



BULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Nr 3

LIST OTWARTY MŁODYCH LEKARZY ŚRODOWISKA GŁOGOWSKIEGO DO DELEGATÓW DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Środowisko lekarskie — w dotychczasowej opinii społecznej — zepsute, skorumpowane, niedouczzone; a w swojej własnej — źle opłacane, pozbawione prestiżu, szykanowane przez środki masowego przekazu, było w większości bierne społecznie i politycznie. Lekarze pozbawieni możliwości decydowania o sobie, przemęczeni nadmierną pracą, rozżaleni, duszący w sobie nikomu niepotrzebne ambicje, zobaczyli w zmianach zachodzących w kraju oraz w reaktywaniu izb lekarskich iskry nadziei. Izby lekarskie we wspomnieniach starszych i marzeniach młodych to symbol prestiżu zawodu lekarza — zawodu elitarnego, w dobrym tego słowa znaczeniu. Rodzi się nadzieja, że znów możemy się stać zawodem ludzi wybranych. Nadzieja, że etyka zawodowa, uczciwość, odpowiedzialność, pracowitość, chęć zdobywania wiedzy, a jednocześnie pokora wobec niej będą się liczyć, a nie wzbudzać śmieszność.

Mamy już izby lekarskie. Oczekujemy, że wyciągną one środowisko lekarskie z wszechogarniającego marazmu.

W imieniu młodych lekarzy apelujemy do izb lekarskich:

1. Pilnie potrzeba nam autorytetów fachowych i moralnych, budzących szacunek i po-

**PRAGNIEMY
RZETELNOŚCI**

dziw młodych lekarzy. Ordynatorów mądrych, z bogatą wiedzą medyczną, szukających wciąż nowych rozwiązań, stale doksztalających się, ale jednocześnie pokornych wobec osiągnięć medycyny.

2. Pragniemy rzetelnej, mądrej, surowej ale i życzliwej oceny naszej pracy, zdolności, umie-

jętności i predyspozycji zawodowych. Chcemy znać swoją wartość, odczuwać ją moralnie i finansowo. Prawda o nas choćby przytkra, ale płynąca z troski o nasze kwalifikacje i życzliwie podana, będzie dopingować nas do ustawicznego doskonalenia wiedzy i umiejętności.

3. Chcemy rozmawiać o błędach lekarskich naszych i naszych przełożonych — niemożliwych do uniknięcia w naszym zawodzie.

Wierzmy, że analizowanie ich w atmosferze życzliwości pozwoli uniknąć ich w przyszłości.

Nasze pytania, uwagi, wątpliwości, nie mogą być odbierane jako podważanie autorytetu, ale ten autorytet wzmacniać przez rzeczowe, poparte argumentami naukowymi wyjaśnienia.

4. Potrzeba nam szacunku wobec samych siebie. W czasach kiedy zrobiono tak wiele by nas poróżnić, musimy nauczyć się wyjaśniać, przekonywać ale i słuchać argumentów.

5. Chcemy aby o nas mówiono wśród nas. Niech już nigdy zawód lekarza tyle nie ucierpi pod pręgierzem opinii społecznej. Nauczmy się

Dokończenie na str. 2

Składki w samorządzie lekarskim

Podstawowym warunkiem prawidłowego wykonywania licznych zadań samorządu lekarskiego jest jego niezależność od czynników zewnętrznych — fundament ustawy o izbach lekarskich.

Realizacja zasady niezależności wymaga, aby samorząd lekarski był oparty przede wszystkim na własnych źródłach finansowania, z których w obecnej, organizacyjnej fazie najważniejsze są składki członkowskie.

Izby lekarskie przyjmują szereg funkcji wykonywanych dotychczas przez organy administracji państwowej. Należą do nich m.in. stwierdzenie prawa wykonywania zawodu, prowadzenie ewidencji lekarzy, sprawowanie sądownictwa lekarskiego i in. Koszty wykonywania tych funkcji — zgodnie z zapisem ustawowym — będą nadal ponoszone przez budżet państwa. Urzędy wojewódzkie obowiązane są do przydzielenia izbom lekarskim lokali biurowych i ich wyposażenia technicznego oraz udziału w kosztach eksploatacji.

Mimo udziału środków państwowych w finansowaniu realizacji części zadań samorządowych większość wydatków przeznaczonych na organizację działalności samorządowej w tym: zjazdów lekarskich, zebrań organów izb, komisji i zespołów, ochronę zawodu, pomoc materialną dla potrzebujących jej lekarzy w kraju i za granicą, współdziałanie w formułowaniu celów i sposobów kształcenia lekarzy, wydawnictwa, wreszcie bieżące koszty funkcjonowania biur

okręgowych izb lekarskich muszą pochodzić ze środków własnych.

Naczelna Rada Lekarska przystępując do ustalenia wysokości składki członkowskiej miała z jednej strony świadomość trudnej sytuacji materialnej polskich lekarzy, zwłaszcza najmłodszych i weteranów zawodu, a z drugiej — konieczność pokrycia niezbędnych wydatków na funkcjonowanie samorządu przy zachowaniu zasad oszczędności i racjonalności.

Wyrazem odpowiedzialnego stosunku Naczelnej Rady Lekarskiej do tej sprawy było omawianie projektu uchwały dotyczącej składki na obu dotychczasowych posiedzeniach w dniach 18 grudnia 1989 r. i 30 stycznia 1990 r. oraz upoważnienie Prezydium Naczelnej Rady do ostatecznego sformułowania niektórych szczegółów tekstu po dalszych konsultacjach ze specjalistami. Tekst uchwały zamieszczony został w numerze „Służby Zdrowia”.

W toku opracowywania uchwały o składkach Naczelna Rada Lekarska uwzględniła głosy w dyskusji na zebraniach wyborczych, zjazdach lekarskich i na I Krajowym Zjeździe Lekarzy. Realizując zgłoszone wówczas propozycje zwolniono od obowiązku płacenia składki nie pracujących emerytów i rencistów, lekarki w czasie urlopów wychowawczych oraz wszystkich lekarzy w okresie pierwszego roku pracy.

Składka dla pozostałych lekarzy wykonujących zawód w uspołecznionych zakładach pracy,

Dokończenie na str. 2

(Skrócona informacyjna wersja robocza z dnia 30.04.1990 przygotowana na posiedzenie Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 4.05.1990)

Dokument ten jest formą roboczej informacji o aktualnie osiągniętym postępie prac nad reformą systemu opieki zdrowotnej. Coraz wy-

REFORMA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

rażniej zarysowującej się kryzys w leczeniu zmusza do przyspieszenia prac nad reformą. Świadczą o tym:

- pogarszające się wskaźniki zdrowia polskiego społeczeństwa (wzrost częstości chorób układu krążenia, nowotworowych, zatruc i wypadków, chorób zakaźnych),
- pogłębienie się niezadowolenia społeczeństwa z jakości świadczeń zdrowotnych (ograniczona dostępność świadczeń, formalistyczne traktowanie pacjentów, zła jakość pomocy medycznej, naruszanie zasad etyki zawodowej i reguł dyscypliny zawodowej),
- ostre narastanie niezadowolenia samych

Dokończenie na str. 3

Według najświeższych informacji dochody lekarzy uzyskane w 1990 roku z racji pełnienia dyżurów całonocnych w placówkach służby zdrowia zostają wyłączone z kwoty objętej podatkiem dochodowym.

PRAGNIEMY RZETELNOŚCI

Dokończenie ze str. 1

bronieć autorytetu lekarza, w naszym środowisku, przed personelem średnim i niższym. Musimy jednak pamiętać, że obrona dobrego imienia wymaga od nas wiarygodności i odpowiedzialności, że każdego kto na to dobre imię nie zasługuje, wykluczmy sami z naszego grona.

Odrodzenie izb lekarskich przypada na czasy niełatwe. Izby uwikłane są dziś w rozliczanie dawnych kadr kierowniczych i administracyjnych, reformowanie służby zdrowia. Czasami zapominamy, że pojęcie służba zdrowia to wymysł systemu, z którym mamy nadzieję się rozstać. Pacjent bowiem nie idzie leczyc się do służby zdrowia, ale do lekarza. Wierzy, że to on oceni jego stan zdrowia, postawi diagnozę, zaordynuje leczenie i dopilnuje jego wykonania przez właściwie przygotowany personel: pielęgniarki, laborantki i salowe. To lekarz jest głową całego procesu leczenia.

Niech więc wśród tego ogromu dobrych chęci i pracy, nie ujdzie uwadze izb lekarskich szeroko rozumiany interes lekarzy, bo może okazać się, że tej zreformowanej opiece zdrowotnej zabraknie głowy. Ekonomicznie zrównani, między sobą skłócenii, bez autorytetów, pozbawieni szacunku lekarze, nie będą ostoją żadnej, nawet najlepszej reformy.

Wobec powyższych zagrożeń, my młodzi lekarze wnioskujemy: Delegaci do izb lekarskich w naszych ZOZ-ach!

1. Spłaszczono siatki płac rozciągajcie. Walczcie o wyższe zaszeregowanie lekarzy, o większe odstępstwa w płacach między salowymi a pielęgniarkami, pielęgniarkami a lekarzami. Choćby to były kwoty dziś symboliczne.

2. Dopominajcie się, aby ustalanie płac i jakiegokolwiek inne ocenianie pracy lekarzy odbywało się tylko w obecności lekarzy, nawet jeżeli to mają być przedstawiciele rady pracowniczej i związków zawodowych.

3. Kandydatów na dyrektorów ZOZ-u szukajcie wśród ludzi z nowym spojrzeniem, nie skażonych dawnymi nawykami. Mądrych, o silnej osobowości, zdecydowanych, konsekwentnych, przedsiębiorczych i mających pomysły na reformy w ZOZ-ach.

4. Zabiegajcie o wsparcie i zaufanie dla nowo wybranego dyrektora. Przeciwdziałajcie hamowaniu jego pomysłów przez radę pracowniczą i związki zawodowe. To on jest gospodarzem i odpowiada za swoje decyzje, rada i związki mają być tylko organem doradczym i interwencyjnym w razie nadużyć.

5. Chronicie stażystów i młodych lekarzy przed pouczeniem przez średni, a czasem niższy personel. Spowodujcie traktowanie ich przez starszych lekarzy jak prawdziwych kolegów po fachu.

6. Niech w zapomnienie pójdą zwroty: „lekarz sobie może dorobić”, „lekarz sobie jakoś poradzi”, „lekarz tylko pisze recepty i zlecenia, a całość pracy wykonują pielęgniarki i salowe”. Przeciwdziałajcie się im.

7. Wobec ludzi skompromitowanych bądźcie bardziej konsekwentni. Doprowadźcie do końca sprawę przynależności do izb, odbierając tę możliwość ludziom, którzy na tytuł lekarza nie zasługują.

W instancjach centralnych izb i w Ministerstwie Zdrowia zabiegajcie o:

1. Przyznanie dyrektorom ZOZ-ów i szpitali szerokich uprawnień.

2. Zniesienie dożywotności funkcji ordynatorów. Apelujcie o ich kadencyjność. Poprawi to ich zaangażowanie w pracy i podniesie poziom naukowy.

3. Jak najszybsze doprowadzenie do wydawania praw wykonywania zawodu przez izby lekarskie.

4. Wspieranie izb pielęgniarskich w ich staraniach o prestiż zawodu pielęgniarki.

5. Zwiększenie funduszy dla opieki zdrowotnej, zwłaszcza dla podniesienia jej poziomu. Wierzymy, że to może być najtrudniejsze, biorąc pod uwagę sytuację w kraju. Chcemy wierzyć, że rząd daje tyle, ile może. Pamiętajmy, że izby lekarskie i nasz rząd — to dzieci tej samej matki — rewolucji, która się dokonała w naszym kraju, i z której wszyscy życzący Polsce dobrze są tak dumni.

OD REDAKCJI

List młodych lekarzy głogowskich odmłodził mnie. Są wspaniałymi entuzjastami uzdrowienia służby zdrowia (sądzę, że nie tylko dolnośląskiej).

Ja, już niemłody lekarz, podzielam Wasze poglądy i oczekiwania, zwłaszcza dotyczące etyki, prestiżu oraz dokształcenia. Słusznie domagacie się „autorytetów fachowych i moralnych”. Ale w jaki sposób wyobrażacie sobie ich znalezienie po czterdziestoletniej ujemnej selekcji.

Minęły czasy autorytetów takich jak: Marciniak, Falkiewicz, Wiktor i inni.

W liście zwracacie się do izb lekarskich. Przecież izba lekarska to my — wszyscy lekarze. Przez Was wybrani delegaci reprezentują nas. Zatem postulaty Wasze dotyczą w znacznym stopniu Was.

Któż np. znajdzie lepszych kandydatów na dyrektorów ZOZ (z ludzi z nowym spojrzeniem, nieskażonych dawnymi nawykami, mądrych) niż Wy, członkowie izby, zrzeszeni w kołach terenowych.

Zdzisław Plamieniak

W odpowiedzi na pytania kolegów lekarzy o aktualny nr konta, na które można wpłacać datki pieniężne zasilające fundusze DIL, podajemy — Bank Gospodarki Żywnościowej, Wrocław nr 893022-9537-132-1.

SPRAWOZDANIE KOMISJI INFORMACYJNEJ

Poinformowano lekarzy wojewódzkich i dyrektorów ZOZ-ów o powstaniu izby lekarskiej.

Wydano 2 numery „Biuletynu Izby Lekarskiej”.

Nawiązano kontakt z telewizją i radiem.

Zorganizowano spotkanie władz Izby z rektorem Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Zorganizowano spotkanie ze studentami NZS Akademii Medycznej w klubie „Bliźniak”.

Włodzimierz Bednorz
Przewodniczący Komisji
Informacji DIL

Składki w samorządzie lekarskim

Ciąg dalszy ze str. 1

po rozważeniu różnych wariantów, ustalona została w wysokości 2% zasadniczego uposażenia w podstawowym miejscu pracy. Uznano, iż jest to dla lekarzy wariant korzystniejszy niż 1% ogółu zarobków.

Szczególnie starannie poszukiwano podstawy dla ustalenia wysokości składki należnej od tych, coraz liczniejszych lekarzy i lekarek, którzy wykonują wyłącznie praktykę prywatną. Większość z nich uiszczając podatki w formie karty podatkowej jest zwolniona od obowiązku rejestracji swoich przychodów, które z tego względu nie mogą być podstawą ustalenia wysokości składki. Odrzucono również ustalenie składki w zależności od kwoty uiszczonych podatków, wybierając w warunkach inflacji wariant skorelowanej wysokości składki z minimalną płacą w gospodarce społecznej, która obecnie wynosi 120 tys. zł miesięcznie. Ostatecznie uchwała stanowi, że lekarze wykonujący wyłącznie praktykę prywatną obowiązani są uiszczać składkę w wysokości 6% minimalnej płacy, tj. obecnie 7.200 złotych miesięcznie, a emeryci i renciści połowę tej kwoty.

Wreszcie lekarze pracujący na kontraktach zagranicznych powinni płacić składki w wymiarze 2% uzyskiwanych zarobków netto.

Regularne płacenie składki członkowskiej jest ustawowym obowiązkiem członków izb lekarskich, podobnie jak członków każdego samorządu zawodowego. Obowiązek ten wynika z art. 35 ust. 1, pkt 9 ustawy o izbach lekarskich, który stanowi, że Naczelna Rada Lekarska ustala wysokość składki członkowskiej. W innych przepisach ustawa ta stwierdza, że Krajowy Zjazd Lekarzy ustala zasady podziału składki członkowskiej (art. 33 pkt 7 ustawy). Zgodnie z uchwałą I Krajowego Zjazdu Lekarzy 80% składki pozostaje w okręgowych izbach lekarskich, a 20% przekazywane jest na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej. W art. 59 ust. 2 pkt 1 ustawa wymienia składki członkowskie na pierwszym miejscu wśród składników funduszy izb lekarskich. Wreszcie art. 61 ustawy stanowi, iż nie opłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściąganiu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Dokończenie na str. 5

pracowników służby zdrowia, spowodowane lekceważącym stosunkiem władz, postępującą pauperyzacją wszystkich grup zawodowych związanych z leczeniem,

- dramatyczne niedofinansowanie infrastruktury, brak sprzętu, urządzeń, leków,
- niewłaściwe rozwiązania organizacyjne, nadmierne rozbudowanie administracyjnej kontroli.

Cechą charakterystyczną obecnego systemu jest brak równowagi między podażą (ilość dostępnych świadczeń) a popytem (ukształtowanym „ceną” świadczeń).

Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa we wszystkich sytuacjach związanych ze zdrowiem stanowi społeczny cel reformy. Osiągnąć to możemy dzięki:

- wprowadzeniu indywidualnej odpowiedzialności lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) za opiekę medyczną nad pacjentami i ich rodzinami,
- ustaleniu trwałych relacji między rodziną a lekarzem POZ i współpracującym z nim zespołem,
- zastosowaniu społecznej kontroli w stosunku do lekarzy (wybór lekarza, analiza wskaźników akceptacji, itd.).

Nowe rozwiązania stworzyć mają lekarzom i innym pracownikom służby zdrowia warunki godnego wykonywania zawodu oraz uzyskiwania wynagrodzeń proporcjonalnych do wartości efektów pracy i na miarę rzeczywistych możliwości społeczeństwa.

W aktualnej sytuacji politycznej wzrost nakładów, zwiększenie dostępności, jakościowy i ilościowy rozwój świadczeń specjalistycznych nie jest możliwy. W związku z tym należy wdrożyć taki system zarządzania, w którym stosowane kryteria efektu zdrowotnego (działania sprawdzone empirycznie jako skuteczne w procesie poprawy stanu zdrowia) wiążą się jednocześnie ze świadomą rezygnacją z kryteriów pełnego zadowolenia pacjentów i pełnej profesjonalnej samorealizacji lekarzy jako celu nadrzędnego.

System ten powinien również nie dopuścić do eksplozji kosztów opieki zdrowotnej zapewniając stabilizację wydatków społeczeństwa na ochronę zdrowia. Musi się on opierać na sprawiedliwości (zwiększenie dostępności grup społecznie upośledzonych i zmniejszenie intensywności korzystania grup nadmiernie uprzywilejowanych) i racjonalności (znaczące zmniejszenie świadczeń specjalistycznych w ogólnej liczbie świadczeń udzielanych pacjentom).

Konieczne jest wzmocnienie kontroli jakości świadczeń, a także promowanie alternatywnych form sprawowania opieki i metod diagnostyczno-terapeutycznych.

Planowany system ubezpieczeń ma stanowić element całościowo określonych ubezpieczeń społecznych. Dla pracodawców i innych podmiotów gospodarki wprowadzenie i ustalenie wysokości składki musi następować w ramach kompleksowej reformy systemu podatkowego. Składka pobierana od pracowników nie powinna zwiększyć ich indywidualnych wydatków ponoszonych na opiekę zdrowotną.

Proponowany model opieki zdrowotnej obejmuje trzy typy ubezpieczeń:

1. powszechne ubezpieczenie zdrowotne organizowane przez państwo,
2. dobrowolne ubezpieczenie alternatywne,
3. cząstkowe (dodatkowe) ubezpieczenie uzupełniające powyższe dwa systemy.

Uczestnictwo w systemie 1 lub 2 byłoby obowiązkowe.

Wprowadza się zasadę domniemania przynależności do ubezpieczenia powszechnego, co oznacza, że najpierw jest udzielone świadczenie, a po jego udzieleniu ustala się zasady odpłatności.

O wyborze rodzaju ubezpieczenia zadecyduje społeczeństwo, a wpłynie na to niewątpliwie przyszły poziom jego zamożności i rozkład dochodów.

Potrzeba ubezpieczeń uzupełniających wynika z przyjęcia zasady, że obowiązkowe ubezpieczenie nie obejmuje wszystkich potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Ideą jaka powinna być wdrożona w zreformowanym systemie jest koncepcja zakresu świadczeń zdrowotnych objętych powszechnym ubezpieczeniem. Opiera się ona na założeniu, że dla zdecydowanej większości przypadków chorobowych można ustalić taki sposób postępowania medycznego, który prowadzi do efektywnej poprawy stanu zdrowia za

REFORMA SYSTEMU

relatywnie niską cenę i tę metodę powinno się włączyć do zakresu bezpłatnie świadczonych usług w ramach powszechnego ubezpieczenia.

Wiąże się to z przygotowaniem listy świadczeń objętych umową ubezpieczenia powszechnego w sytuacjach typowych, ze wskazaniem sposobu określania sytuacji wyjątkowych.

Lista ta musi być efektem negocjacji poprzedzających ostateczną decyzję, podejmowaną pod kontrolą parlamentu.

Przyjęcie reguły zachęcającej lekarzy do stosowania najmniej intensywnych, ale akceptowanych medycznie metod postępowania w danym przypadku medycznym, wiązałoby się z dążeniem do zmiany form aktywności według następujących zasad — promocja i prewencja w miejsce działań naprawczych, opieka ambulatoryjna w miejsce stacjonarnej, opieka podstawowa w miejsce specjalistycznej, opieka pozainstytucjonalna w miejsce instytucjonalnej, opieka nie lekarska w miejsce opieki lekarskiej.

Akceptując w pełni prawo pacjenta do wyboru bardziej mu odpowiadającej, ale droższej metody działań medycznych, przyjmuje się zasadę, że świadczenia spoza zakresu świadczeń objętych umową powszechnego ubezpieczenia są płatne. Podstawowym źródłem ich finansowania powinien być system ubezpieczeń uzupełniających i alternatywnych.

W ramach pozyskiwania środków na ubezpieczenia powszechne powinna obowiązywać zasada ich gromadzenia na szczeblu centralnym w postaci pozabudżetowego funduszu. Podstawowe jednostki terytorialne otrzymują swobodę dysponowania środkami na opiekę zdrowotną (zwłaszcza podział wydatków na różne formy opieki). W obrębie ubezpieczeń alternatywnych dopuszczalna jest dowolna forma gromadzenia i dzielenia środków, przy zachowaniu pełnej odpowiedzialności za prowadzoną gospodarkę finansową.

Budżet państwa powinien subwencjonować ogólnokrajowe programy zdrowotne, wydatki inwestycyjne i zakupy drogiej aparatury, pokrywać koszty kształcenia medycznego oraz badania naukowe i szczególnie ważne dla zdrowia społeczeństwa programy zdrowotne.

Za zorganizowanie opieki zdrowotnej odpowiedzialne są władze samorządowe. Podstawową opiekę zdrowotną organizują we współdziałaniu z organami administracji oraz izbami zawodów medycznych. Jako elementarne składniki zreformowanego systemu traktowane będą:

1. lekarz POZ (samodzielny podmiot uprawnień i obowiązków),
2. jednostka organizacyjna POZ,
3. szpital lub inny zakład służby zdrowia wyodrębniony jako samodzielna struktura,
4. szpital niesamodzielny,
5. jednostki zintegrowane.

Praca lekarzy opieki podstawowej może być zorganizowana w dowolnej formie, również w indywidualnych gabinetach. Powinna być ona wykonywana w zespole obejmującym rejestratorkę i pielęgniarkę, ale wszelkie decyzje co do sposobu organizowania pracy będą pozostawione samodzielnemu lekarzowi POZ.

Szpitalom i innym zakładom powinna być przyznana pełna samodzielność w sposobach zagospodarowania środków, a także w wyborze wewnętrznej struktury organizacyjnej.

Należy wprowadzić instytucje rad nadzorczych wspomagających i kontrolujących sprawność zarządzania. Kontrola jakości działania opieki zdrowotnej spoczywać będzie w rękach organów profesjonalnych. Elementem systemu kontroli powinna być sądowa możliwość dochodzenia racji wszystkich stron zaangażowanych w działanie opieki zdrowotnej.

Dla lekarzy POZ podstawowa część wynagrodzenia (60—80%) będzie zależała od liczby podopiecznych wpisanych na ich listę. Stawka za jednego pacjenta będzie uzależniona od zakresu świadczeń oferowanych przez danego lekarza. Dla pozostałego personelu POZ większą część wynagrodzenia (60—70%) byłaby stała, zależna od wykształcenia i dodatkowych kwalifikacji. Wszyscy pracownicy zakładów służby zdrowia będą partycypować w środkach wygenerowanych dzięki stosowaniu bardziej efektywnych metod pracy i lepszym wykorzystaniu zasobów.

Od 1991 roku możliwe jest wprowadzenie znacznie zliberalizowanych metod gospodarowania zasobami w zakładach służby zdrowia, co powinno pobudzić menadżerską aktywność ich kierowników. Stanowiska kierownicze zostaną udostępnione profesjonalistom spoza zawodów medycznych.

Fundamentalny dla powodzenia proponowanego modelu lekarza rodzinnego musi być rozwiązywany stopniowo. Wiąże się to z ustaleniem wymaganych kwalifikacji, rekrutacją lekarzy gotowych do pracy w takim modelu. Przewiduje się, że do końca 1991 około 1000 lekarzy może pracować w tym systemie. Pełne wdrożenie modelu wymagające około 20 000 lekarzy będzie realne w ciągu 6—8 lat (konieczność zmian w systemie kształcenia).

Natychmiast po zaakceptowaniu zakresu świadczeń objętych umową powszechnego ubezpieczenia możliwe jest rozpoczęcie wdrażania systemu ubezpieczeń uzupełniających i rozwiniętych systemów alternatywnych.

W roku 1991 można będzie już dokonać pełnej identyfikacji przepływu środków na opiekę zdrowotną w ramach systemu budżetowego. Jest sprawą bezsporną, że niezbędnym warunkiem uzyskania poparcia lekarzy dla akceptacji i rozwijania wskazanych wyżej idei jest stworzenie pracownikom medycznym warunków realizacji ich zawodowego powołania. Musi być jednak jasne, że warunki te są określone materialnymi możliwościami społeczeństwa.

Joanna Bromirska

Koleżanki i Koleżki!

Wybrany przez Was 15 grudnia 1989 roku Sąd Lekarski naszej Izby składa się z 16 osób, a imienny jego skład podaje Biuletyn Informacyjny nr 1.

Krótko po wyborze Sąd ukonstytuował się wybierając spośród swych członków przewodniczącego i dwóch zastępców. Stanowią oni Prezydium Sądu.

Przewodniczącym został **Lech Żynda**, składający niniejsze sprawozdanie, a zastępcami — koleżanka **Barbara Warych** (lek. stomatolog) i kolega **Jerzy Kasperowicz** (ginekolog-położnik).

SĄDY LEKARSKIE

Nasze sprawy administracyjne jak i rzeczownika odpowiedzialności zawodowej prowadzone są poprzez oddany do naszej dyspozycji przez lekarza wojewódzkiego zespół urzędników (dwie panie), który dotychczas prowadził te sprawy w OKKZ-cie.

Okręgowy Sąd Lekarski od 1 stycznia 1990 roku przejął sprawowanie sądownictwa lekarskiego w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz sądownictwa polubownego. Praktycznie jednak działalności tej w pełni nie podjął. Aby mógł on działać zgodnie z prawem, poza znaną nam Ustawą o Izbach Lekarskich z dnia 17 maja 1989 roku, winno się ukazać rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie sądów lekarskich oraz postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, jak również winien być opracowany regulamin pracy Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz sądów okręgowych. Tego rodzaju akty prawne nie weszły jeszcze w życie. Z przekazanych nam informacji wiemy, że dwa kolejne projekty wymienionego rozporządzenia zostały odrzucone przez Naczelną Izbę Lekarską jako nie spełniające oczekiwań. Ostatecznie zaakceptowany miał być w miesiącu kwietniu trzeci projekt opracowany przez Komisję Legislacyjną tej izby. Proces jego zatwierdzenia ma trwać około dwóch miesięcy. W tej sytuacji spodziewać się można, że podstawowe akty prawne umożliwiające rozpoczęcie pełnej działalności sądu lekarskiego będą kompletne w końcu czerwca br.

Z tą chwilą rozpoczniemy orzekanie w sprawach odpowiedzialności zawodowej i procesach polubownych. O pół roku za późno. Komisje kontroli zawodowej przestały działać z dniem 31 grudnia 1989 roku. Jak wynika ze sprawozdania rzeczownika odpowiedzialności zawodowej ilość rozpatrywanych przez niego i jego zastępców skarg jest znacznie większa niż

w latach poprzednich. Prawie każda z nich będzie musiała być rozpatrywana przez sąd okręgowy. W tej sytuacji pamiętając, że do zespołu orzekającego musi być wyznaczonych 4 lekarzy, dotychczasowy zespół 16 osób może okazać się zbyt szczupły by zagwarantować szybko i zgodnie z wymogami terminowymi prowadzenie postępowań wyjaśniających. Biorąc to pod uwagę zwracam się z wnioskiem do obecnego zebrania o uzupełnienie składu Okręgowego Sądu Lekarskiego o 8 osób, po 2 z każdego województwa — zgodnie z dotychczas stosowaną zasadą równorzędnego przedstawicielstwa województw. Dotychczasowa struktura zawodowa

naszego sądu lekarskiego przedstawia się następująco: 4 internistów, 4 chirurgów lub ortopedów, 4 stomatologów lub chirurgów stomatologicznych, 1 ginekolog, 1 laryngolog, 1 anestezjolog i 1 pediatra.

Praca sądu będzie tym łatwiejsza im bardziej różnorodny będzie skład jego członków.

Nie ukrywam, że chciałbym mieć w swym składzie dodatkowo jeszcze anestezjologa, psychiatrę, neurologa, ginekologa — szczególnie spoza Wrocławia oraz specjalistów węższych specjalności.

Oczywiście sugestie moje, jeśli w ogóle mają być brane pod uwagę, dotyczą — co chcę wyraźnie zaznaczyć — tylko zgłaszania kandydatów, a nie samego ich wyboru.

Prezydium DIL na zebraniu 17.05.90 podjęło akcję pomocy medycznej dla Litwy. Obejmować ona będzie zbiórkę leków i materiałów opatrunkowych. Postanowiono przeznaczyć na ten cel 10 milionów złotych pochodzących z budżetu izby. Zwracamy się o aktywne poparcie naszej inicjatywy (akcją kieruje dr Janina Kasprzak-Wójtowicz).

Przynależność do wymienionych specjalizacji nie może być w najmniejszym stopniu powodem wyboru do sądu lekarskiego, muszą za tym zdecydować inne zalety kandydata. Niedostatek pełnego wachlarza specjalizacji w zespole sądu będziemy zastępować opinią powoływanych biegłych z danej specjalności.

W dniach 16 i 17 marca br. uczestniczyłem w konferencji rzeczowników odpowiedzialności zawodowej i członków sądów lekarskich, która odbyła się w Warszawie. Na konferencji tej przedstawiłem m.in. krytyczne uwagi jakie mieliśmy w zespole sądu po zapoznaniu się z treścią jednego z projektów omawianego wcześniej rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej. Projekt ten, jak już nadmieniałem, spotkał się z krytyczną oceną także innych ośrodków i został odrzucony. Podobną konferencję przewidziano na czerwiec br. Spodziewam się, że zapoznamy się na niej z kompletem aktów prawnych dotyczących nas lekarzy.

Lech Żynda

Errare humanum est?

Jak brylant w złoto, tak cnota w modę winna być oprawna — rzekł Zagłoba, my zaś dodajmy — a wykształcenie w poprawność językową. Usprawiedliwiając pojawienie się niniejszego „kącika problemów językowych” na łamach naszego pisma zaznaczę, że nie ma on na celu sztucznego ich stwarzania; problemów wszelkiego rodzaju na razie starcza. Nie został też pomyślany jako przysłowiowy kijek wtykany w istic mrówczo zapracowane środowisko ani równie przysłowiowa marchewka dla tych, którzy łączą działanie skuteczne z formalnie poprawnym. Zrodził się z podzielanej przez wielu Kolegów troski o tę szczyptę językowego pietyzmu, która strzeże ich przed obserwowanym stałym obniżaniem się jakości używanego języka lekarzy, do którego wkradają się wyrażenia niefachowe, nieprecyzyjne, by nie rzec — obiegowe. Brak dbałości idzie czasem w parze z brakiem logiki, a przed utrwalaniem się wyrażen nieprawidłowych nie chroni nawet — zdaloby się skuteczna — zasada ekonomii językowej, zdominowana inną: *«Mala herba cito crescit!»* (Złe ziele szybko rośnie).

Dla uniknięcia nieporozumień wyjaśnię, że nie chodzi tu o nawoływanie do zwiększania znacznie już (na szczęście?) obniżonej hermetyczności języka zawodowego, czy apel o rezygnację z właściwych każdemu pewnych odrębności stylistyki, co przecież byłoby absurdem.

Czy będzie się tu zatem wyważało otwarte wrota? Niekoniecznie. Szpalty biuletynów są w większej łasce u czytelnika niż podręczniki gramatyki, czy słowniki mianownictwa medycznego i łaciny. Zresztą o kontynuacji i postaci niniejszego kącika, jak też doborze materiału doń, zdecydują niewątpliwie jego czytelnicy, którzy proszeni są o nadsyłanie swych sugestii i uwag oraz propozycji tematycznych.

Tymczasem forma prezentacji upowszechnionych nieprawidłowości będzie zbliżona do formy prezentacji antygenów — poprzez dokonanie porównania z formami poprawnymi. Przykładowo piszemy:

FIBROSIS PULMONUM a nie „cirrhosis pulmonum”

HAEMATOMA INTRAMURALE a nie „aneurysma dissecans”

LYMPHANGIOSIS CARCINOMATOSA a nie „lymphangiitis carcinomatosa”

BRONCHITIS TABACOSA a nie „bronchitis nicotinic”

Niepoprawność trzech pierwszych przykładów wynika z definicji terminów „marskość”, „tętniak” i „zapalenie naczyń”, czwartego — z błędności zasugerowanego podanym określeniem związku schorzenia z patogenem.

Jeszcze słów kilka o coraz bardziej rozpowszechnionych skrótach HIV i AIDS. Literowanie ich: Ha-I-Fau czy A-I-De-eS jest niepotrzebne; Francuzi po prostu mówią „SIDA”, Rosjanie — „SWID”, Anglosasi — „AIDS”. Pozostajemy przy tym ostatnim, przynajmniej do czasu ukucia własnego, narodowego skrótu, np. ZNUO...

Niepoprawne są wyrażenia „zespół AIDS” czy „wirus HIV”, bowiem w podanych skrótach zawiera się odpowiednio słowo „zespół”

Dokończenie na str. 5

Prezydium DIL uchwaliło, iż 50% sumy składek płaconych przez członków izby zrzeszonych w poszczególnych kołach, pozostanie w gestii kół do ich wyłącznej dyspozycji.

Za przydialnego stołu Trzeciego Zjazdu Delegatów DIL

Odbywający się 27 kwietnia br. Trzeci Zjazd Delegatów DIL (1990-04-27) został źle zorganizowany. Część delegatów nie była poinformowana o jego terminie w regulaminowym czasie (14 dni przed zjazdem). Rada okręgowa zebrana dzień wcześniej nie ustaliła szczegółowego programu, a zwłaszcza nie przewidziała czasu trwania dodatkowych wyborów zastępców rzecznika odpowiedzialności lekarskiej oraz członków sądu.

Przewodniczący zjazdu nie skorzystał ze swoich uprawnień regulaminowych udzielając głosu uczestnikom więcej niż dwukrotnie w tej samej sprawie. Nie zawsze przestrzegał kolejności zgłoszeń (które winny być wcześniej podane sekretarzowi zjazdu) i nie ograniczał czasu wypowiedzi. Z tego powodu zabrakło czasu na sprawozdania wielu komisji rady DIL, a sprawozdania te na pewno wyjaśniłyby wiele problemów, o których niepotrzebnie wcześniej dyskutowano (np. sprawozdanie długotrwałej dyskusji). Nie starczyło czasu na sprawozdania: 1. komisji statutowej, która jeszcze się nie skonsolidowała, a statut izby stanowi o jej prawach i obowiązkach, 2. komisji heraldycznej, która przedstawiła projekt godła DIL (z dwu przesłanych projektów jeden został skradziony, a może tylko wypożyczony?). Zaproszony przez radę projektant godła dr T. Myczkowski nie uzyskał czasu na wypowiedź o znaczeniu historycznym i heraldycznym herbu, choć wg §15, pkt. 3 regulaminu przewodniczący zjazdu może udzielić zaproszonym gościom głosu poza kolejnością. Zaskakująca była zbyt mała ilość delegatów

zjazdu: §6 regulaminu brzmi: „Obecność delegatów na zjeździe jest obowiązkowa”. Ledwie zebrane quorum zjazdu zdołało przeprowadzić wybory zastępców rzecznika odpowiedzialności lekarskiej oraz członków sądu. Po przerwie, przy zbyt małej liczbie uczestników, nie przegłosowano ważnych wniosków, postulatów, a nawet uchwał.

Z kularowych rozmów dowiedziałem się, że część delegatów przybyła by podbić delegację, obejrzyć miasto, poczynić zakupy itp. Czy naprawdę wybraliśmy odpowiednich delegatów? W dyskusji pouczono Prezydium i Zarząd Izby co powinniśmy zrobić, jakich nie popełniać błędów, ale za to na propozycję współpracy — dyskutanci odpowiadali: „Ja mam kilkanaście dyżurów miesięcznie”, „Myśmy was wybrali, więc działajcie”. Wyjaśniam, że praca Prezydium i Zarządu DIL, są społeczne. Nie mamy żadnych profitów finansowych. Praktycznie wszyscy członkowie Prezydium, którzy spotykają się cotygodniowo, zrezygnowali z pełnej odpłatności za dojazdy nawet z odległego Zgorzelca. Przygnębające były żądania delegatów skierowane do Zarządu, Prezydium, a zwłaszcza skarbnika, domagające się m.in. sprawozdania: „ile pieniędzy wpłacił na konto Izby każdy z członków DIL”. Czy jest to możliwe, nawet przy pomocy komputera? Przecież nasza Izba liczy ok. 8 000 członków. Na pewno będzie to możliwe po uzyskaniu pomieszczenia oraz pomocy technicznej.

Dużo czasu zajęła dyskusja nad finansowaniem przez Izbę kampanii wyborczej kan-

dydatów — lekarzy do samorządów gminnych. Wprawdzie Zarząd poprzedniego dnia podjął decyzję o dofinansowaniu, ale nie ustalił kwoty, ani sposobu działania. Podjęcie uchwały Zjazdu było już niemożliwe z powodu niewielkiej liczby uczestników. Żądania niektórych kandydatów, którzy nie byli zgłoszeni przez Radę DIL, były zbyt wygórowane (np. drukowanie plakatów i in.).

PS. Przesłuchanie kandydatów na radnych z komisji zdrowia (sprawozdanie w sekretariacie) upoważnia mnie do stwierdzenia, że nie tylko lekarze są dobrymi rzecznikami dobra służby zdrowia.

APEL

Do członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Prezydium izby zwraca się do całej braci lekarskiej o współpracę dla naszego wspólnego dobra.

Wasza pomoc w pracach Prezydium i Zarządu jest nam niezbędna. Prosimy o zgłaszanie wszelkich inicjatyw oraz deklaracji współdziałania dotyczących głównie: legislacji, opracowania statutu, redakcji czasopisma (zwł. jego szaty graficznej), propozycji działalności gospodarczej oraz współpracy z zagranicą. Brakuje nam nie tylko głów, ale również rąk do pracy. Swoje propozycje proszę kierować pod adresem redakcji.

Z. Plamieniak

Składki w samorządzie lekarskim

Dokończenie ze str. 2

Lekarze wykonujący zawód w dniu 1 stycznia 1990 r. obowiązani są do regulowania składek od tej daty, a wpisani na listę członków izb w terminie późniejszym — od miesiąca następującego po terminie wpisu.

Składki należy wpłacać na konto albo do kasy okręgowej izby lekarskiej w formie najwygodniejszej dla członka izby. Wobec częstych zmian stawek uposażenia zasadniczego uważamy, że najmniej kłopotliwą formą realizacji tego obowiązku jest zlecenie księgowości zakładu pracy dokonywania stosownych obliczeń i przekazywanie ich na konto okręgowej izby w oparciu o oświadczenie, którego formularz został doręczony przez radę okręgowej izby. Oczywiście składka może być uiszczona przekazem pocztowym, bankowym itp.

**W ramach programu integracji środowiska lekarskiego, trzebnickie koło DIL zorganizowało 5.06.90 uroczyste spotkanie lekarzy, którego program obfitował w liczne niespodzianki (m.in. występ Teatru „Kalambur”).
Więcej takich inicjatyw!**

Uiszczone składki obniżają podstawę wymiaru podatku wyrównawczego za rok 1990.

Szczegółowy sposób wydatkowania zebranych składek ustala okręgowe zjazdy lekarskie, które odbędą się w najbliższych miesiącach. Na zjazdach tych uchwalone zostaną budżety wydatków na rok bieżący. Realizacja budżetu kontrolowana będzie przez komisje rewizyjne, a w przyszłym roku sprawozdanie z ich wykonania będzie przedmiotem obrad następnego okręgowego zjazdu, który po rozpatrzeniu sprawozdania finansowego podejmie decyzję w sprawie absolutorium dla rady. Tak ustalony w ustawie sformalizowany tryb postępowania ma na celu kontrolę rozsądnego i oszczędnego wydatkowania naszych składek przez upoważnionych do tego wybranych przez nas członków naszych izbowych organów.

W obecnych warunkach wysokość składek jest rozsądnym kompromisem pomiędzy potrzebami naszego samorządu stojącego na straży naszych interesów i praw zawodowych, a naszymi możliwościami finansowymi.

Jesteśmy przekonani, że przez regularne opłacanie składek nasze środowisko zapewni podstawy finansowe pełnej niezależności odrodzonego samorządu.

prof. dr T. L. Chróściel

Dokończenie ze str. 4

i „wirus”. Niepoprawne jest określenie „wirmia”, pochodzące od łacińskiego vir — mąż; winno się zatem pisać: WIRUSEMIA.

Razi poczucie estetyki szeroko stosowana odmiana form „zakażenie HIV-em” (lub gorzej — „Hifem” albo „wirusem Hifu”), tak, jak groteskowe wyrażenie „lody z kakaem” (wym. „kakaem”...) zamiast „lody z kakao”. Unikato- we (i unikalne, tj. możliwe do uniknięcia!)

Errare humanum est?

są formy „HIV-owiec” (Hifowiec) i „AIDS-owiec”. Wreszcie uderza nielogicznością wciąż jeszcze spotykane powiedzenie „zakażenie AIDS(em!)”; porównajmy identyczne, wg formalno-logicznych kryteriów poprawność, wyrażenie „zakażenie mięsakiem Kaposiego”...

Prócz ostatniego, wszystkie cytaty powyższych błędnych zwrotów są niestety stosowane w języku medycznym.

Gorąco zachęcam Czytelników do tropienia i eliminowania w swoim środowisku wspomnianych niepoprawnych określeń, zapraszam do następnego odcinka.

Chochlik lekarski

O naszą integrację

Brak quorum w części ostatniego Walnego Zebrania Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej uniemożliwiło przyjęcie prawomocnych uchwał i wniosków. Było to również przyczyną, że zrezygnowałem ze sprowokowania dyskusji i poddania pod głosowanie wniosku o następującej treści:

„W związku z reaktywowaniem izb lekarskich i podjęciem sądownictwa lekarskiego przez sądy lekarskie, jako akt dobrej woli oraz próba zamknięcia przeszłości, delegaci Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, zgromadzeni na Walnym Zebraniu w dniu 27 kwietnia 1990 roku, występują z wnioskiem do organów Naczelnej Izby Lekarskiej o rozpatrzenie możliwości częściowej amnestii dla ukaranych lekarzy z oskarżeń o wykroczenia zawodowe. Równocześnie, w przypadku zaistnienia takich możliwości, zobowiązują swych delegatów na Zjazd Krajowy do poparcia tej inicjatywy na tym forum”.

Reaktywowaliśmy izby lekarskie. Przystępujemy do odbudowania samorządu lekarskiego. Zrobimy wszystko by zintegrować nasze środowisko, również poprzez wybaczenie i puszczanie w niepamięć niektórych przewinień. Nie dzielimy się na gorszych i lepszych. W nowych warunkach wspólnie zaczniemy wszystko od nowa.

Odnosząc się z pełnym uznaniem i szacunkiem do pracujących uczciwie i ofiarnie lekarzy w komisjach kontroli zawodowej pamiętajmy, że od prawie 40 lat struktura organizacyjna sądownictwa lekarzy w zakresie odpowiedzialności zawodowej była tworem, w którym tzw. czynnik społeczny i presja środowisk nielekarskich mogły odgrywać istotną rolę. Biorąc to wszystko pod uwagę uważam za słusne podjęcie dyskusji na ten temat i poddanie pod głosowanie wcześniej cytowanego wniosku. Uważam, że formę i zakres amnestii powinna wypracować grupa lekarzy i prawników po głębokim i rozważnym namyśle. Ponieważ jednak ostatecznie do zamierzonej dyskusji nie doszło, postanowiłem odpowiednio przereklamowany wniosek przedstawić na zebraniu Okręgowej Rady Lekarskiej. Do tego czasu wdzięczny będę za uwagi, poparcie, czy też i głosy przeciwne z rzeczą argumentacją.

Lech Zynda

Rozliczamy się sami

Preliminarz budżetowy
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu
na rok 1990

Dochoły

I. Składki bieżące	650.000.000
II. Procenty bankowe	100.000.000
III. Inny wpływ, dotacje i działalność gospodarcza	100.000.000
Ogółem dochoły	850.000.000

Wydatki

I. Opłaty na Zarząd Główny	130.000.000
II. Działalność socjalna	200.000.000
1. Pomoc socjalna	50.000.000
2. Dotacje na szkolenia specjalistyczne lekarzy	50.000.000
3. Działalność osłonowa dla lekarzy objętych zmianą miejsc pracy, spowodowaną reformą w służbie zdrowia	100.000.000

III. Wspieranie inicjatyw kół terenowych i delegatur

200.000.000

IV. Działalność administracyjna Dolnośląskich Izb Lekarskich

200.000.000

1. Wynagrodzenie pracowników (radca prawny, księgowy, obsługa komputerów) 50.000.000
2. Delegacje 50.000.000
3. Zebrania delegatów 50.000.000
4. Materiały biurowe 25.000.000
5. Zakup sprzętu biurowego 15.000.000
6. Usługi materialne 120.000.000

V. Rezerwa budżetowa

120.000.000

Ogółem wydatki 850.000.000

Stan finansowy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
na dzień 25.04.1990 r.

1. 75.000.000 na koncie oprocentowanym na 6 miesięcy
2. 59.696.943 stan bieżący konta
3. wpływy dodatkowe
 - a) 396.000 Komitet Organizacyjny Izby Lekarskiej

- a) 100.000 wpłata dr Pruszyńskiej
- c) 683.000 wpływy ze sprzedaży biuletynów 1.179.500

4. wydatki 1.053.889
Skarbnik Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
lek. dent. Ryszard Łopuch

Sprostowanie

W poprzednim numerze Biuletynu Informacyjnego do felietonu o składkach wkraśl się przykry błąd. Prostując go pragnę przypomnieć: I Krajowy Zjazd Lekarzy uchwalił, że składki mają wynosić 2 proc. uposażenia za-

sadniczego. W dyskusji rozważano projekt płacenia 1 procenta, ale od wszystkich dochodów uzyskiwanych z pracy lekarskiej. Stąd wzięło się to przeznaczenie w moim tekście, za co przepraszam.

W. BEDNORZ

Za ile pracujemy?

PROJEKT

Tabela stawek uposażenia zasadniczego od 1.04.1990 r.

I. Stawki miesięczne

Kat. zagospodarowania	Miesięczna kwota w zł, stawki proponowane	Tabela dotychczasowa
I	160.000 — 250.000	235.000
II	235.000 — 270.000	250.000
III	250.000 — 295.000	265.000
IV	265.000 — 320.000	280.000
V	280.000 — 345.000	295.000
VI	295.000 — 370.000	310.000
VII	310.000 — 395.000	330.000
VIII	330.000 — 420.000	350.000
IX	350.000 — 445.000	370.000
X	370.000 — 470.000	390.000
XI	390.000 — 500.000	410.000
XII	410.000 — 530.000	430.000
XIII	430.000 — 560.000	450.000
XIV	450.000 — 590.000	470.000
XV	470.000 — 620.000	490.000
XVI	490.000 — 650.000	510.000
XVII	510.000 — 680.000	530.000
XVIII	530.000 — 710.000	550.000
XIX	550.000 — 740.000	575.000
XX	575.000 — 780.000	600.000
XXI	600.000 — 820.000	625.000
XXII	625.000 — 860.000	660.000

II. Stawki godzinowe

I	900—1.460
II	1.400—1.600
III	1.500—1.700
IV	1.620—1.880
V	1.740—2.020
VI	1.860—2.160
VII	1.980—2.300
VIII	2.100—2.440
IX	2.200—2.580
X	2.340—2.720
XI	2.460—2.860
XII	2.580—3.000

LISTY DO REDAKCJI

OPINIE I PROPOZYCJE DOTYCZĄCE DZIAŁALNOŚCI IZB LEKARSKICH

Doceniam i szanuję istotę samorządu, którego wyrazicielem są izby lekarskie. Jednakże przymusowa należność do izby bulwersuje mnie — ostatecznie zawód lekarza jest zawodem wolnym. Sądzę, że powinno być — czy też należałoby — zasięgnąć chociaż mojej opinii w sprawie przynależności do izby. Podkreślam, że nie neguję szlachetnych intencji — ale nie o mnie beże mnie!!!

Izby mogłyby podjąć działania na rzecz uzyskania dla lekarzy 6-tygodniowego płatnego urlopu wypoczynkowego. Uzasadnienie tej propozycji uważam za zbędne.

Proponuję, by izba lekarska wespół z izbą farmaceutyczną były istotnym środkiem nacisku na polski przemysł farmaceutyczny. Czy nie można by podjąć działań zmiany profilu produkcji farmaceutycznej? (w ramach tego samego budżetu). Ograniczyć produkcję preparatów zbliżonych do galenowych, wprowadzić leki nowocześniejsze.

Kazimierz Salamon

PRZYJEMNE MOŻE BYĆ TEŻ POŻYTECZNE

Na zaproszenie organizacji francuskiej „Zdrowie — Szpitale — Europa” przebywała we Francji, pod kierownictwem prezesa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej dra nauk med. Andrzeja Pawlaka 33-osobowa grupa lekarzy i działaczy samorządowych z terenu Dolnego Śląska i Kalisza. Wizyta ta miała charakter szkoleniowy i odbyła się w dniach 24 marca — 8 kwietnia br. Baza główna mieściła się w Lille, gdzie nastąpił podział na 2—5-osobowe grupy, skierowane do 12 szpitali regionalnych. Były to szpitale w Lille, Raubaise, Valenciennes, Noyon, Creil, St. Nazaire, Bethune, Lens, Amiens, Douai, Montidier i „Bicetre” w Paryżu. Zakwaterowanie grup było na terenie szpitali, a koszty przejazdu pokrywali uczestnicy (około 1 mln złotych z ubezpieczeniem i wizami).

miejsu i organizację bardzo serio potraktowanego szkolenia. Konieczne jest jednak specjalne podkreślenie zasług prezesa Stowarzyszenia Sante-Hopital-Europe J. Coza, dyrektora szpitala w Montidier J. Ochrymczuka i nieocenionego Macieja Pawlaka (brata Andrzeja). Po opuszczeniu Polski, z powodów politycznych w czasie stanu wojennego, zorganizował we Francji Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, które postawiło sobie za cel szkolenie nowych kadr w Polsce, m.in. dla służby zdrowia.

W. Bednorz

W wyjeździe do Francji udział wzięli:

Z WROCŁAWIA — Janina Kasprzak-Wójtowicz, Ewa Sudnik, Jerzy Sypuła, Barbara Bruzewicz-Miklaszewska, Włodzimierz Bednorz, Andrzej Kamiński, Jacek Jarliński, Teresa Bujko, Andrzej Kaiser, Marek Kochoński.
Z LEGNICY — Adam Szczęniowski, Ryszard Kępa.
Z JELENIEJ GÓRY — Maria Wereszczyńska, Ewa Sokołowska, Jerzy Zając, Witold Adamczyk, Krzysztof Bednarski, Andrzej Pawlak, Maria Górac.
Z KALISZA — Zdzisław Karbowski, Paweł Jakubek, Marek Fułek, Józef Wcisłek, Barbara Frączak, Marek Meier, Jerzy Ciąćka.
Z WAŁBRZYCHA — Artur Styrna, Teresa Milanowska, Romana Stach, Krzysztof Prędko, Lidia Łukasik.
Z LUBINA — Waldemar Jastrzębski.
Z BIELAWY — Bożena Grzebieluch.

Organizatorzy położyli duży nacisk na szkolenie dotyczące struktury i funkcjonowania szpitala francuskiego. Bardzo dokładnie przedstawiano budżety poszczególnych szpitali, a także współdziałanie z władzami lokalnymi. Należy podkreślić, że dyrektorami są tam wyłącznie specjalnie szkoleni menadżerowie, a nie lekarze.

Drugim nurtem szkolenia poszczególnych grup było zapoznanie się ze strukturą samorządu terytorialnego we Francji i jego praktycznym funkcjonowaniem.

Program pobytu objął ponadto spotkanie z wiceministrem zdrowia Francji i dyrektorem generalnym szpitali francuskich. W trakcie tego spotkania troje uczestników naszej grupy udzieliło wywiadu telewizyjnego specjalnej sieci TV obsługującej wyłącznie szpitale we Fran-

cji. Mieliśmy także okazję zwiedzenia jedynej szkoły wyższej kształcącej menadżerów służby zdrowia — szkoły w Rennes.

Nawiązano kontakty z lokalnymi izbami lekarskimi. Ich znaczenie we Francji jest nieco inne niż w naszym kraju. Są one głównie autorytetem moralnym i spełniają funkcje orzecznicze.

Nawiązano wiele przyjacielskich kontaktów z lekarzami francuskimi i z członkami miejscowych organizacji polonijnych. Należy mieć nadzieję, że nawiązana współpraca zaowocuje stażami lekarskimi i menadżerskimi.

Na zakończenie chciałbym podkreślić perfekcyjną organizację całego wyjazdu — począwszy od ekspresowego tempa załatwienia wiz, a skończywszy na zaangażowaniu dziesiątków ludzi w sprawne załatwienie pobytu na

Składy osobowe komisji DIL

KOMISJA STATUTOWA

Przewodniczący — Leszek Pałko (Wrocław).

Wrocław — Stefan Kwiatkowski, Władysław Węgrzyn, Agnieszka Libura-Majys, Tadeusz Bielawski, Julia Stuchly-Marek, Maciej Przeszalski, Krystyna Kochman.

Świdnica — Sławomir Bogusławski.
Wałbrzych — Marek Szczepański.

Spotkania — we wtorki o godz. 14 w przychodni przy ul. Pabianickiej.

KOMISJA FINANSOWA

Przewodnicząca — Janina Kasprzak-Wójtowicz (Wrocław).

Wrocław — Jerzy Spikowski, Zdzisław Plamieniak, Ewa Sudnik, Ewa Janiak, Danuta Żytkiewicz-Jaruga, Maria Osos, Elżbieta Czabajka.

WOZ Dąbrowa — Andrzej Sokołowski.

KOMISJA ZDROWIA PUBLICZNEGO I REFORMY

Przewodniczący — Andrzej Pawlak (Jelenia Góra).

Wrocław — Ryszard Łopuch, Liliana Burnczek, Piotr Młynczak, Wanda Stróżyna-Kotulska, Zbigniew Hałat, Jan Lisowski, Danuta Giernatowska, Anatol Sienkiewicz, Aniela Libura, Marek Kochoński.

Lubin — Waldemar Jastrzębski.
Kłodzko — Teresa Eljasz-Radzikowska.
Świebodzice — Piotr Marek.
Bielawa — Stanisław Borawski.
Bolesławiec — Andrzej Sokołowski.
Karpacz — Teresa Grzegorzczak-Skibińska.
Wałbrzych — Wojciech Ziółkowski.

KOMISJA KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO I ETYKI

Przewodniczący — Zofia Krzyszoń, Zbigniew Ziemiński.

Wrocław — Barbara Bruzewicz-Miklaszewska, Stefan Kwiatkowski, Maciej Przeszalski, Zbigniew Knapik, Barbara Kowal-Gierczak.

Dzierżoniów — Janusz Kaczmarzyk, Wiesław Iwanowski.

Jelenia Góra — Jerzy Libergall, Krzysztof Kobylński, Beata Adamczyk.

Kowary — Andrzej Wrzosek.

Świdnica — Ireneusz Babiak, Witold Rejdych.

Wałbrzych — Sławomir Suchocki, Emilia Dudzik-Slis.

KOMISJA WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ

Przewodniczący — Stefan Kwiatkowski (Wrocław).

Wrocław — Ryszard Łopuch, Barbara Bruzewicz-Miklaszewska, Ewa Lewczuk (spoza Rady).

Kłodzko — Teresa Eljasz-Radzikowska.

Lubin — Waldemar Jastrzębski.

Bielawa — Wiesław Iwanowski, Stanisław Borowski.

Wałbrzych — Andrzej Szczęsny.

Jelenia Góra — Aldona Białas, Barbara Polek.

Bolesławiec — Robert Wiktor, Andrzej Sokołowski.

Legnica — Adam Szczęniowski.

KOMISJA PŁACY I WARUNKÓW PRACY

Przewodniczący — Czesław Klemaszewski (Lubin).

Bolesławiec — Robert Wiktor.

Lubin — Ryszard Nowik, Artur Kwaśniewski, Andrzej Świetlich, Maria Turosz, Janusz Bielawski, Krystyna Będkowska.

Świdnica — Józef Lula, Bolesław Simon.
Wałbrzych — Scholastyka Urbanik-Michalowska.

KOMISJA INFORMACYJNA

Przewodniczący — Włodzimierz Bednorz (Wrocław).

Wrocław — Alicja Kowalisko, Krzysztof Wronecki, Gabriela Pollak-Duda.

Wałbrzych — Janina Wójcicka.

Polkowice — Jerzy Piekarski.

KOMISJA SOCJALNA

Przewodnicząca — Teresa Bujko (Wrocław).

Wrocław — Bożena Kalmuk, Alicja Felba, Grażyna Wrona, Aleksandra Lesińska.

Dzierżoniów — Elżbieta Krysińska.

Karpacz — Teresa Grzegorzczak-Skibińska.

Jelenia Góra — Alina Sienkiewicz-Wodoklis.

Bolesławiec — Olgiard Niewodniczański.

Zgorzelec — Lech Czarnecki.

Wałbrzych — Andrzej Makowski.

KOMISJA REWINDYKACYJNA I ORGANIZACYJNA

Przewodniczący — Ryszard Maj (Wrocław).

Wrocław — Piotr Młynczak, Julian Olejnik, Maria Wójcik, Władysław Węgrzyn.

Wałbrzych — Andrzej Szczęsny, Janusz Andrzejewski.

Świdnica — Sławomir Bogusławski.

Jelenia Góra — Aldona Białas.

Legnica — Jerzy Pałuch.

Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych zaprasza

Zwracamy się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy o nadsyłanie propozycji dotyczących tematyki przyszłych szkoleń, a także o zgłaszanie konkretnych wykładów i kursów dla lekarzy, stomatologów i średniej kadry medycznej. W zgłoszeniu należy uwzględnić: instytucję, kierownika naukowego szkolenia, dziedzinę i temat wiodący, odbiorców szkolenia, jego miejsce, termin oraz informację czy szkolenie zleczone zostało przez CMKP.

Zgłoszenia należy nadsyłać do dnia 15.07.1990 na adres:

Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia
Kadr Medycznych
ul. Dobrzyńska 21/23
50-403 Wrocław

Będą bronić

Lista osób wybranych dnia 27.04.1990 do Sądu Lekarskiego:

Barbara Tota (Wrocław), Hanna Niżankowska (Wrocław), Jolanta Moralewicz, Adam Janowski (Wrocław), Janusz Kaczmarzyk, Alicja Kostecka-Pokryszko (Wrocław), Bogusław Romanowicz (Wrocław), Olgierd Niewodniczański (Bolesławiec).

Lista z-ców rzecznika odpowiedzialności zawodowej wybranych w dniu 27.04.90.

Wrocław —
Jan Kornafel, Jerzy Kamienowski, Tomasz Bielanów, Ewa Janiak, Wanda Stóżyńska-Kotulska, Krystian Blok, Zofia Sozańska, Maria Wójcik, Irma Krakiewicz.
Kamienna Góra — Ryszard Bronowicz.
Wałbrzych — Lucyna Masłowska-Szczęsny, Wojciech Ziółkowski, Emilia Flis, Izabela Chrisidu.
Bolesławiec — Maria Michałkiewicz.
Głogów — Anna Mackiewicz.
Lubin — Krystyna Będkowska, Jerzy Woźniak.
Legnica — Halina Poniewierska, Stanisław Cieśliski.
Trzebnica — Janusz Kaczmarzyk.
Miłkowice — Franciszek Kupeć.
Pieszyce — Janusz Rusin.
Halina Czopnik.

Siedziba redakcji i izby:
Dolnośląska Izba Lekarska
ul. Matejki 6
50-333 Wrocław

WITAMY NA NASZYCH ŁAMACH

Naczelna Rada Lekarska wydaje Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej i zamierza wydawać Gazetę Lekarską. Biuletyn NRL będzie pełnił funkcję dziennika urzędowego Naczelnej Rady Lekarskiej upowszechniając jej uchwały i informując ponadto o życiu izb lekarskich i najważniejszych wydarzeniach dotyczących działalności samorządu lekarzy. Pierwszy numer Biuletynu ukazał się 8 stycznia 1990 r., drugi jest w przygotowaniu do druku.

Natomiast Gazeta Lekarska w naszym zamierzeniu będzie ogólnopolskim fachowym pismem dla wszystkich lekarzy, służącym podnoszeniu wiedzy lekarskiej, informującym o życiu całego środowiska lekarskiego — w tym o działalności towarzystw naukowych oraz o życiu wszystkich okręgowych i resortowych izb lekarskich.

Chcielibyśmy, aby od początku była ona autentycznym pismem wszystkich lekarzy i kierując się tym podstawowym założeniem serdecznie zapraszamy do szerokiej współpracy.

Chcielibyśmy nawiązać ścisły kontakt z przedstawicielem rady, który mógłby być korespondentem terenowym lub też z Komisjami Informacji czy Kształcenia Rady.

Do rozpoczęcia prac organizacyjnych związanych z przyszłym pismem został upoważniony kol. Tomasz Jaroszewski.

Prosimy o rozważenie możliwości dystrybucji Gazety Lekarskiej przez sieć organizacyjną izby, co znacznie zmniejszyłoby koszty wydawnictwa.

Gazeta Lekarska powinna stać się najpopularniejszym i najbardziej wpływowym pismem lekarskim w naszym kraju. Będzie służyła

wszystkim sprawom, dla których nasze izby zostały powołane. Tworzący się obecnie zespół redakcyjny wdzięczny będzie za wszelkie rady i rozważy każdą propozycję. Załączamy założenia programowe organizatorów.

Mamy nadzieję, że dobra współpraca i sprawną organizacją zaowocuje pismem, które chętnie i z pożytkiem będzie czytał każdy lekarz.

Z koleżeńskimi pozdrowieniami
Maciej Czerwiński
przewodniczący
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Toruniu

Tymczasowy adres redakcji: Naczelna Rada Lekarska, ul. Nowowiejska 10, 00-653 Warszawa, tel. 25-75-12.

Konto bankowe: XV Oddz. PKO w Warszawie, nr konta — 1658-192196-132 Naczelna Izba Lekarska — Gazeta Lekarska.

Organizator Redakcji: lek. med. Tomasz Jaroszewski, tel. 641-31-02, ul. Kulczyńskiego 12/44, 02-777 Warszawa.

Coś dla zdrowia

Jakość koniaku rozpoznaje się po etykiecie, która mówi wszystko o jego zaletach. Muszą się na niej znaleźć przede wszystkim dwie ważne informacje: nazwa winnicy (cru) i określenie długości procesu starzenia się. Obszar uprawy winogron służących później do wyrobu koniaku został podzielony w 1909 roku na 7 „crus”: Grande Champagne, Petite Champagne, Borderies, Fins Bois, Bons Bois, Bois Ordinaires, Bois a Terroir. Słowo „champagne” i „bois” oznaczają, że dawniej ziemie te były przeznaczane pod pola uprawne („champagne”) lub też rosły na tym miejscu lasy („bois”). Jeśli na etykiecie nie pojawi się żadna z tych nazw, mamy do czynienia z dużo niższą jakością mieszaniną, mniej odporną w procesie starzenia. A ten oznaczony jest w następujący sposób: trzy gwiazdki — 5 lat; V.S.O.P. (very superior old pale) — od 5 do 10 lat; Réserve — od 12 do 20 lat; Vieille Réserve, Grande Réserve, Royal, Vieux, X.O. Napoléon — od

20 do 40 lat i wreszcie Hors d'Age i Paradis — ponad pół wieku.

A oto 12 spośród najstawniejszych producentów koniaku: Bisquit (1819), Comandon, De Lagrange, Fillioux, Hine, Otard, Camus, Courvoisier, De Polignac, Hennessy, Martell, Rémy Martin.

Ostatnio zaleca się picie koniaku z kieliszków w kształcie tulipana, zarzucając dawną formę zbliżoną do balona. Taki kieliszek z przezroczystego i cienkiego szkła lepiej przekazuje ciepło rąk ludzkich, które uwalnia wspaniały aromat trunku.

Tradycyjnie koniak jest podawany przy końcu posiłku. Ale w małych ilościach można go popijać właściwie przez cały dzień. Jako aperitif powoduje wydzielanie się soków żołądkowych i trzustkowych. W momentach przemęczenia wzmagają krążenie krwi. Latem można pić koniak schłodzony, dzięki dodaniu wody zwykłej lub gazowanej.

Wydawca: — Dolnośląska Izba Lekarska

Komitet redakcyjny: W. Bednorz, J. Bromirska, J. Dumnicka, A. Głowacki, A. Kowalisko, J. Piekarski, Z. Plamieniak, B. Romanowicz, B. Tota, E. Zborowicki.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania materiałów oraz zmian w tytułach.
Skład i druk: Zakład Poligraficzny „Antiqua”, Wrocław, ul. Czeska 21 b.