, jeżeli stosunki pod tym względem w Generalnym Gubernatorstwie porównamy ze stosunkami w Rzeszy, co nam umożliwiła zamieszczona obok tabela 7. Dane co do ilości mieszkańców i lekarzy w ogóle odnośnie do dawnej Rzeszy (Altreich), podane są tam wedle publikacji z czasopisma „Deutsches Ärzteblatt“ zeszyt Nr. 26 z 29. 5. 1940, zaś ilość mieszkańców i lekarzy w miastach ponad 50 000 mieszkańców na podstawie publikacji Wydziału: Rejestr Lekarzy Związku Kas Chorych Rzeszy (Abteilung Reichsregister der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands) z r. 1937.

Z tabeli tej widzimy jak wzorowo, prawidłowo przeprowadzone jest rozmieszczenie lekarzy po miastach i na prowincji w Rzeszy. Kiedy bowiem ludność większych miast Rzeszy wynosi 66,1 % ogółu, to mamy tam równocześnie 70,4 % ogółu lekarzy, tak, że na 33,9 % ludności większych miast przypada 29,6 % ogółu lekarzy. Nie tylko zatem nie ma mowy o jakimś niedoborze lekarzy na prowincji, ale wprost przeciwnie, na prowincji istnieje tam nawet pewna nadwyżka. Mieszkaniec prowincji w Rzeszy ma zatem ze względu na ilość lekarzy większą nawet gwarancję znalezienia w razie potrzeby szybko pomocy u właściwego lekarza, aniżeli ludność większych miast. Ponieważ jednak lekarze prowincjonalni rozmieszczeni są na znacznie większym obszarze aniżeli miejscy, wyrównuje się możliwość wezwania na czas pomocy lekarskiej na wsi z taką możliwością w mieście. Dla

nas z naszym zaopatrzeniem siłami lekarskimi prowincji 10-kroć gorszym od stosunków w większych miastach jest ten stan w Rzeszy idealnym w zorem, do którego zrealizowania wszelkimi siłami dążyć powinniśmy.

Zagłębiając się w cyfry powyższe, zdawać sobie musimy sprawę, że jeżeli się chce podnieść zdrowotność ludności Generalnego Gubernatorstwa, to zacząć to należy od ludności prowincjonalnej w pierwszym rzędzie wiejskiej, a pierwszym krokiem na tej drodze to podniesienie ilości lekarzy na prowincji.

Nie obcą była ta troska rządowi polskiemu w ostatnich latach przed wojną, a wyrazem tego była ogłoszona w dniu 30. lipca 1938 ustawa o zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr. 57, poz. 4490), tj. nowela do art. 3. ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Artykuł ten określa warunki uzyskania prawa stałego wykonywania praktyki lekarskiej i podczas kiedy dotychczas do uzyskania tego prawa potrzeba było: a) być obywatelem państwa polskiego, b) posiadać dyplom lekarski, wydany przez uznany jeden z wydziałów lekarskich uniwersytetów w państwie polskim, c) odbyć jednoroczną praktykę szpitalną po uzyskaniu dyplomu lekarskiego, — to nowela ta wprowadziła jeszcze warunek nowy d) zamieszkanie przez dwa lata i wykonywanie praktyki lekarskiej w gminach wiejskich lub miastach, liczących poniżej 5.000 mieszkańców, których spis ustali Minister Opieki Społecznej, albo pozostawania przez 5 lat w czynnej służbie wojskowej, lub też w końcu zajmowanie przynajmniej przez 5 lat stanowiska i oddawanie się studiom teoretycznym lub praktycznym na jednej z klinik bądź zakładów uniwersyteckich, w Państwowym Zakładzie Higieny, albo w szpitalach wyznaczonych przez Ministra Opieki Społecznej, przy czym przepis tej noweli nie ma zastosowania do lekarzy zapisanych na listę członków Izby Lekarskiej przed dniem 1. 4. 1939.

Aby kandydatom lekarskim umożliwić dopełnienie powyższego warunku, wprowadza ta nowela równocześnie postanowienie, że przed dopełnieniem tego warunku uzyskać można prawo tymczasowego wykonywania praktyki lekarskiej, prawo to jednak gaśnie po upływie lat 5 od chwili uzyskania go i wtedy można już starać się tylko o stałe prawo praktyki, wykazując wypełnienie wszystkich warunków, a zatem i warunku dwuletniej praktyki prowincjonalnej, przez nowelę wprowadzonego.

Stan prawny wprowadzony powyższą nowelą jest zatem taki: Po uzyskaniu dyplomu lekarskiego i odbyciu jednorocznej praktyki szpitalnej, uzyskuje le-

karz tymczasowe prawo wykonywania praktyki lekarskiej, ważne na lat pięć. W tym czasie musi on przez dwa lata zamieszkiwać i wykonywać praktykę na prowincji. Ażeby jednak młodych lekarzy, zamierzających poświęcić się służbie wojskowej, lub też pracy naukowej nie odrywać od ich powyższych zajęć, uwalnia ich nowela od obowiązku praktyki prowincjonalnej, postanawiając, że zamiast tego muszą oni pełnych pięć lat być w czynnej służbie wojskowej, lub oddawać się studiom w klinikach albo zakładach uniwersyteckich.

Powyższy czas praktyki prowincjonalnej może sobie lekarz ułożyć dowolnie, t. j. zaraz po roku praktyki szpitalnej, czy też w ostatnim okresie pięcioletnia tymczasowego prawa. W każdym razie z upływem 5 lat od uzyskania tymczasowego prawa, praktyka prowincjonalna powinna być ukończona, gdyż w przeciwnym razie tymczasowe prawo wykonywania praktyki gaśnie i lekarz dopuszczając do tego, że stracił prawo tymczasowe, traci też możliwość starania się o stałe prawo, a zatem zawodu lekarskiego już nigdy wykonywać nie może.

Rzecz była zatem przemyślana zupełnie dobrze i tą drogą byłoby się niewątpliwie wiele młodych sił lekarskich (obowiązywać to miało lekarzy wpi-

sanych w Izbach Lekarskich po 1. 4. 1939) na prowincję skierowało. Wielu byłoby zapewne po odbyciu praktyki prowincjonalnej do większych miast wróciło, zwłaszcza tych, którzy pragnęliby i mieliby warunki ku temu, aby szkolić się dalej w pewnym kierunku i doprowadzić do uzyskania wiadomości i praw specjalisty. Wielu jednak, spędziwszy dwa lata na prowincji, zadomowiwszy się tam, zapoznawszy bliżej ze stosunkami małomiasteczkowymi i wiejskimi, pozyskawszy sobie już dość poważną ilość pacjentów, urobiwszy sobie odpowiednią wziętość, byłaby już niewątpliwie na stałe tam pozostała. I to właśnie miał na celu niewątpliwie ustawodawca, wprowadzając omawianą wyżej nowelę.

Niestety nowela ta nie została wprowadzona w życie, gdyż rozporządzenie wykonawcze ministra Opieki Społecznej, mające ustalić te miejscowości poniżej 5000 mieszkańców, które miały być objęte praktyką prowincjonalną, do chwili wybuchu wojny polsko-niemieckiej nie zostało wydane. Problem skierowania prądu nowych sił lekarskich przede wszystkim na tak potrzebującą opieki i pomocy lekarskiej wieś i do małych miasteczek, pozostał i nadal otwarty i czeka na swe rozwiązanie w taki czy inny sposób.

## Stanowisko i zadania lekarza Ubezpieczalni Społecznej

Napisał: *Dr. Marian Ciećkiewicz*, lekarz naczelny Ubezpieczalni Społ., Kraków

Zgodnie z przepisami o organizacji lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych, stanowi lekarz domowy samodzielną komórkę Ubezpieczalni w zakresie świadczeń wynikających z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa. Do jego obowiązków należy stwierdzenie uprawnień ubezpieczonych do świadczeń leczniczych, działalność lecznicza w zakresie przeważnej części zachorzeń, wreszcie działalność zapobiegawcza.

Aby stwierdzić uprawnienia ubezpieczonych do świadczeń leczniczych, lekarz musi posiadać znajomość ustawodawstwa społecznego.

Działalność lecznicza lekarza wymaga nie tylko przygotowania zawodowego, lecz jako sztuka lekarstwa wymaga również talentu. Talentu, t.j. zdolności wyciągania właściwych wniosków z danych uzyskanych przy badaniu chorego, zręczności w wykonywaniu zabiegów leczniczych u chorego i umiejętności uzyskiwania wpływu na psychikę chorego nie potrafią zastąpić nawet najnowsze zdobycze techniki lekarskiej i najbardziej nowoczesne aparaty lecznicze. Lekarz pozbawiony tej zdolności, bez właściwego podejścia do chorego będzie zawsze miernym lekarzem i będzie się różnił od zdolnego lekarza tak, jak różni się rzemieślnik rzeźbiarz od artysty rzeźbiarza.

Działalność profilaktyczna lekarza wymaga od niego przygotowania w dziedzinie higieny i medycyny społecznej.

Jako podstawowa i samodzielna komórka organizacyjna, musi lekarz domowy znać doskonale przepisy ustawowe oraz aktualne zarządzenia Ubezpieczalni Społecznej. Wówczas dopiero może on nie tylko stwierdzić uprawnienia ubezpieczonego do świadczeń, lecz nadto może udzielić każdemu choremu wyczerpujących wyjaśnień we wszystkich wątpliwych sprawach łączących się z uzyskaniem świadczeń ze strony ubezpieczeń społecznych.

Lekarz domowy musi znać doskonale zakres osób uprawnionych do świadczeń z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby oraz zakres samych świadczeń, które im przysługują. Najczęściej leczy on prócz ubezpieczonych i ich rodzin t.j. małżonków i dzieci do lat 15-tu, członków bratnich Ubezpieczalni, na podstawie pisemnych zleceń Ubezpieczalni, przedłożonych przez nich przy pierwszej wizycie chorego. Zlecenie to zawiera zwykle okres swej ważności. O ile leczenie ma się przedłużyć poza ten okres, winien lekarz domowy postawić odpowiedni wniosek i skierować go do Działu Świadczeń Ubezpieczalni, która przeprowadzi w tej sprawie korespondencję

z bratnią Ubezpieczalnią. Oczywiście w nagłych wypadkach lekarz domowy udziela porad członkom bratniej U. S. również bez ważnego przekazu, jednak winien to zgłosić w Dziale Świadczeń, który zażąda przekazu na leczenie. Prócz członków bratniej U. S. lekarz domowy udziela porad lekarskich inwalidom wojennym, których każde pierwsze objęcie w leczenie musi być zgłoszone na właściwym druku w Urzędzie Opieki nad Inwalidami. Prócz inwalidów wojennych leczy lekarz domowy rencistów Funduszu Ubezpieczenia pracowników umysłowych i robotników na podstawie indywidualnego przekazu Ubezpieczalni Społecznej. Leczenie tych chorych jest zwykle ograniczone tylko do cierpień, które są przyczyną niezdolności do pracy tych osób i winno się obracać w tych granicach. Po upływie każdego miesiąca lekarz domowy zwraca do Wydziału Świadczeń kopie kart choroby z kopiami wydanych recept tych osób, celem przeprowadzenia rozrachunku za leczenie.

W związku z leczeniem chorego lekarz domowy jest obowiązany przechowywać u siebie i prowadzić karty zachorowań każdego zgłaszającego się o pomoc lekarską chorego. Te karty choroby winny być prowadzone w ten sposób, aby zawierały nie tylko istotne dane uzasadniające rozpoznanie oraz przebieg leczenia, lecz nadto wszystkie dane dotyczące wyników przeprowadzonych badań dodatkowych. Ponadto z karty choroby powinno niedwuznacznie wynikać, w jakim okresie chory był niezdolnym do pracy oraz jaki okres spędził w szpitalu lub w sanatorium. Karta choroby jest dokumentem ważnym, gdyż na tych notatkach lekarza opiera się później przyznanie względnie odmowa roszczeń ubezpieczonego o zasiłek chorobowy, o rentę wypadkową itp.

W karcie choroby winno być wszystko to, co ma znaczenie dla sprawy, szczególnie niejasne zdarzenia, które później mogą być podciągane pod „wypadek przy pracy“, opisane winny być możliwie ściśle z uwzględnieniem anamnezy i stwierdzonych przez lekarza objawów chorobowych. Szczególnie dokładnie należy prowadzić notatki we wszystkich zatruciach, krwotokach wewnętrznych, udarach, porażeniach a nawet zgonach zaszłych w czasie pracy, gdyż w razie niezdolności do pracy lub śmierci rodzina zmarłego zawsze będzie się starać o rentę wypadkową, a tym samym nawet śmierć z przyczyn naturalnych usiłuje podciągnąć pod „wypadek w pracy“.

Lekarz domowy winien posiadać u siebie tylko tyle kart chorobowych, ile ubezpieczonych i innych uprawnionych osób zamieszkuje na terenie jego działalności. W osobnej tece winien przechowywać karty chorobowe tych osób, które znajdują się u niego obecnie w leczeniu, aby jak najszybciej bez niepotrzebnej straty czasu w czasie następnej porady mieć już kartę chorego przygotowaną. Karty chorobowe osób, które nie zasięgały w ciągu ostatniego roku porady lekarskiej, winny z końcem roku być zdeponowane w archiwum kart chorobowych Ubezpieczalni, skąd na żądanie w razie zgłoszenia się chorego lekarz mógłby ją w każdej chwili znowu otrzymać. Na okładce w karcie choroby winien lekarz zanotować generalia i aktualny adres chorego, dane o warunkach domowych, mieszkaniowych i o rodzaju pracy chorego, ponieważ dane te stanowią mogą dla lekarza ważną wskazówkę przy ustaleniu rozpoznania, a dla Lekarza Naczelnego względnie dla

Ubezpieczalni Społecznej bogaty materiał dla opracowania akcji profilaktycznej.

Lekarz domowy udziela świadczeń leczniczych ubezpieczonym, a raczej wszystkim osobom uprawnionym do leczenia w Ubezpieczalni Społecznej w formie porad i zabiegów lekarskich wykonywanych w gabinecie lekarza, ponadto musi on odwiedzać również osoby obłożnie chore w domu. Tylko nieznaczny odsetek osób, więcej w miastach niż na prowincji, może być skierowanych do leczenia specjalistycznego, które jest dostatecznie rozbudowane tylko w większych skupieniach ubezpieczonych. Lekarz domowy leczy więc zasadniczo wszystkie cierpienia wchodzące w zakres ogólnej praktyki lekarskiej. Przesyłanie więc do specjalistów chorych z rozpoznaniem „świerzb“, „neurastenia“ itp. nie powinno mieć miejsca.

Lekarz domowy jest obowiązany przeprowadzać w swym gabinecie najprostsze badania rozpoznawcze, a więc analizę jakościową moczu oraz wykonywać wszelkie zabiegi lecznicze, wchodzące w skład praktyki lekarza ogólnie praktykującego: zastrzyki, opatrunki itd. Przesyłanie osób, którym lekarz zalecił iniekcje do innego lekarza celem ich wykonania, nie powinno mieć w Ubezpieczalni Społecznej miejsca.

Każdy lekarz domowy przepisuje uprawnionym do świadczeń leki i środki opatrunkowe i w tym względzie musi się ściśle stosować z jednej strony do obowiązującego lekospisu, z drugiej strony do aktualnych zarządzeń Lekarza Naczelnego, na które szczególnie obecnie winien zwracać baczność uwagę. Lekarze zamieszkali na prowincji oraz na peryferii większych ośrodków winni posiadać również apteczki domowe, tak zwane „punkty rozdawnictwa leków“. Wydając jednak choremu lek z apteczki lub receptę do apteki U. S. lekarz domowy winien pamiętać, że nie każda porada lekarska musi być uwieńczona wręceniem choremu recepty, że w wielu przypadkach udzielenie choremu porady, względnie zapewnienie go o bezpodstawności obaw o jego zdrowie, może odnieść lepszy skutek, aniżeli zastosowanie całej serii tak modnych dzisiaj iniekcji. Oczywiście u chorych z konstytucją neuropatyczną, którzy chcą, lubią a w ubezpieczeniu chorobowym także umią się leczyć, tego rodzaju wytłumaczenie może nie osiągnąć pożądanego rezultatu, zwłaszcza gdy chory niezadowolony z odmowy lekarza domowego, trafia do lekarza prywatnego, który chętnie i troskliwie aplikuje mu szereg kosztownych, a czasem mało skutecznych specyfików. Tego rodzaju chory, którzy przychodzą do lekarza domowego uzbrojeni w recepty prywatnych lekarzy, którzy „lepiej poznali się na ich chorobie“, są istną plagą lekarzy U. S. Tylko dokładne i sumienne zbadanie chorego może uchronić lekarza domowego od jakichkolwiek zarzutów tych chorych. Inicjatywa lekarza domowego w kierunku zrobienia narady lekarskiej z drugim lekarzem, skierowanie chorego do specjalisty lub do badań dodatkowych, a nawet w pewnych wypadkach do obserwacji szpitalnej może zaspokoić pretensje nawet osobnika neuropatycznego, którymi tenże w razie niezadowolenia obarcza później nie tylko lekarskie lecz nawet i administracyjne czynniki U. S.

W przypadkach, w których lekarz domowy ma mimo zarządzenia badań dodatkowych jeszcze pewne wątpliwości co do rozpoznania choroby, lub co do sposobu leczenia obłożnie chorego, winien on wezwać na naradę sąsiedniego lekarza domowego lub właści-

wego specjalistę. Nie potrzebuję dodawać, że tego rodzaju badanie chorego przez specjalistę winno się zawsze odbywać w obecności lekarza domowego, który wezwał specjalistę na poradę.

Jeżeli chodzi o trudności rozpoznawcze, względnie lecznicze u osoby, która zasięga porady w gabinecie lekarza domowego, to tenże może skierować chorego do właściwego specjalisty, który przesyła lekarzowi domowemu swoje rozpoznanie a w razie objęcia go w leczenie przebieg leczenia na właściwym druku. Przesyłając chorego do specjalisty, winien lekarz domowy zdać sobie przede wszystkim sprawę z tego, czego od niego wymaga, to jest, czy chodzi mu w danym przypadku o ustalenie rozpoznania, czy też o sposób leczenia chorego. W każdym jednak przypadku winien lekarz domowy pokusić się o próbę własnego rozpoznania, gdyż to dopiero pozwoli mu wzbogacić jego doświadczenie lekarskie.

Przesyłając chorego do zakładów rozpoznawczych, winien lekarz wykorzystać do tego celu istniejące w Ubezpieczalni druki, które mu pracę ułatwiają. Kierując chorego do pracowni analitycznej oraz przesyłając pobrany od chorego materiał, winien go tak opakować, aby w czasie drogi materiał nie uległ zniszczeniu. Lekarz domowy musi pamiętać, że pracownia analityczna jest powołaną tylko do stwier-

dzenia faktu, a nie do wyciągania jakichkolwiek wniosków rozpoznawczych. Wynik badania może stanowić tylko część, czasem rozstrzygającą nawet, ale tylko część innych badań klinicznych i obserwacji chorego, czego lekarz nie może nigdy zaniedbać. Na podstawie jednego ujemnego wyniku badania nie może on wykluczyć możliwości pewnej choroby i musi sobie zdawać sprawę z granic skuteczności metod bakteriologicznych, rentgenologicznych i elektrokardiografii. W wypadkach wątpliwych, gdy wynik badań bakteriologicznych, lub innych nie pokrywa się z oceną kliniczną chorego, należy zarządzić ponowne badania dodatkowe.

W razie konieczności stosowania leczenia w zakładzie przyrodoleczniczym lekarz domowy kieruje chorego do zakładu przyrodoleczniczego z rozpoznaniem choroby, oraz proponowanym leczeniem. Decyzję jednak ostateczną co do jakości i ilości zabiegów leczniczych może wydać tylko kierownik Zakładu, który po ukończonym leczeniu zawiadamia lekarza o wyniku leczenia. Przesyłanie tego chorego wkrótce po ukończonej kuracji po raz drugi do Zakładu przyrodoleczniczego oraz ponowne kierowanie tamże chorego odesłanego z powrotem do lekarza domowego bez poprawy, nie powinno mieć miejsca. (C. d. nastąpi)

#### NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY

w Krakowie

na dzień 11. X. 1942

##### Lekarze ogólni:

Lek. Gąsiorowski Stanisław, Siemiradzkiego 5  
Lek. Gebauerowa Maria, Starowiślna 93  
Dr. Gedl Edgar, Biskupia 5  
Dr. Gergovich Helena, Biskupia 11  
Dr. Gerhardt Andrzej, Kasprowicza 12  
Dr. Gernand Franciszek, Kalwaryjska 53  
Dr. Gęsikowski Ignacy, Blich 4  
Lek. Gibiński Kornel, Madalińskiego 11/4  
Dr. Gocki Roman, Westring 35

##### Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Rychliński Wacław, Al. Słowackiego 97  
Dr. Skałba Henryk, Prażmowskiego 17  
Dr. Solarski Julian, Prażmowskiego 33

##### Lekarze chorób dziecięcych:

Dr. Stawiarska Gabriela, Pierackiego 17  
Dr. Szenic Marian, Starowiślna 35

##### Chirurdzy:

Dr. Ogarek Ludwik, Wyspiańskiego 29  
Lek. Okoński Zdzisław, Kalwaryjska 53

##### Dermatolog:

Dr. Stypowa Róża, Zyblikiewicza 5

##### Neurolog:

Dr. Marxen Kazimiera, Grzegórzecka 19

##### Lekarze dentyści:

Dr. Drozdowski Jerzy, Potockiego 5  
Lek. Ambroszkiewicz Karol, Mikołajska 6  
Lek. Jaśkiewicz Jan, Karmelicka 19  
Lek. Rucińska Morgulec Maria, Zielona 28

##### Uprawniony technik dentystryczny:

Martynowska Maria, Pańska 6

#### NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY

w Krakowie

na dzień 18. X. 1942

##### Lekarze ogólni:

Dr. Goliński Jan, Pawia 8  
Dr. Gólski Stanisław, Basztowa 16  
Lek. Górka Mieczysław, Dominikańska 1  
Dr. Gürtler Wojciech, Al. Słowackiego 6  
Lek. Gina Jerzy, Stolarska 11  
Lek. Hanak Józef, Kołataja 11  
Lek. Hanasiewicz Krystyna, Zielona 19  
Lek. Horak Alicja, Markusstrasse 18  
Lek. Hrycaj Anatol, Zyblikiewicza 5

##### Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Staszkowski Jan, Rynek Podgórski 9  
Dr. Stępowski Bronisław, Batorego 7  
Dr. Strzemeska Zofia, Długa 6

##### Lekarze chorób dziecięcych:

Dr. Chudoba Antoni, Starowiślna 18  
Dr. Ciosłowski Józef, Szlak 16 a.

##### Chirurdzy:

Dr. Redelbach Tadeusz, Krowoderska 61  
Lek. Spławiński Jan, Mazowiecka 9

##### Dermatolog:

Dr. Weber Henryk, Floriańska 9

##### Neurolog:

Dr. Schebesta Adam, Śląska 9

##### Lekarze dentyści:

Dr. Fiut Julian, Sławkowska 24 a.  
Lek. Brodkiewiczowa Zofia, Wielopole 6  
Lek. Chadzijekw Donczo Iliew, Lelewela 17  
Lek. Małyszczuk Jadwiga, Bandurskiego 6

##### Uprawniony technik dentystryczny:

Piżl Stanisław, Powiśle 2