

VOX MEDICI



BIULETYN OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W SZCZECINIE MAJ 2006 numer 2/154 ISSN 1426-6318 nakład 5100 egz.



dr n. med JACEK PODOLSKI
Nowy Przewodniczący Okręgowej Rady
Lekarskiej w Szczecinie

... należy stwierdzić, iż przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej może w trybie § 47 uchwały w sprawie regulaminu wyborów (...) ogłosić, iż mandat i stanowisko przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie uzyskuje osoba, która jako kontrkandydat dr Wojciecha Jagielskiego uzyskała kolejno największą liczbę głosów.

(Radca Prawny Andrzej Lubiniecki)



PLANET



Radiografia Planet EVA

- wielkość myszki komputerowej
- montaż do komputera PC lub laptopa
- bardzo łatwa instalacja bez otwierania obudowy komputera
- trwały sensor dający doskonałą jakość obrazu
- specjalnie zaprojektowana do przenoszenia z gabinetu do gabinetu
- **BARDZO PRZYSTĘPNA CENA**



Unit stomatologiczny Planet Quibrio

- dowolna konfiguracja wyposażenia
- włoska produkcja i stylistyka
- krótkie terminy dostaw
- sprawdzona, niezawodna konstrukcja
- **3 LATA GWARANCJI**



System wybielania zębów w gabinecie - Remewhite

- **BRAK NADWRAŻLIWOŚCI PODCZAS I PO ZABIEGU**
- Oszczędzasz czas bo nie izolujesz dziąseł
- efekt nawet do 12 odcieni

Poznań, ul. Winogrody 70A
tel. 061 820 73 17, kom. 0 602 506 597
www.planet.pl



dr. n. med.
Ewa Szpindor

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

cytując Jacka Żakowskiego z „Polityki”: „gdyby polskie szpitale – podobnie jak supermarkety – były własnością zagranicznych koncernów, Andrzej Lepper dawno przykułby się do sejmowej trybuny w obronie wyzyskiwanych lekarzy i pielęgniarek. Gdyby NFZ był prywatną firmą, liderzy PiS piętnowaliby skandaliczny wyzysk i domagaliby się interwencji urzędu antymonopolowego, a Premier Marcinkiewicz robiłby groźne miny i odbywałby z kapitalistami rozmowy dyscyplinujące. Gdyby centrala Funduszu znajdowała się w Hamburgu lub Mediolanie, LPR dawno złożyłaby projekt ustawy chroniącej lekarzy i pielęgniarki przed nadużyciami zachodnich krwiopijców. Sęk w tym, że to nie obcy czy swoi pazerni kapitaliści od lat wyzyskują lekarzy i pielęgniarki, lecz państwo polskie, czyli my – reszta społeczeństwa, reprezentowana przez prezydenta, posłów, senatorów, rządy i samorządy kolejnych kadencji. To państwo polskie rygorystycznie pilnuje, by firmy spedycyjne nie zmuszały kierowców ciężarówek do pracy ponad siły, lecz jednocześnie tworzy i utrzymuje system, który faktycznie zmusza lekarzy, by pracowali dwukrotnie dłużej niż szofer. To państwo polskie doskonale rozumie, że kwalifikowana praca musi drogo kosztować i płaci wielkie honoraria firmom doradczym, czy zarządzającym albo kancelariom prawnym, lecz wciąż utrzymuje mechanizm, który powoduje, że młody lekarz po latach ciężkich studiów zarabia w Warszawie tyle, co ukraińska gospośka, a wielokrotnie mniej niż jego rówieśnik piszący ekspertyzy dla rządu lub nawet urzędnik. Przez lata lekarze i pielęgniarki zatrzaśnięci w zmonopolizowanym przez państwo krajowym rynku pracy byli faktycznie naszymi chłopami pańszczyźnianymi. Wyzyskiwaliśmy ich jak kmięci przywiązanych do ziemi. Przystąpienie do UE oznaczało dla nich zniesienie pańszczyżny. A skoro się wyzwolili musimy im zacząć płacić uczciwie, zgodnie z prawami rynku i według kompetencji, czyli dużo więcej. Może nie z dnia na dzień, ale nieuchronnie. Inaczej jedni wyjadą, a inni wciąż będą strajkowali albo się

przeniosą do prywatnego sektora. Nawet mając najlepszy rząd w świecie, nie da się bez końca zamiatać rzeczowistych problemów pod dywan. Gdy chce się sprawować władzę, wcześniej, czy później trzeba się z nimi zmierzyć. W sprawie służby zdrowia nasze „później”, niestety, już przyszło.

A nawiązując do powyższego tekstu, za nami protest w słusznej sprawie pracowników ochrony zdrowia; za nami wielki sprawdzian z konsolidacji środowiska, który zdaliśmy, przynajmniej w naszym regionie, na wysoką ocenę. Zwłaszcza szpitale, które zorganizowały protest w dniu 7 kwietnia w sposób jednolity, spójny, bezpieczny dla pacjentów i widoczny w mediach. A o to właśnie chodziło. Aby zainteresować tematem jak największe grono, w tym dziennikarzy. Trochę gorzej było z przychodniami, albowiem zdarzyły się takie, które w tym dniu wyrobiły 200% normy, jak za dawnych dobrych czasów. Może powinny być nagrodzone medalem Przewodnika Pracy, jak choćby **Przychodnia Portowa**.

W niektórych zakładach, gdzie na dyżurach pracujący personel ubrany był na czarno, pacjenci pytali, co to za żałoba. A więc i ta skromna forma protestu była zauważalna.

W Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej przy ul. J. Piłsudskiego, gdzie tylko dozorca odpierał ataki na drzwi placówki, sporadycznie nie były to przyjemne czynności. Jak doniosła dziennikarka „Gazety Wyborczej” znalazł się jeden pacjent oburzony treścią ulotek, które odebrał jako groźbę ze strony pracowników ochrony zdrowia, że „(...) jak nie dostaną pieniędzy, to pacjenci będą umierać”.

Ale w zdecydowanej większości przypadków protest nasz spotkał się ze zrozumieniem i życzliwością pacjentów. Na razie. Bo co będzie dalej czas pokaże. Jeżeli nasz protest nie zrobił należytego wrażenia tam, gdzie powinien, jeżeli nie odniesie oczekiwanego skutku, czeka nas następny sprawdzian, już w maju. Obyśmy wytrwali tak solidarnie jak 7 kwietnia.

Redaktor Naczelny



VOX MEDICI

Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie
WYDAWCA

„OIL REMEDIUM” Sp. z o.o.
71-332 Szczecin, ul. M. Skłodowskiej-Curie 11
tel. 091 487 49 36

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Ewa Szpindor (Redaktor Naczelny), Jacek Podolski, Halina Teodorczyk, Maciej Mroźewski, Ilona Osadowska, Leszek Herbowski

REKLAMA I MARKETING

Barbara Kokot, tel. 091 487 49 36 w. 118,
tel. kom. 0509 47 67 99

LISTY DO REDAKCJI

Prosimy przysyłać na adres:
voxmedici@oil.szczecin.pl
lub dostarczać do sekretariatu OIL (najlepiej na
płyce CD)

OKŁADKA

Zdjęcie dr Halina Teodorczyk

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i adjustacji nadesłanych tekstów.
Przedruk artykułów oraz wykorzystywanie zdjęć tylko za zgodą redakcji.

BIURO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

71-332 Szczecin,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 11,
tel. 091 487 49 36

mgr Grażyna Kowalczyk
tel. 091 487 49 60
poniedziałek, środa w godz. 8.00-15.00
wtorek, czwartek w godz. 8.00-15.00
piątek w godz. 8.00-14.00

SEKRETARIAT

Małgorzata Czapp
tel. 091 487 49 36 w. 106
poniedziałek, środa w godz. 8.00-15.00
wtorek, czwartek w godz. 8.00-16.00
piątek w godz. 8.00-14.00

OKRĘGOWY REJESTR LEKARZY

(Prawa Wykonywania Zawodu)
mgr inż. Lidia Borkowska
tel. 091 487 49 36 w. 104
poniedziałek, środa w godz. 8.00-15.00
wtorek, czwartek w godz. 8.00-15.00

REJESTR INDYWIDUALNYCH PRAKTYK LEKARSKICH

mgr Małgorzata Amonowicz
Tel. 091 48 74 936 w.107
poniedziałek, środa w godz. 8.00 - 15.00
wtorek, czwartek w godz. 8.00 - 16.00

BIURO OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ I OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO

mgr Małgorzata Pyra-Głogowska
tel. 091 487 48 98
poniedziałek, środa w godz. 8.00-15.00
wtorek, czwartek w godz. 8.00-16.00
piątek w godz. 8.00-14.00

KSIĘGOWOŚĆ

mgr Maria Lwińska - główna księgowa
tel. 091 487 49 36 w. 111
poniedziałek, środa w godz. 8.00-15.00
wtorek, czwartek w godz. 8.00-16.00
piątek w godz. 8.00-14.00

WINDYKACJA SKŁADEK, KASA

mgr Małgorzata Amanowicz
tel. 091 487 49 36 w. 107
poniedziałek, środa w godz. 8.00-15.00
wtorek, czwartek w godz. 8.00-16.00
piątek w godz. 8.00-14.00

www.oil.szczecin.pl
email: biuro@oil.szczecin.pl

- 3 Od redakcji
Ewa Szpindor
- 6 Wybory przewodniczącego Okręgowej Rady
Lekarskiej - opinia prawna
mec. Andrzej Lubiniecki
- 6 Jak protestowaliśmy w naszych placówkach
- 10 Ołowiane żołnierzyki
Ryszard Kijak
- 11 Dlaczego lekarze protestują
Halina Teodorczyk
- 12 I co dalej...
Krzysztof Bukiel
- 13 Wojewoda uświadomiony...
Ewa Szpindor
- 14 Rozwiązanie sporu z lekarzami według
v-ce ministra Piechy
Ewa Szpindor i Maciej Niwiński
- 16 Program racjonalnego systemu opieki zdrowotnej
Ewa Szpindor
- 17 Jak powinno wyglądać tzw. współpłacenie
za świadczenia zdrowotne według OZZL
Krzysztof Bukiel
- 18 Jak to jest z tą podwyżką o 30% od października
2006 r.?
Krzysztof Bukiel
- 20 Pułapki prawne kontraktów
Andrzej Lubiniecki i Marta Szmajda
- 22 Dyżur medyczny, a czas... w UE
Ewa Szpindor
- 22 Listy do redakcji
- 24 Wspomnienie o Zygmuncie Jabłońskim
Małgorzata Lewandowska
- 24 Lekarze Niezwykli 2005
Mieczysław Chruściel
- 25 Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji OIL
M. Mroźewski, Halina Teodorczyk
- 27 Sukces w Dębicy
Mirosława Przyłuska
- 28 Historia szpitala pomorzańskiego
Jerzy Romanowski
- 32 Satyra w barchanach

SKŁAD OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ V KADENCJI (członkowie funkcyjni)

- dr n.med. **Jacek Podolski** - Przewodniczący
- lek. med. **Jacek Siwulski**
- v-ce Przewodniczący -
- lek. med. **Lech Szadziuk**
- v-ce Przewodniczący
- dr. n med. **Leszek Herbowski** - Skarb(NIK)
- dr. n med. **Ewa Szpindor** - Sekretarz
- lek. med. **Liliana Chamarczuk**
- z-ca Sekretarza
- Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej - dr.n. med. **Marek Rybkiewicz**
- Przewodniczący Okręgowego Sądu
Lekarskiego - lek. med. **Tadeusz Sokala**
- Przewodnicząca Okręgowej Komisji
Rewizyjnej - lek. med. **Alicja Cymbaluk**
- Przewodnicząca Okręgowej Komisji
Wyborczej - dr. n. med. **Ewa Szpindor**

WYDARZENIA – KOMENTARZE – OPINIE

Jak protestowaliśmy w naszych placówkach

Głosy po proteście 7-go kwietnia ze Szczecina, Stargardu Szczecińskiego, Polic, Łobza, Nowogardu, Węgorzyna, Cerkwicy, Golczewa, Gryfic, Starej Dąbrowy, Drawska Pomorskiego, Dębna Lubuskiego.



FOT. HALINA TEODORCZYK

Regionalny Komitet Protestacyjny Środowisk Medycznych.

Szczecin: wszystkie szpitale przystąpiły do protestu. Na oddziałach pracowaliśmy jak na ostrym dyżurze. Personel dyżurny ubrany był na czarno. W przychodniach podobnie, od godziny 12 do 14 nie byli przyjmowani pacjenci. Wywiesiliśmy także plakaty informujące o przeprowadzanej akcji protestacyjnej. Większość pacjentów zgadzała się z akcją, jednak była też duża grupa, która wyrażała swoje niezadowolenie związane z zaistniałymi trudnościami.

(...) U nas było OK. Protestowaliśmy cały dzień w naszej specjalistycznej przychodni. Pacjenci byli wcześniej poinformowani i nie było ich u nas. POZ chyba też nie podsyłał ich do nas. Nie było negatywnych odczuć. Trafiło się parę osób „z marszu”, trochę pokręcili nosem, ale zrozumieli, w czym sprawa. Informacje udzielane były pacjentom już od poniedziałku i wtedy też powiesiliśmy nasze plakaty i udostępniliśmy ulotki. Dla „zabłąkanych” umieściliśmy informację, gdzie jest ostry dyżur.

(...) Swój NZOZ stomatologiczny zamknęłam na glucho, pracownicy wzięli urlopy. Pacjentów nie umawialiśmy. Rejestratorka odebrała dwa telefony, czy przyjmujemy bólowych pacjentów, ale po wytłumaczeniu pacjenci nie mieli pretensji.

Nowogard: „strajkowaliśmy” dwie godziny. Pacjentów było w tym dniu 5. Akcja dobrze rozpropagowana. Ubrani byliśmy na czarno, co widać na fotografii w gazecie nowogardzkiej. Sąsiedzi też „strajkowali”. Akcje trzeba powtarzać aż do skutku.

Łobez: protest w przychodniach przebiegał zgodnie z zaleceniami, pracę przerwaliśmy na 2 godziny między 12, a 14, placówki były oplakatowane. Pacjenci otrzymali ulotki informacyjne już kilka dni wcześniej. Personel nosił czarne stroje. Pacjenci popierali nas, nie było negatywnych komentarzy. W całym powiecie łobeskim akcja wyglądała podobnie – protestowały NZOZ-y, POZ i placówki specjalistyczne z wyjątkiem szpitala „Inetmedu” w Resku.

Węgorzyna: Dzień protestu minął spokojnie, pacjenci raczej wykazywali zrozumienie, tylko raz ustyszeliśmy, że „strajkować im się zachciało”. Przez cały dzień byliśmy w przychodni, oplakatowanej, ubrani na czarno, od 12 do 14 całkiem zamknęliśmy placówkę. W pozostałych godzinach, zgodnie z informacją przekazaną naszym pacjentom wcześniej, przyjmowani byli tylko ci, którzy tego bezwzględnie potrzebowali (dzieci z wysoką temperaturą i jeden pacjent urazowy). Po-

Wybory Przewodniczącej Okręgowej Rady Lekarskiej - opinia prawna

mec. Andrzej Lubiniecki

W dniu 25 marca 2006r. w toku obrad Okręgowej Rady Lekarskiej, w podcazas swojego wystąpienia, przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej dr Wojciech Jagielski złożył oświadczenie o zrzeczeniu się stanowiska funkcyjnego – przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej. W złożonym następnie pisemnym oświadczeniu, jako podstawę swojej decyzji wskazał on 7 ust. 1 uchwały nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów.

Analizując niniejszy stan faktyczny, należy przede wszystkim odpowiedzieć na pytanie, jaką rolę odgrywa przewodniczący okręgowej rady lekarskiej w ramach organów okręgowej izby lekarskiej, zarówno w oparciu o ustawę, jak i wymienionej powyżej uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej.

I tak, przepisy ustawy o izbach lekarskich określają, iż przewodniczącego okręgowej rady lekarskiej wybiera w wyborach bezpośrednich okręgowy zjazd lekarzy. Tym samym przewodniczący z mocy samego wyboru na stanowisko, uzyskuje mandat członka organu, jakim jest okręgowa rada lekarska. Jednak ustawa ta poza wskazaniem, iż przewodniczący wchodzi w skład prezydium okręgowej rady lekarskiej oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, nie daje mu żadnych szczególnych prerogatyw. Dopiero uchwała NRL nr 17/90/I w sprawie ramowych regulaminów organizacji (...) precyzuje, iż przewodniczący zwołuje posiedzenia prezydium ORL i kieruje jego pracami, przydzielając sprawy do załatwienia poszczególnym jej członkom. Prowadzi on także obrady ORL bez prawa do jej zwołania, reprezentując ją na zewnątrz, z tym, że to uprawnienie do reprezentacji jest o tyle ograniczone, że nie posiada on uprawnienia do składania oświadczeń woli rodzących zobowiązania majątkowe.

Przewodniczący jest zatem członkiem organu jakim jest ORL, który kolegialnie podejmuje decyzje w imieniu ORL, wykonując pewne funkcje administracyjne i reprezentacyjne. Jednakże różnica pomiędzy nim a pozostałymi osobami pełniącymi stanowiska funkcyjne w radzie (np. zastępca przewodniczącego, sekretarz) polega na tym, że na stanowisko funkcyjne – prze-

odniczącego dy Lekarskiej



**Andrzej
Lubiniecki**

Radca prawny
Lubiniecki Sottyszewski
Kancelaria Radców
Prawnych sp. p.

wodniczącego ORL, wybiera bezpośrednio okręgowy zjazd lekarzy. Zatem osoba wybierana na stanowisko funkcyjne przewodniczącego z mocy prawa uzyskuje mandat członka dwóch organów, jakim są: właściwa miejscowo okręgowa rada lekarska oraz Naczelna Rada Lekarska.

... należy stwierdzić, iż przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej może w trybie § 47 uchwały w sprawie regulaminu wyborów (...) ogłosić, iż mandat i stanowisko przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie uzyskuje osoba, która jako kontrkandydat dr Wojciecha Jagielskiego uzyskała kolejno największą liczbę głosów.

Definicję pojęć „stanowisko funkcyjne” i „organ” określa uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) nr 76/04/IV w sprawie regulaminu wyborów (...), w § 2, która nie tylko że zawiera tzw. słownik pojęć, ale również wskazuje zamknięty katalog stanowisk funkcyjnych i organów samorządu lekarskiego.

WYDARZENIA – KOMENTARZE – OPINIE



FOT. EWA SZPINDOR

Protest w Szpitalu SPSK nr 2.

zostali przelożeni na po niedzieli (zaświadczenia, niektóre recepty, bóle kręgosłupa od tygodni, katary). Pacjenci raczej popierali. Cytaty:

- „dawno powinniście się zbuntować”
- „obietali, nie dali, u nas tylko ten, kto walczy o swoje, może coś wygrać”
- „kto to widział, żeby służba zdrowia była tak beznadziejnie opłacana”
- „na całym świecie służba zdrowia jest opłacana jak trzeba, a u nas i was i nas (pacjentów) mają za nic

Powiat Gryficki: naszą placówkę oplakatowaliśmy. Dysponowaliśmy wystarczającą ilością plakatów i informacji. Nawiasem mówiąc wkradł się błąd edycyjny tak w formacie A5 jak i A3. Naszym zdaniem ani treść, ani forma tej informacji nie była szczególnie szczęśliwa.

Zainteresowanie i odbiór społeczny raczej słabe. Liczył się sam fakt, bo o tym większość pacjentów wiedziała z TV. W dyskusjach o placach – trudny temat – wytykano nieprawidłowości, utrudnienia, samochody, wille itp. A w naszych po PGR-owskich realiach jest to solą w oku. Argumenty, że to w ich interesie protestujemy, w większości trafiła przysłowiową kulą w plot. Tu kłaniają się relacje TV o pijanych lekarzach, łapówkach, że chodzi tylko o pieniądze dla lekarzy itd.



FOT. EWA SZPINDOR

Spotkanie Regionalnego Komitetu Protestacyjnego w dniu protestu.

Wybraliśmy formę, że od 12 do 14 nie udzielamy porad lekarskich. Rozdawaliśmy ulotki. Poza lekarzami czarny strój nie obowiązywał – decyzje indywidualne. Objechaliśmy większość placówek w powiecie. Poza SPZZOZ w Gryficach, placówkach w Plotach, nie stwierdziliśmy zewnętrznych informacji o proteście (plakaty).

WYDARZENIA – KOMENTARZE – OPINIE



FOT. HALINA TEODORCZYK

Protest w gabinecie stomatologicznym.

Zainteresowanie lekarzy – odnieśliśmy wrażenie – mierne. Solidarności raczej nie było. Personel tzw. średni był bardziej skory do działania. Wnioski: dalsza efektywna praca nad konsolidacją całego środowiska ochrony zdrowia. W tej „służbie” każdy ma swoje pole do obrobienia, nie ma tu lepszych, czy gorszych, jeden bez drugiego nie ma racji bytu. Ta profesja to, chciałoby się powiedzieć, etyczny i wrażliwy monolit. A o sukcesach i klęskach jak zawsze decydują słabości. Tak wynika nie tylko z wiedzy wieszczów narodowych, historii (nie tylko odległej) jak i współczesnych dokonań naukowych. To prawda tak oczywista, że chyba niezrozumiała. Pieniądz – tak ważny element – ale w naszym „systemie” element pogardzany, nie poszanowany. Tak to wyglądało z naszej, wiejskiej, perspektywy. Pozadrość, jeżeli w Szczecinie było lepiej. Mamy nadzieję, że wiosna i pod strzechy zawita – bo przykład idzie z góry.

Golczewo: A ja u siebie nie przyjmowałam cały dzień. Ludzie podeszli do tego ze zrozumieniem, ale nie wiem co będzie jutro. Pewnie pacjenci „urwą mi głowę”, po oglądnięciu wiadomości w TV, gdzie była mowa o 2 godzinach protestu, w pozostałych godzinach wszystko było cacy, a w niektórych przychodniach przyjmowali cały dzień bez ograniczeń... Niedobrze, oj niedobrze...

Powiat Stargardzki: wrażenia z protestu u mnie niezbyt optymistyczne. Oplakatowałam i oflagowałam przychodnię. Pacjenci byli przeze mnie też ustnie informowani wcześniej. Zamknęłam w godzinach 12-14, co myślę, że nie było specjalnie dostrzeżone, ponieważ są to u mnie godziny wizyt domowych. Przejężdżałam przez Stargard Szczeciński i nie dostrzegłam, niestety, żadnych oznak protestu na dwóch mijanych przychodniach POZ. Reakcja pacjentów też praktycznie prawie żadna, a mój czarny strój nie wzbudził zainteresowania, bo często noszę się na czarno. Konkluzja: na wsi bez rewelacji.

Drawsko Pomorskie: My nie pracowaliśmy w Drawsku, ale nie było żadnych plakatów, nie mieliśmy.

Gryfice: u nas na oddziale ginekologicznym pracowaliśmy jak w dzień świąteczny. Poradnia pracowała tylko 2 godziny – dla ciężarnych.

Dębno Lubuskie: protestując przeciwko niskim zarobkom, nadmiarowi obowiązków i nie docenieniu naszego zawodu, zamknęliśmy przychodnię na 4 godziny. Oplakatowałam przychodnię i przeprowadziłam rozmowy z pacjentami, ale ogólnie mówiąc, trzeba byłoby zrobić coś w stylu lekarzy niemieckich. Nasze protesty są za słabo wyrażone, a środowisko lekarskie jest za mało solidarne, żeby mówić jednym głosem. My się bijemy za te pieniądze, które daje NFZ, na jedno miejsce jest trzech chętnych, to po co mają dawać podwyżkę?

Police: zamknęliśmy przychodnię na 2 godziny. Solidnie oplakatowałam, ale ulotek nie rozdawałam, bo ich nie mieliśmy. Personel nosił czarne stroje. Pacjenci reagowali różnie. Część popierała protest, a część wprost przeciwnie, bo „...płacą na NFZ olbrzymie pieniądze...”.

Wybory Przewodniczącego - opinia prawna cd.

Uchwała ta określa ponadto zasady wyborów do organów samorządu lekarskiego oraz między innymi długość ich kadencji.

I tak, w § 6 uchwały określono czas, po upływie, którego wygasają mandaty członków poszczególnych organów. Przy czym zapis ten dotyczy całej pełnej kadencji, której długość została określona w art. 7 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich na cztery lata.

Jak należy domyślać się, ze względów praktycznych, w § 6 ust. 3 uchwała w sprawie regulaminów wyborów (...) przewiduje, iż mandat przewodniczącego wygasa z chwilą wyboru nowego przewodniczącego na to stanowisko.

Jednak już w § 7 ust. 1 tej samej uchwały, przewidziano sytuację odmienną, kiedy to następuje utrata mandatu oraz w ust. 2 stanowiska funkcyjnego przed upływem kadencji z powodu np. śmierci członka organu, zrzeczenia się mandatu, skreślenia z listy członków okręgowej izby lekarskiej. Zatem złożenie rezygnacji powoduje wygaśnięcie mandatu i utratę stanowiska funkcyjnego.

Prawdopodobnie zatem, kierując się względami praktycznymi, tj. mając na celu uniknięcie skomplikowanej i nierządno kosztownej procedury wyborczej, NRL przewidując taką sytuację, w § 7 ust. 4 uchwały wskazała, iż w przypadku wygaśnięcia m.in. mandatu członka organu izby lekarskiej, za wyjątkiem utraty mandatu wskutek odwołania organu przed upływem kadencji, mandat uzyskuje kandydat, który w wyborach uzyskał kolejno największą liczbę głosów.

Sytuacja jest dość klarowna i czytelna jeśli chodzi o szeregowe członka organu, takiego jak np. okręgowego zjazdu lekarzy, okręgową radę lekarską, okręgową komisję rewizyjną. Zrzeczenie się mandatu np. przez członka ORL lub delegata okręgowego zjazdu lekarzy powoduje jego wygaśnięcie oraz automatyczne uzyskanie tego mandatu przez kandydata, który w przeprowadzonych wyborach uzyskał kolejno największą liczbę głosów.

Natomiast całkowicie odmiennym jest przypadek przewodniczącego oraz okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, który uzyskał mandat członka organu i stanowisko funkcyjne w wyborach przeprowadzonych bezpośrednio przez okręgowy zjazd lekarzy.

Ponieważ wybór na stanowisko przewodniczącego łączy się nierozdzielnie z mandatem członka właściwej miejscowo okręgowej rady lekarskiej a stanowisko okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej z mandatem organu o tej samej nazwie, zatem zrzeczenie się funkcji stanowi równoczesne zrzeczenie się mandatu członka okręgowej rady lekarskiej lub mandatu i okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Z uwagi na powyższe, w omawianej sytuacji, Pan dr Wojciech Jagielski zrzekając się funkcji przewodniczącego, zrzekł się jednocześnie mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie. Zatem mamy tu do czynienia z wygaśnięciem mandatu w rozumieniu § 7 ust. 1 w związku z ust. 2 pkt. 1 uchwały w sprawie regulaminu wyborów (...).

Okręgowej Rady Lekarskiej

Odpowiadając na pytanie, czy w tym przypadku można zastosować § 7 ust. 4 w/w uchwały należy odpowiedzieć, iż przemawiają za tym poglądem zarówno przepis zawarty w § 42 uchwały, który wprost wskazuje, że wybory uzupełniające do organów jak i na stanowiska funkcyjne przeprowadza się tylko w przypadkach, gdy nie może być zastosowany § 7 ust. 4. Pośrednio także § 44 ust. 2 uchwały wskazuje na to, że w takim przypadku nie przeprowadza się wyborów uzupełniających, gdyż wybory te na stanowisko przewodniczącego okręgowej rady lekarskiej lub okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej przeprowadza się tylko w przypadku odwołania go przez okręgowy zjazd lekarzy przed upływem kadencji.

Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, iż przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej może w trybie § 47 uchwały w sprawie regulaminu wyborów (...) ogłosić, iż mandat i stanowisko przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie uzyskuje osoba, która jako kontrkandydat dr Wojciecha Jagielskiego uzyskała kolejno największą liczbę głosów.

PROTEST

Szczecin dn.04.04.2006

Krajowa Komisja
Wyborcza
Naczelnej Izby Lekarskiej

za pośrednictwem Okręgowej Komisji Wyborczej OIL
w Szczecinie

Składam **protest** w związku z obwieszczeniami nr 1/2006 i 2/2006 z dn. 30.marca 2006r. Okręgowej Komisji Wyborczej w Szczecinie. Uzyskanie mandatu i stanowiska Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej nie może odbywać się w trybie §7 ust.4 uchwały nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej. Ustęp 4 mówi o wygaśnięciu mandatu delegata na zjazd, członka organu izby lekarskiej i delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy, nie mówi natomiast nic o mandacie Przewodniczącego Rady. Ustawa o Izbach Lekarskich oraz ww. Uchwała NRL mówi o wyborze przewodniczącego przez Zjazd i w związku z tym nie może Mieć zastosowania przyjęty przez Okręgową Komisję Wyborczą OIL w Szczecinie tryb mianowania przewodniczącego.

Z poważaniem
Wojciech Jagielski



**Te miejsca
czekają
już tylko
na Ciebie...**

**bilety lotnicze,
wczasy, wycieczki
Turcja, Tunezja, Egipt
- wyloty ze Szczecina**

UNITY TRAVEL

Biuro Podróży Unity Travel

Pl. Rodła 8, Szczecin

tel. 91 35 95 882, 91 35 95 756,
91 35 95 655, 91 35 95 875

e-mail: wakacje@unityline.pl;

loty@unityline.pl; www.unityline.pl

Ołowiane żołnierzyki...

Ryszard Kijak



Lekarzom, pielęgniarkom i innym pracownikom medycznym nie udało się, jak do tej pory, znaleźć skutecznej formuły na to, by z powodzeniem walczyć o swoje prawa i o prawa pacjenta. Z obserwacji wynika, że własnymi siłami środowisko raczej nie doprowadzi do dokonania zasadniczych korekt w organizacji ochrony zdrowia.

Publiczny doktor jest doktorem wszytkowiedzącym. Nikogo się nie boi, wie jak zrobić, żeby było dobrze. Ale ta wszechwiedza opłacana jest w większości przypadków, zwłaszcza przez NFZ, nader mizernie. Z kolei doktor sprywatyzowany klnie na NFZ w żywy kamień, życzy, aby go jak najprędzej szlag trafił, ale robi to tak, by nikt tego przypadkiem nie słyszał. Z NFZ oczywiście. Do NFZ wchodzi w pozycji kolankowo-łokciowej i tak samo z niego wychodzi, tylko że tyłem. W swoim zakontraktowanym gabinecie zasuwa jak mały samochodzik, choć ledwo starcza na paliwo, a silnik grozi zatarciem z powodu braku gotówki na wymianę przepalonego oleju. Jedynie tłumik musi być sprawny. Trochę odważniejsi są dyrektorzy, lecz tylko wtedy, gdy zbiórą się do kupy. Co się rzadko zdarza.

W jednej z polskich komedii filmowych pokazano napad reketierów na rosyjski autobus. Po napadzie nasza policja usiłowała bezskutecznie namówić Rosjan do złoże-

nia zeznań. Zirytowany policjant skwitował to tak: „bo wy to jesteście naród w tyłek dostać lubiący!” Czy tylko Rosjanie?

Tak zwany statystyczny lekarz rodzinny w naszym kraju narzeka, że NFZ „wynegocjował” z nim o 30% mniej pieniędzy niż w zeszłym roku. Nie wystarczy mu nawet na amortyzację sprzętu. „*Ale biorę to, co dają, albo odchodzę z niczym. Nie wiem, czy uda mi się przetrwać*” – narzeka słusznie.

O co więc w tym systemie ochrony zdrowia chodzi? Zaledwie o „przetrwanie”? A gdzie obiecany wolny wybór lekarza i ubezpieczyciela, gdzie promocja dobrej jakości usług, gdzie poprawa dostępu pacjenta do świadczeń i gdzie poprawa sytuacji pracowników ochrony zdrowia? Na to, że nie przetrwają, narzeka większość świadczeniodawców. Narzekają lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Narzekają dentyści, narzekają szpitale i pogotowia ratunkowe. Narzekają, ale kontrakty podpisują. Zamiast zarabiać, będą do interesu dokładać. I to jest właśnie przykład na to, że my też jesteśmy „narodem w tyłek dostać lubiącym”. Lub jesteśmy narodem hobbyistów. Jak wiadomo, hobby polega na tym, że człowiek ma zajęcie, do którego dopłaca. Dla lekarzy POZ, dentyistów, specjalistów sprywatyzowanych na chama (np. na zasadzie „podkontraktów”), praca w branży zdrowotnej stała się piekielnie drogim hobby. I tylko hobbyistom rząd może zawdzięczać, że ta ochrona zdrowia w naszym kraju jeszcze nie skrzyła sobie karku. Hobbyista podpisuje wszystko, co mu każą, chociaż wie, że mu się to nie opłaci ani w bliższej, ani w dalszej perspektywie. Niestety, nie ma innego wyjścia, bo lubi swoją robotę.

Po podpisaniu kontraktu, np. hobbyista-okuliści wykona pacjentowi pełny zakres badań, wartych co najmniej 100 zł, gdyż tak mu każe sumienie i etyka zawodowa, ale do rozliczenia wpisze jedynie „poradę” za

15 zł, ponieważ tylko tyle zapłaci mu NFZ. Reformatorzy trąbią, że urealnili stawki, a tymczasem hobbyista po prostu nie wykazuje niektórych świadczeń i robi je za darmo, gdyż inaczej: „game over” i pożegnaj się z kontaktem. Towarzystwo hobbyistów zostało zdławione do tego stopnia, że dopuszczono, by chory system ochrony zdrowia funkcjonował kosztem jego czasu i kieszeni. Pozwala traktować się jak taboret. Wadą tego taboretu jest to, że każda noga

„ Materię można kształtować do takiego stopnia, do jakiego dana materia sama pozwala się kształtować. ”

chce iść w innym kierunku, więc mebel cały czas drepcze w jednym miejscu. Sam się nie ruszy. Ale za to można go dowolnie przestawiać. I przestawia kto chce. Porównanie do taboretu jest bardzo dobre również i z tego względu, iż na taborecie nie zasiada przecież głowa. Gdyby taboretowi było bliżej głowy, to może szybciej by sobie uzmysłowił, że właścicielem pieniędzy przeznaczonych na świadczenia zdrowotne nie jest ani NFZ, ani rząd, ani nawet nasza guru Zyta. Ich właścicielem jest społeczeństwo, bo pochodzą one z podatków. W tym również i z podatków 600-tysięcznej rzeszy pracowników ochrony zdrowia. A pracownicy ci, którzy przecież w olbrzymiej mierze dofinansowują ochronę zdrowia i płacą za nią ze środków zaoszczędzonych przez pracodawców poprzez utrzymywanie niskich wynagrodzeń, brak podwyżek, premii, poprzez redukcje, mają szczególne prawo



do współdecydowania o tym, jak ta ochrona zdrowia ma wyglądać. Podobno, kto płaci, ten wymaga. Ale to, że się ma do czegoś moralne prawo, nie znaczy, że się je umie wykorzystać. Hobbyści niby też czegoś się tam domagają, ale nikt ich nie słucha, bo nie są groźni dla otoczenia. Tacy tam, nieszkodliwi maniacy.

Podejrzewam, że podwaliny reformy w ochronie zdrowia z premedytacją zostały oparte na tej właśnie słabości. Gdyby było inaczej, nikt nie odważyłby się wprowadzić czegoś takiego i to w takiej formie, w której – w porównaniu ze stanem poprzednim – zamiast obiecanej poprawy, następuje pogorszenie sytuacji pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Bo co to za argument np., że w Wielkiej Brytanii na wycięcie migdałków czeka się 123 dni, a u nas co najwyżej kilka tygodni? Przed reformą pacjent czekał u nas co najwyżej tydzień. Co z tego, że dentysta z NFZ może za darmo zainstalować pacjentowi w bocznym zębie glut z metalu, zwany amalgamatem, w zębie przednim wypełnienie chemoutwardzalne, a za opłatą wypełnienie utwardzane światłem? Przed reformą pacjent miał to za darmo. Czy to jest poprawa dostępu i jakości? Bez wyceny procedur medycznych, bez zwiększenia odpisu podatku na świadczenia zdrowotne, bez współpłacenia przez pacjenta i bez konkurencyjnych ubezpieczycieli cała ta zreformowana ochrona zdrowia traci jakikolwiek sens. Staje się fasadą, za którą kryje się stary, dobrze znany skądinąd, system nakazowo-rozdzielczy.

Obserwując reakcje środowiska medycznego na polityczne manipulacje i cyniczne działania prowadzone przez rząd, między innymi zrzucające na lekarzy odpowiedzialność za pogorszenie jakości usług i utrudnienie dostępu do specjalisty, oraz stwierdzając brak skutecznego oporu ze strony tego środowiska, można się pokusić o sformułowanie pewnej reguły socjologicznej. Chociaż od kilku lat jest ona z powodzeniem wykorzystywana przez kolejne ekipy rządzące, nikt dotychczas nie ubrał jej w słowa. Czyniąc to jako pierwszy, z przykrością proponuję nazwać tę regułę „prawem Kijaka”. Brzmi ono tak: „materię można kształtować do takiego stopnia, do jakiego dana materia sama pozwala się kształtować”.

W ochronie zdrowia materia daje się kształtować dowolnie. W razie protestu materii medycznej, wystarczy mocniej tupnąć nogą”.

Ołowiane żołnierzyki? Czy aby na pewno?

Dlaczego lekarze protestują?



Halina Teodorczyk

Zmobilizowana artykułem Macieja Mroźewskiego z ostatniego numeru „Vox Medici”, a także chcąc ocalić od zapomnienia pewne wspomnienia związane z protestem lekarzy, chciałabym przypomnieć protesty z roku 1996. To przecież już 10 lat minęło od tamtych zdarzeń. A w zasadzie nic się w naszych żądaniach nie zmieniło. Nie zmieniły się także warunki naszej pracy i płacy. Muszę Wam Koleżanki i Koledzy, zwłaszcza młodszy, o tamtych protestach przypomnieć.

Jak wtedy było

Ochrona zdrowia była finansowana centralnie, niezależnie od zakresu wykonywanej pracy, każdy pacjent stanowił obciążenie finansowe placówki, a każda operacja powiększała dług szpitala, na ochronę zdrowia jednego obywatela naszego kraju rocznie przeznaczano się sumę odpowiadającą 108\$, płace lekarzy wynosiły 80% średniej krajowej, aby dorobić lekarze pracowali na dodatkowych etatach, ze szkodą dla podstawowej pracy. Efektem złej sytuacji w ochronie zdrowia było zwiększająca się ilość zgonów z powodu chorób serca, nowotworów, urazów.

O co wtedy walczyliśmy

O finansowanie ochrony zdrowia przez samorządne, niezależne od różnych celów politycznych organizacje ubezpieczeniowe, o to, aby każdy

pacjent stanowił dla placówki leczniczej źródło pieniędzy przekazywanych przez ubezpieczyciela za wykonaną usługę, o przeciętną europejską średnią na każdego pacjenta rocznie – ponad 500\$, o minimum 6% PKB na ochronę zdrowia w Polsce,

W dniu **13 września 1996 r.** spotkali się przedstawiciele Okręgowych Izb



Lekarskich na manifestacji w Warszawie. Mieliśmy transparenty, flagi, plakaty ze szczytnymi hasłami.

Wtedy do głowy nie przyszłoby chyba nikomu, że z niemalże z takimi samymi hasłami przyjdzie się wyruszyć do Warszawy na analogiczną manifestację **10 maja 2006 r.**, 10 lat później. Przez minione 10 lat poza NFZ, funkcjonującym, jak funkcjonuje, praktycznie niczego nie udało nam się zmienić. To bardzo bolesne. I to także wskazuje na to, że dzisiaj musimy być szalenie konsekwentni w działaniu, inaczej na kolejne 10 lat o reformach będziemy musieli znowu zapomnieć...

Co dalej?



Krzysztof Bukiel

Protest 7 kwietnia okazał się sukcesem. Oczywiście jeśli chodzi o stronę organizacyjną, o powszechność, o wydzwięk społeczny. Jak jednak można się było spodziewać, po 7 kwietnia sytuacja służby zdrowia nie uległa cudownej poprawie. Co więcej nie przyniosła przełomu w postawie rządzących. Dla polityków taki jeden dzień to zdecydowanie za mało, aby skłonić ich do poważnych działań. Mogą co najwyżej zorganizować jakąś pokazową debatę sejmową, wygłosić parę wzniosłych apeli i oświadczeń, ostatecznie – sklecić jakąś „ustawę 203”, aby czym prędzej wrócić do tego co naprawdę ich pasjonuje. Dlatego aktualne staje się pytanie: Co dalej? Jakie jeszcze możemy podjąć kroki, aby zmusić rząd do poważnego zajęcia się problemem służby zdrowia w Polsce i płacami pracowników medycznych w szczególności. Urlopów na żądanie nie można brać w nieskończoność. Trudno też spodziewać się, aby inne, łagodniejsze formy protestu przyniosły jakikolwiek skutek. Moim zdaniem realnych sposobów działania jest stosunkowo niewiele: strajk, organizowany przez związek zawodowy, powszechna rezygnacja lekarzy z prawa do wypisywania druków ZUS ZLA, masowe wypowiadanie przez lekarzy umów o pracę (umów cywilno prawnych), może jeszcze raz urlop na żądanie i demonstracja w Warszawie.

Dlaczego strajk? Bo daje największą ochronę prawną, pozwala na stosunkowo szeroką paletę działań i nie stawia ograniczeń czasowych. Musimy sobie uświadomić, że niewykonywanie jakichkolwiek czynności, do których lekarz jest zobowiązany, pracując w szpitalu lub przychodni, może być uznane za działania nieprawne i narazić lekarza na konsekwencje, np. na dyscyplinarne zwolnienie z pracy albo roszczenia cywilno-prawne pacjentów. Będzie tak zarówno w przypadku tak niewinnego działania, jak nie wypełnianie kart statystycznych, jak i tak poważnego, jak ograniczenie udzielania świadczeń zdrowotnych. Nie obroni lekarza fakt, że taka czy inna forma protestu została ogłoszona przez samorząd lekarski. Zupełnie inaczej jest w przypadku strajku, zorganizowanego zgodnie z prawem przez związek zawodowy. Wówczas to, co wcześniej było bezprawne (np. nie wypisywanie niektórych druków, nie wystawianie zaświadczeń, ograniczanie udzielania świadczeń zdrowotnych), staje się legalne, bo strajk na tym właśnie polega, że nie robi się tego w pracy, co normalnie robić trzeba. Wniosek zatem jest taki: jeśli ktoś chce legalnie, w ramach protestu, zaprzestać pracy (obojętnie w jakim zakresie), musi przystąpić do legalnego strajku. Nie będzie to możliwe, gdy w zakładzie pracy nie będzie działał związek zawo-

dowy. Dlatego OZZL zaapelował do lekarzy o wstępowanie do związku lub o tworzenie nowych organizacji zakładowych w tych szpitalach, gdzie związku nie ma. Strajk można przeprowadzić po wszczęciu przez związek zawodowy sporu zbiorowego z pracodawcą i po przejściu określonych procedur: negocjacji, mediacji, podpisania protokołu rozbieżności. Warunkiem bezwzględny jest też przeprowadzenie referendum strajkowego. „Instrukcję” jak przeprowadzić legalny strajk zawiera ustawa o rozwiązywaniu sporów zbiorowych.

Niewypełnianie druków ZUS ZLA jest – moim zdaniem – jedyną formą zaniechania wykonywania czynności, które normalnie lekarz wykonuje w pracy, bez konieczności ogłaszania strajku. Trzeba bowiem pamiętać, że wypisywanie druków ZUS ZLA to nie jest nasz bezwzględny obowiązek. Obowiązkiem się staje dopiero wtedy, gdy zechcemy, aby się

” Wypowiedzenie umowy o pracę to niewątpliwie najbardziej skuteczny, cywilizowany i prosty sposób wyrażenia swojego niezadowolania z warunków wynagradzania. “

stał i wystąpimy do ZUS o wydanie nam upoważnienia do wystawiania druków ZUS ZLA. Na marginesie można zauważyć, że wypełnianie tych druków nie służy w celu orzekania o stanie zdrowia, ale w celu określenia prawa chorego do zasiłku. Aby orzekać o stanie zdrowia, wystarczy napisanie przez lekarza na kartce papieru, że dany pacjent jest niezdolny do pracy z powodu choroby. Aby chory – ubezpieczony w ZUS-otrzymał zasiłek pieniężny z ZUS, trzeba wypełnić druk, wymyślony przez ZUS i stanowiący część jego dokumentacji. Dzięki temu, że druk ten wypełnia lekarz, ZUS nie musi zatrudniać dodatkowych pracowników. Skoro wydanie upoważnienia na wystawianie druków ZUS ZLA dokonuje się na wniosek lekarza, to logiczne jest, że lekarz może zrezygnować z tego upoważnienia wycofując swój wniosek. Jeśli lekarze uczynią to masowo – nie wystawianie druków ZUS ZLA może się stać formą akcji protestacyjnej, możliwej do przeprowadzenia bez ogłaszania strajku. „Ubocznym” skutkiem tej formy protestu może się stać wymuszenie na ZUS, aby płacił lekarzom za wypełnianie jego dokumentacji.

Ale jest w tym wszystkim jeden haczyk prawny. Otóż uprawnienie do wypisywania druków ZUS ZLA lekarz otrzymał w drodze **decyzji administracyjnej ZUS**. Zatem cofnięcie tego uprawnienia musi nastąpić w drodze **uchylenia decyzji administracyjnej ZUS**. Teoretycznie zatem, mimo, że sam lekarz nie będzie zainteresowany posiadaniem uprawnienia i z niego zrezygnuje, ZUS nie uchyli wobec niego swojej decyzji administracyjnej o nadaniu uprawnienia. Może bowiem kierować się tutaj przepisami kodeksu postępowania administracyjnego (art. 155), który przewiduje, że: „*Decyzja ostateczna, na mocy której strona nabyła prawo, może być w każdym czasie za zgodą strony uchylona lub zmieniona przez organ administracji publicznej, który ją wydał, lub przez organ wyższego stopnia, jeżeli przepisy szczególne nie sprzeciwiają się uchyleniu lub zmianie takiej decyzji i przemawia za tym interes społeczny lub słuszny interes strony*”. Zatem ZUS mógłby zastrzeżenie się „interese społecznym” i nie uchylić decyzji o uprawnieniu do wydawania druków ZUS ZLA lekarzom, którzy się o to ubiegają, gdyby robili to w sposób masowy. Wobec tego, **bezpieczniejse wydaje się nie wypisywanie druków ZUS ZLA w ramach prowadzonej przez związek zawodowy akcji strajkowej.**

Masowe wypowiadanie przez lekarzy umów o pracę (umów cywilno prawnych). Wypowiedzenie umowy o pracę to niewątpliwie najbardziej skuteczny, cywilizowany i prosty sposób wyrażenia swojego niezadowolenia z warunków wynagradzania. Zresztą dokonuje się on stale od jakiegoś czasu, głównie za sprawą tych, co wyjeżdżają za granicę. Nie przybiera jednak formy zorganizowanej, jednoczesowej i powszechnej. Dlatego nie wywołuje oczekiwanej przez nas reakcji pracodawców i rządzących. Niekiedy nawet pogarsza sytuację pozostających w Kraju, bo muszą oni pracować „za dwóch”. Masowe wypowiadanie umów o pracę nie jest łatwo przeprowadzić, bo wymaga wzajemnego zaufania dosyć dużej grupy lekarzy. Jest oczywiste, że do zorganizowania tej akcji najlepiej nadaje się izba lekarska, skupiająca wszystkich lekarzy, zarówno tych, co są na etatach, jak i „kontraktowców”. Do rozważenia są dwa „modele” wypowiadania umów: „zakładowy” (gdy wypowiadają umowy lekarze jednego lub kilku szpitali) i „specjalizacyjny” (gdy wypowiadają umowy wszyscy specjaliści określonej dziedziny, np. w danym województwie). Ten drugi sposób może okazać się często łatwiejszy. Zwłaszcza w przypadku tych specjalności, które są stosunkowo mało liczne (ilu jest chirurgów dziecięcych w województwie?)

Demonstracja w Warszawie. Wielu lekarzom ta forma protestu może się wydawać mało znacząca, nieistotna i nieskuteczna. Ja bym jednak jej nie lekceważył. Pamiętajmy, że to – ostatecznie – manifestacja uliczna zdecydowała o przyznaniu górnikom przywilejów emerytalnych, a wcześniej, wielokrotnie i w wielu krajach – różne aksamitne, pomarańczowe i inne rewolucje, obalające rządy i zmieniające ustroje, polegały na takich właśnie demonstracjach. Inna sprawa, że były one i masowe i długotrwałe.

Niezależnie jednak od formy protestu, ważna też jest jego organizacja. Tutaj powinniśmy skorzystać z dobrych doświadczeń 7 kwietnia: jeden ośrodek kierowniczy w kraju, jednoznaczne decyzje, określony termin, rozbudowana „sieć” lokalnych organizatorów (szczególna rola izb lekarskich) i..... wykonać!

Wojewoda uświadomiony!

dr n.med. Ewa Szpindor

We czwartek, 6 kwietnia, na dzień przed zaplanowaną akcją protestacyjną środowisk medycznych, Regionalny Komitet Protestacyjny wprosił się na spotkanie Wojewody Zachodniopomorskiego z Komisją Zdrowia NSZZ „Solidarność”.

I to jest właściwe odzwierciedlenie sytuacji w regionie, która ma przełożenie na sytuację w tym zakresie w całym kraju.

Wojewoda rozmawiał, czy zamierzał rozmawiać, o problemach ochrony naszego regionu z jednym, niereprezentatywnym związkiem zawodowym. Nic zatem dziwnego, że nie bardzo wiedział, co się tak naprawdę w tym środowisku dzieje.

Spotkanie rozpoczęła Wojewoda słowami, które zbulwersowały członków Regionalnego Komitetu Protestacyjnego, że o potrzebach środowiska medycznego, jego roszczeniach i proteście z nich wynikających, dowiedział się...z prasy. No i się zaczęło...

Wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w ostrych słowach, dobitnie akcentowanych, odpowiedziała, że czas najwyższy, aby ktoś z decydentów w końcu zainteresował się problemami pracowników ochrony zdrowia. Przede wszystkim wysokością ich wynagrodzeń, które w przypadku pielęgniarek i położnych, nie wystarczają nawet na bieżące rachunki. Zwróciła uwagę również na to, iż personel medyczny składa się z takich samych pracowników, podlegających takim samym prawom, jak pracownicy każdego innego zakładu pracy. Przypomniała poprzednie niespełnione obietnice poprzednich rządów i poprzednie protesty. Zaznaczyła, że wszyscy jesteśmy zmęczeni wielomiesięcznymi kłótniami o „stołki” na poziomie decydentów, które zwykłych ludzi nie obchodzą. Zwykli ludzie żądają stabilizacji i poprawy warunków pracy i płacy. Nie chcą igrzysk, chcą chleba. Podkreśliła także zaistniałą obecnie, po raz pierwszy, konsolidację i współpracę wszystkich grup zawodowych środowiska medycznego. Dodając na koniec, że pomimo wielu prób czynionych ostatnio, nie pozwolimy się podzielić.

Głos zabrał Przewodniczący Okręgowej Izby Lekarskiej dr Jacek Podolski, który zwrócił uwagę na fakt, że samorząd lekarski odpowiednio wcześniej, pisemnie, proponował Wojewodzie spotkania ze środowiskiem, celem omówienia sytuacji ochrony zdrowia w naszym regionie. Przypomniał, że postulaty protestacyjne były przekazane Wojewodzie, Marszałkowi i Prezydentowi Szczecina w formie pisemnej dużo wcześniej niż planowany protest. I zdumiewające jest to, że nikt z adresatów na te pisma nie odpowiedział. Ponadto dr Podolski przedstawił Wojewodzie zatrawiające dane statystyczne dotyczące migracji wykwalifikowanego personelu medycznego naszego regionu za przysłowio-
wym chlebem.

Wojewoda uświadomiony!

13 > Przewodnicząca Zarządu Regionu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy dr Ewa Szpindor przypomniała, że środowisko nasze nie pozostaje bierne w obliczu kilkadziesiąt razy poprawianych, w ostatnich latach, aktów legislacyjnych dotyczących ochrony zdrowia. Od wielu miesięcy bowiem, OZZL usiłuje zainteresować polityków społecznym projektem programu racjonalnego systemu ochrony zdrowia, pod którym podpisało się już ponad 20 opiniotwórczych organizacji ze służby zdrowia i spoza niej. Dodała, że z przykrością należy stwierdzić, iż pomimo wysłania tego projektu, przed wyborami parlamentarnymi, do wszystkich partii politycznych, zainteresowanie okazała tylko Platforma Janusza Korwin-Mikke. W tym momencie dr Podolski wręczył Wojewodzie omawiany projekt.



FOT. EWA SZPINDOR

Spotkanie u wojewody.

Przewodnicząca Komisji Zdrowia NSZZ „Solidarność” Teresa Stankiewicz stwierdziła natomiast autorytatywnie, że środowisko medyczne jest podzielone. Trwają nadal rozmowy z rządem w Komisji Trójstronnej, w której biorą udział m.in. przedstawiciele NSZZ „Solidarność”. Poinformowała, że związek ten dał czas rządowi na przygotowanie stosownych zmian systemowych, tak długo oczekiwanych przez środowisko medyczne.

Skąd my znamy podobne historie? Deja vu?

Z takim twierdzeniem nie zgodził się dr Podolski, podkreślając, że czasy się zmieniają, a NSZZ „Solidarność” nie jest już związkiem reprezentatywnym dla środowisk medycznych, zaś obecną akcją protestacyjną organizuje i koordynuje większość organizacji, zwłaszcza korporacje zawodowe, skupiające cały biały personel. I nie jest prawdą, że jesteśmy podzieleni.

Ze strony NSZZ „Solidarność” padła propozycja utworzenia przy Wojewodzie zespołu doradczego do spraw ochrony zdrowia w regionie. Kolejne deja vu... Na tym spotkanie zakończono.

Z powyższego spotkania wynieśliśmy jedno bardzo przykre odczucie. Wojewoda i jego pracownicy sprawiali wrażenie, jakby po raz pierwszy zaznajomiono ich z problemami związanymi głównie z wysokością nakładów na ochronę zdrowia i haniebnie niskimi płacami jej pracowników.

Z nieformalnych źródeł, wcześniej, dowiedzieliśmy się, że do dyrektorów publicznych ZOZ-ów były wysyłane pisma z Urzędów Wojewódzkiego i Marszałkowskiego z prośbą o nadsyłanie raportów w sprawie nastrojów wśród pracowników, postępów organizacji protestu oraz o podanie podłoża zaistniałego konfliktu... ■

Rozwiązanie według v-ce

dr n.med. Ewa Szpindor i Maciej Niwiński

Ostatnio rozgłośnia śląska „Radio-Muzyka-Fakty” podała stanowisko Ministerstwa Zdrowia wobec akcji protestacyjnej pracowników ochrony zdrowia, w świetle wypowiedzi v-ce ministra Bolesława Piecha. Według niego ministerstwo wskazuje na wiele proceduralnych uchybień, które miały miejsce podczas tego protestu. Po pierwsze nie dochowano ustawowych terminów, protest ogłoszono właściwie z dnia na dzień, poza tym wątpliwości resortu budzi forma owego protestu, chodzi zwłaszcza o branie dnia wolnego na żądanie. Jak mówił minister Piecha: „to jest łamanie ustawy o związkach zawodowych i o rozwiązywaniu sporów zbiorowych, bo jest dokładna procedura, kiedy można procesować i protestować, a kiedy nie, i nie jest tak, że strajk się ogłasza z dnia na dzień, bo to jest niemożliwe.” V-ce minister Piecha podkreślił, że takie rozwiązanie jak zakaz strajku zostało wprowadzone przez Sąd Najwyższy kilka dni temu na Słowacji. „Takie rozwiązania w niektórych państwach są przecież stosowane, bo zdrowie pacjenta, bo życie pacjenta jest chronione wyżej niż samo poczucie korporacji.” Piecha dodał, oczywiście, że na razie jest to projekt, który wymaga jeszcze kilku ekspertyz, z drugiej jednak strony w resorcie nie ma żadnych innych pomysłów na rozwiązanie sporu, bo propozycja dania lekarzom 800 mln złotych od państwienika była jedyna i ostateczna.

I kto to mówi? V-ce minister zdrowia Bolesław Piecha jest lekarzem, specjalistą II stopnia z ginekologii i położnictwa, byłym dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Rybniku. Mało tego, należał do związku zawodowego NSZZ „Solidarność”, a więc związku, który doprowadził do zapisów w prawie



Bolesław Piecha

v-ce minister
zdrowia

Czy następnym posunięciem decydentów będzie odebranie lekarzom i pielęgniarkom paszportów i zakaz wyjazdu z kraju?

sporu z lekarzami ministra Piechy



Maciej Niwiński

pracy między innymi prawa pracowników do protestu ze strajkiem włącznie. Wygląda też na to, że v-ce minister Piecha nie słuchał radia, nie oglądał telewizji, nie czytał gazet. Albowiem od kilku tygodni wszystkie mass media bębniły i to głośno o zapowiadzianym proteście pracowników ochrony zdrowia na dzień 7 kwietnia oraz o jego formach. Wygląda również na to, że pomimo przeszłości związkowej, v-ce minister Piecha nie różnicuje pojęć prawnych takich jak: strajk, protest, urlop. Zgodnie z art. 17 ustawy z dnia 23 maja 1991r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych strajk to zbiorowe powstrzymywanie się pracowników od wykonywania pracy, aby wymusić rozwiązanie sporu. Strajk jest środkiem ostatecznym i nie można go rozpocząć, jeśli nie wyczerpano możliwości rozwiązania sporu zbiorowego w drodze rokowań i mediacji. Przypomnę tylko, że słowo strajk – uderzenie (ang. strike, niem. Streik) oznacza formę nacisku i protestu społecznego stosowaną przez różne grupy społeczne już w XIX wieku, głównie jednak przez pracowników najemnych. Znane są różne formy strajku, większość z nich polega na dobrowolnym powstrzymywaniu się od pracy przez protestujących. Do przeprowadzenia takiej formy protestu wymagana jest obecność protestujących w miejscu pracy. Pracownicy mogą również podjąć akcję protestacyjną inną niż strajk, na mocy art.25 ustawy j/w, ale akcja taka nie może wiązać się z przerwaniem pracy.

Protest ogłoszony na dzień 7 kwietnia to swego rodzaju pewne novum, które nie mieści się ani w zapisach prawa do strajku, ani w prawie do protestu. To masowe wykorzystanie urlopu na żądanie, którego nie może odmówić pracodawca. A na urlopie każdy może robić

co chce. Pracownicy ochrony zdrowia w ten sposób, kosztem swojego urlopu, jak najbardziej legalnie, wyrazili swoje niezadowolenie z obecnie istniejących warunków płacy i pracy.

Art. 24 Konstytucji RP podaje, że praca znajduje się pod ochroną RP, a państwo sprawuje nadzór nad warunkami wykonywania pracy. Gdzie jest w takim razie nadzór państwa nad warunkami pracy pracowników ochrony zdrowia? Warunkami pracy w stałym zagrożeniu wyłączeniem prądu, gazu, wody, c.o., brakiem środków na leki, narzędzia, materiały lub wkroczeniem komornika. Na skutek ciągłe rosnących zadłużeń publicznych placówek. Warunkami pracy polegającymi na wymaganii świadczenia tej pracy w wymiarze ponad 42 godziny tygodniowo i 178 godzin miesięcznie, tak na umowach o pracę, jak i na umowach cywilno-prawnych. Z czego większą część tej pracy nie zalicza się w ogóle do czasu pracy (dyżury medyczne).

Niestetychany cynizmem, wobec powyższego, jest mówienie o projekcie wprowadzenia zakazu strajku pracownikom ochrony zdrowia. W państwie, w którym kolejne rządy, parlamenty i prezydenci zadecydowali, że na ochronę zdrowia swoich obywateli będą przeznaczali 2 razy mniej środków niż np. w Czechach czy na Węgrzech. A więc najmniej w Europie. Kto więc zagraża zdrowi i życiu obywateli? Harujący jak przysłowiowy wół po 300-400 godzin miesięcznie lekarz, wysokiej klasy specjalista, mający obowiązek dokształcania się za własne pieniądze i wynagradzany jak pomocnik murarza? Nie deprecjonując tego ostatniego.

Lekarz, notorycznie znieważany i straszony, by na końcu być wypędzonym z kraju.

A państwo wręcz szczyli się statystykami w tym zakresie i promuje wyjazdy lekarzy, rehabilitantów, pielęgniarek i położnych i wielu innych wykwalifikowanych pracowników ochrony zdrowia z kraju, z którym w tej sytuacji trudno się identyfikować. Jest to w istocie wypędzenie za granicę kolejnych tysięcy, tutaj bardzo racjonalnie zachowujących się lekarzy i pielęgniarek, którzy już uczą się języków obcych, i których wyjedzie w tej sytuacji na pewno proporcjonalnie znacznie więcej niż innych polskich obywateli. Lekarze ostrzegają od dawna: taka polityka państwa prowadzi do eskalacji konfliktów społecznych i do klęski całego systemu ochrony zdrowia. Na wskazywane zagrożenia obecny minister zdrowia proponuje antidotum: zatrudni się lekarzy i pielęgniarki z Białorusi i Ukrainy. Żaden problem.

W latach 80-tych wyjechało z kraju około 1 mln osób. Nie wiadomo o ile zmniejszy się ludność Polski w najbliższych latach. W tym kontekście „becikowe” to kolejne pieniądze wyrzucone w błoto. Czy następnym posunięciem decydentów będzie odebranie lekarzom i pielęgniarkom paszportów i zakaz wyjazdu z kraju? A może zakaz nauki języków obcych według wykazu MSWiA? Czy może nakazanie wszystkim absolwentom Akademii Medycznych zwrotu kosztów kształcenia? Tak na wszelki wypadek. A może w końcu lekarzy i pielęgniarki powoła się gremialnie do wojska? Ale to rozwiązanie byłoby chyba zbyt kosztowne. Jak mówi dr Maciej Niwiński – przewodniczący Zarządu Regionu Śląskiego OZZL – „polski oficer w NATO zarabia dwukrotnie więcej niż lekarz. Mam kategorię A1, więc załapałbym się na lepszą podwyżkę, niż jakieś tam wirtualne 30%”.

Program racjonalnego systemu opieki zdrowotnej

dr n. med. Ewa Szpindor

Ochrona zdrowia w naszym kraju znajduje się od lat w permanentnym kryzysie. Zmiana ustroju polityczno-gospodarczego w roku 1989 niestety niewiele w tej dziedzinie zmieniła. Ogromne nadzieje w tym względzie, tak środowisk medycznych jak i pacjentów, rozbudziła reforma systemu ochrony zdrowia zapowiadana przez tzw. Społeczną Komisję Zdrowia przy NSZZ „Solidarność”. Projekt tej reformy stał się hasłem wyborczym AWS w roku 1997. Z przykrością można stwierdzić, że były to tylko hasła wyborcze, które co prawda zrealizowała koalicja AWS-UW w 1999r., ale w mocno zmienionej i okrojonej formie.

Zapowiadane 11% na składkę ubezpieczeniową zdrowotną z podatku, zmniejszono na wstępie do 7,5%. Ustawowo dopuszczono tylko jednego ubezpieczyciela w postaci Kas Chorych, nie uwzględniając konkurencyjnych ubezpieczycieli, czy chociażby ubezpieczeń uzupełniających. Zarzucono w kontraktowaniu świadczeń medycznych wolnorynkową konkurencję. W zamian za to otrzymaliśmy „konkurs ofert” oparty w zasadzie na jednym prostym kryterium: kupić jak najwięcej świadczeń za możliwie najniższą cenę. Zróznicowano również podmioty i to drastycznie, ograniczając równouprawnienie podmiotów niepublicznych przystępujących do takich konkursów. Ponadto różnice stawek za świadczenia zdrowotne w różnych regionach kraju sięgały 1100%. Tak wprowadzona, nieprzygotowana reforma ochrony zdrowia nie mogła spełnić oczekiwań ani pacjentów, ani pracowników tej sfery usług. Dominowały wtedy i dominują nadal nienormalne zjawiska typu reglamentowanie świadczeń, a co za tym idzie kolejki obywateli do określonych, zwłaszcza specjalistycznych świadczeń. Kontraktowanie

na bardzo niskim poziomie finansowym, zmuszającym świadczeniodawców do sprzedaży na granicy kosztów własnych, pogorszyło jakość wielu świadczeń. Niedoszacowanie kosztów świadczeń medycznych spowodowało lawinowe i postępujące zadłużanie się szpitali, które w połowie 2005r. osiągnęło w sumie ponad 6 miliardów złotych. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej do dnia dzisiejszego poprawiana była 47 razy. Nie oznacza to, że po 7 latach trwania reformy ochrony zdrowia mamy dobrze przygotowane, czy dobrze poprawione akty prawne, zwłaszcza wykonawcze. To nadal są buble prawne, a chaos związany z ustawicznym ich poprawianiem pogłębia się coraz bardziej.

W odpowiedzi na bałagan prawny i związane z tym ogromne kłopoty w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w 2002r. Naczelna Izba Lekarska wspólnie z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy przygotowała obywatelski projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Projekt zawierał propozycje regulacji prawnych w zakresie organizacji świadczeń zdrowotnych takich jak: likwidację „konkursu ofert” na rzecz zasady, że każdy uprawniony podmiot ma prawo leczyć ubezpieczonych, zakaz limitowania świadczeń, ujednoczenie w skali całego kraju zasad finansowania za świadczenia, uwzględnienie w wycenie świadczeń medycznych kosztów pracy, dopuszczenie ubezpieczycieli konkurencyjnych i uzupełniających. Najważniejszymi elementami projektu w zakresie np. finansowania była m.in. możliwość funkcjonowania na rynku konkurencyjnych ubezpieczycieli, którzy mogliby w razie potrzeby zmieniać w sposób ograniczony wysokość składek do wprowadzenia zryczałtowanej dopłaty ze strony pacjenta do niektórych

świadczeń zdrowotnych. Ważne byłoby również opracowanie koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych. Mającą duże znaczenie była także propozycją wybierania członków rad ubezpieczycieli przez samych ubezpieczonych.

Pod projektem tym zebrano ponad 100 tysięcy podpisów, co było ogromną pracą do wykonania. I miała to być ustawodawcza alternatywa wobec planowanego wprowadzenia Narodowego Funduszu Zdrowia w miejsce Kas Chorych.

Trafił więc projekt jako obywatelska inicjatywa ustawodawcza do Marszałka Sejmu RP w dniu 24 stycznia 2003r., który miał 3 miesiące na podanie go pod obrady Parlamentu. Niestety w tym czasie Sejm przyjął, Senat zatwierdził, a Prezydent RP podpisał rządowy projekt ustawy wprowadzającej Narodowy Fundusz Zdrowia, a znoszącej ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i likwidującej Kasy Chorych.

Jednakże po 3 latach funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia widać, że zmiana polegała w zasadzie na zmianie nazwy i centralizacji finansowania. Nic ponadto. Czas więc na to, aby ponownie przypomnieć politykom i decydom o społecznej inicjatywie ustawodawczej. Kilka miesięcy temu powstał projekt, pod którym podpisało się już ponad **20 opiniotwórczych organizacji ze służby zdrowi i spoza niej**, o nazwie Program Racjonalnego Systemu Opieki Zdrowotnej, powielający w dużej mierze koncepcje programowe z poprzedniej wersji, tj. społecznego projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Pełny tekst Programu Racjonalnego Systemu Opieki Zdrowotnej znajduje się na stronie internetowej: www.ozzl.org.pl

Jak powinno wyglądać tzw. współpłacenie za świadczenia zdrowotne według OZZL

Krzysztof Bukiel

Przez „współpłacenie” OZZL rozumie udział środków prywatnych – obok publicznych – w pokrywaniu części kosztów świadczeń zdrowotnych.

OZZL uważa, że udział środków prywatnych – obok publicznych – w finansowaniu świadczeń zdrowotnych jest warunkiem koniecznym, aby:

1. stworzyć koszyk świadczeń gwarantowanych i aby dostęp do tych świadczeń był faktyczny, a nie deklaracyjny,
2. zapewnić racjonalne, efektywne i oszczędne wydawanie pieniędzy publicznych przeznaczonych na lecnicstwo,
3. wprowadzić uczciwą konkurencję między szpitalami, przychodniami i innymi zakładami opieki zdrowotnej,
4. zlikwidować limitowanie świadczeń zdrowotnych i kolejki do leczenia, w których pacjenci cierpią, narażając swoje zdrowie lub umierają,
5. zlikwidować korupcję w ochronie zdrowia i tzw. szarą strefę,
6. zlikwidować wyzysk ekonomiczny pracowników służby zdrowia, będący podstawą obecnego systemu.

Jednak samo wprowadzenie współpłacenia, jest warunkiem niewystarczającym, aby osiągnąć wszystkie wymienione wyżej cele. Jednocześnie z wprowadzeniem dopłat do niektórych świadczeń zdrowotnych należy także:

1. wprowadzić konkurencję w zakresie płatnika realizującego powszechne ubezpieczenie zdrowotne,
2. zlikwidować tzw. konkurs ofert i wprowadzić zasadę, że każdy podmiot, który spełnia określone warunki, ma prawo do leczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,

3. wprowadzić zasadę, że ze środków publicznych refundowane są w pełni tylko określone, najważniejsze ze względów zdrowotnych i najdroższe świadczenia, reszta refundowana jest w takim stopniu, w jakim wystarczy środków publicznych,
4. nadać świadczeniodawcom formę spółek handlowych i poddać ich rygorom prawa handlowego.

Zarząd Krajowy OZZL uważa również, że samo wprowadzenie współpłacenia nie zlikwiduje głębokiego niedofinansowania służby zdrowia w Polsce. Aby tak się stało, wysokość dopłat musiałaby być bardzo duża, co jest niemożliwe przy tak wielkim poziomie fiskalizmu w naszym Kraju. Dlatego – zdaniem OZZL – **konieczne jest także zwiększenie finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych do kwoty 6% PKB albo radykalne zmniejszenie podatków.**

W ocenie OZZL współpłacenie powinno przyjąć następujące formy:

1. opłat ryczałtowych, „administracyjnych”,
2. dopłat pacjentów do niektórych świadczeń zdrowotnych, wynikających z niepełnej refundacji kosztów tych świadczeń ze środków publicznych.

Opłaty ryczałtowe powinny dotyczyć świadczeń prostych, stosunkowo tanich, często udzielanych, które mogą być nadużywane przez pacjentów i świadczeniodawców. Opłaty te powinny być obowiązkowe dla wszystkich pacjentów i obowiązywać we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej. Ich główną rolą jest skłonienie pacjentów do bardziej racjonalnego korzystania ze świadczeń zakładów medycznych. Opłaty ryczałtowe powinny być wprowadzone np. za: porady lekarskie POZ i specjalistyczne, badania diagnostyczne ambulatoryjne, inne świadczenia

ambulatoryjne (np. fizykoterapia), koszty hotelowe w szpitalach. Opłaty ryczałtowe powinny być przychodem świadczeniodawców, którzy pobierają te opłaty.

Dopłaty do niektórych świadczeń – powinny dotyczyć tylko określonych świadczeń zdrowotnych, które nie zostały uznane za najważniejsze z punktu widzenia zdrowotności.

Wprowadzenie tych dopłat jest odpowiedzią na pytanie: Co zrobić, gdy zabraknie pieniędzy publicznych na wszystkie potrzebne świadczenia zdrowotne dla wszystkich obywateli. Są wówczas możliwe dwa wyjścia:

- 1) leczyć bezpłatnie (za pieniądze publiczne) tylko określoną ilość chorych, resztę ustawić w kolejkę (limitowanie świadczeń), z pełną świadomością, że niektórzy ludzie w tej kolejce nie doczekają się leczenia i umrą lub ich stan zdrowia ulegnie istotnemu pogorszeniu,.
- 2) leczyć wszystkich „bezkolejkowo”, ale ponieważ nie starczy środków publicznych aby zapłacić za cały koszt leczenia wszystkim potrzebującym, refundować każdemu ze środków publicznych określoną kwotę za określone świadczenie, a brakującą resztę niech dopłaci pacjent.

Zdaniem OZZL bardziej sprawiedliwe jest to drugie rozwiązanie. Podobną opinię wyrazili ankietowani Polacy w badaniach opinii społecznej wykonanych, na zlecenie OZZL przez Instytut Pentor w lipcu 2004r i Pracownię Badań Społecznych w listopadzie 2005r.

To rozwiązanie jest tym bardziej słuszne, że pozwala na bezwzględną ochronę chorych na najcięższe choroby i tych, których leczenie jest najdroższe. OZZL postuluje bowiem podział świadczeń zdrowotnych na trzy grupy:

- 1) świadczenia specjalne,
- 2) świadczenia podstawowe,
- 3) świadczenia alternatywne.

Jak powinno wyglądać tzw. współpłacenie za świadczenia zdrowotne według OZZL

17 > Świadczenia specjalne mają być bezpłatne dla pacjenta (refundowane w pełni ze środków publicznych) i dostępne „bezkolejkowo”. Do specjalnych zaliczone będą najważniejsze z punktu widzenia zdrowotności i najdroższe świadczenia zdrowotne, jak: leczenie nowotworów, świadczenia z zakresu psychiatrii, neonatologii, dializoterapia, przeszczepy. Zapewnienie pełnej refundacji kosztów tych świadczeń dla wszystkich potrzebujących i likwidacja ich limitowania (kolejek) będzie możliwa tylko dlatego, że za inne świadczenia (podstawowe i alternatywne) będą dopłacali pacjenci ze środków prywatnych.

Do świadczeń podstawowych zaliczone zostaną te, które nie mają alternatywy w określonej sytuacji i te, spośród kilku alternatywnych, które mają najlepszy stosunek skuteczności do kosztów. Świadczenia podstawowe będą refundowane ze środków publicznych na tyle, na ile starczy pieniędzy publicznych. To znaczy, że mogą one być bezpłatne dla pacjenta (jeżeli ilość środków publicznych będzie duża) lub dostępne za dopłatą (jeżeli środki publiczne wystarczą np. na sfinansowanie 90% kosztów tych świadczeń). O wysokości dopłat zdecyduje świadczeniodawca, który ustali swoją cenę za świadczenie. Różnicę między ceną świadczeniodawcy a kwotą refundacji ze środków publicznych pokryje pacjent ze środków własnych lub w jego imieniu dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne (jeśli pacjent się ubezpieczy od dopłat). Dopłaty mogą być różne u różnych świadczeniodawców. Powstanie w ten sposób naturalne zróżnicowanie zakładów opieki zdrowotnej w zależności od jakości usług, prestiżu placówki, kwalifikacji zatrudnionego personelu. Dopłaty mają być przychodem świadczeniodawcy.

Do świadczeń alternatywnych zostaną zaliczone te, które nie należą do specjalnych i podstawowych. To będą świadczenia nowocześniejsze, mniej uciążliwe dla pacjenta, z użyciem bardziej zaawansowanych „technologii” itp. Powinny być refundowane ze środków publicznych do poziomu refundacji świadczeń podstawowych. To znaczy, że dopłaty pacjentów w tym przypadku będą największe. Dzięki tym dopłatom będzie możliwe naturalne zróżnicowanie poziomu świadczeń w zależności od oczekiwań pacjentów, przy czym każdy będzie mógł liczyć na refundację ze środków publicznych tej samej kwoty pieniędzy za to samo świadczenie. Dopłaty mają być przychodem świadczeniodawcy.

Wyżej omówione dopłaty do świadczeń zdrowotnych, wynikające z różnicy między ilością środków publicznych a faktycznymi potrzebami zdrowotnymi oraz przedstawione wyżej rozróżnienie świadczeń (na specjalne, podstawowe i alternatywne) będą elementem **koszyka świadczeń gwarantowanych**.

Wszelkie dopłaty do leczenia będą mogły stać się przedmiotem dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Powinien powstać system pomocy dla osób najbardziej potrzebujących, których nie będzie stać na dopłaty do świadczeń, zwłaszcza tych, które zostały uznane za podstawowe. Jednym z elementów takiego systemu mogłyby być szpitale i inne zakłady opieki zdrowotnej prowadzone przez organizacje charytatywne i Kościoły, w których nie pobierano by dopłat niezależnie od wysokości refundacji ze środków publicznych, a brakujące środki pochodziłyby z wpłat od darczyńców. ■

Sprawozdanie ze spotkania, jakie

Jak to jest od paździ

Krzysztof Bukiel

13 kwietnia 2006r odbyło się w Ministerstwie Zdrowia spotkanie z udziałem m. innymi ministra i wszystkich wiceministrów, prezesa NFZ, dyrektora oddziału podkarpackiego NFZ, trzech dyrektorów szpitali podkarpackich, Zdzisława Szramika – przewodniczącego Regionu Podkarpackiego OZZL, Krzysztofa Szubera – przewodniczącego Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie, Andrzeja Włodarczyka – wiceprezesa NRL, pani dyrektor departamentu w Ministerstwie Finansów i jeszcze paru osób. W spotkaniu brałem też udział ja, na zaproszenie dr Szramika.

Najpierw była część wstępna, która polegała na uświadamianiu nas przez przedstawicielkę ministerstwa finansów co to jest ustawa budżetowa, kto ją uchwała, dlaczego nie można ją zmienić, dlaczego nie można w Polsce zwiększyć nakładów na opiekę zdrowotną ze środków publicznych itp. itd.. Później pan prezes NFZ udzielił nam krótkiego pouczenia na temat zasad funkcjonowania NFZ i systemu opieki zdrowotnej w ogóle oraz przedstawił sytuację finansową i prawną NFZ, z której wynikało, że nic nie można zrobić jeśli chodzi o podwyżki płac dla pracowników opieki zdrowotnej w tym roku. Później przedstawiciele rządu pozwolili nam wypowiedzieć się, nie przeszkadzając nawet w okazywaniu naszych emocji.

Później była przerwa, po której prezes NFZ przedstawił następującą propozycję:

Z rezerwy ogólnej NFZ, która wynosi ok. 360 mln złotych, a która jest przeznaczona „na czarną godzinę”, można wziąć pieniądze i przeznaczyć je na dofinanso-

odbyło się w ministerstwie zdrowia w dniu 13 kwietnia 2006r.

z tą podwyżką o 30% ernika 2006 r.?

wanie świadczeń zdrowotnych w tym roku.

Z rezerwy NFZ, przeznaczonej na leczenie Polaków zagranicą w kwocie ok. 800 mln złotych, (z której jak dotąd wydano ok. 20 mln złotych i nie ma faktur na nowe płatności) można przeznaczyć ponad 400 mln złotych i przeznaczyć je na dofinansowanie świadczeń zdrowotnych w tym roku.

W sumie: ok. 800 milionów złotych można jeszcze w tym roku przekazać do oddziałów NFZ aby one przekazały do szpitali, co miałyby oznaczać większe zarobki dla pracowników tych szpitali.

Kiedy jednak zaproszeni dyrektorzy zaczęli drążyć temat głębiej, pan prezes NFZ wyjaśnił, co następuje (te wyjaśnienia są jednocześnie uzasadnieniem dla czego OZZL z wielką nieufnością podszedł do obietnicy podwyżki i nie zrezy-

gnował z dalszych działań protestacyjnych):

- oddziały NFZ, które dostaną dodatkowe pieniądze nie będą mogły zwiększyć ceny za punkt, bo nie można zmieniać warunków umowy w trakcie jej trwania, zwłaszcza w odniesieniu do wartości punktu,
- dodatkowe pieniądze oddziały NFZ będą mogły przeznaczyć przede wszystkim na sfinansowanie procedur ratujących życie, procedur nielimitowanych (jak porody), ostatecznie na zwiększenie limitów

Wniosek: pracownicy dostaną więcej pieniędzy, jak więcej popracują.

Później, gdy dyrektorzy ponownie zaczęli temat drążyć głębiej, pan prezes NFZ przyznał, że jest możliwe podniesienie ceny za punkt, ale tylko wtedy, gdy szpitale wypowiedzą umowę z NFZ i za-

żądadą zmiany ceny, co jednak jest dozwolone prawnie tylko w nadzwyczajnych przypadkach, których nie można było przewidzieć w momencie podpisywania umowy z NFZ. Takim nadzwyczajnym przypadkiem może być strajk w zakładzie pracy.

Wniosek: jeżeli pracownicy chcą uzyskać coś z pieniędzy NFZ przesuniętych z rezerw – muszą sobie te pieniądze „wystrajkować”.

Czy w takiej sytuacji może dziwić fakt, że OZZL nie zapowiedział zawieszenia akcji protestacyjnej, co więcej – wezwał do jeszcze intensywniejszych działań przygotowawczych do strajku?

O oczekiwanych przez nas zmianach systemowych w ochronie zdrowia i wzroście wynagrodzeń w przyszłych latach – szerzej nie mówiono. ■

R E K L A M M A

AMBULANS

literatura i sprzęt medyczny



KSIĘGARNIA MEDYCZNA

Lublin, ul. Staszica 14

tel./fax. (081) 534-24-00, 743-64-45,
gsm: 0 607-860185

- literatura fachowa dla lekarzy, farmaceutów,
- pielęgniarek i studentów
- książki medyczne obcojęzyczne (na zamówienie)
- antykwariat książek medycznych
- poradniki o zdrowiu, dietach i chorobach

Zapraszamy również do księgarni ogólnej

www.sentencja.com.pl

Zamów
bezpłatny
katalog na CD

SKLEPY MEDYCZNE

Lublin, ul. Staszica 5

tel./fax. (081) 534-72-23, 534-25-00, 743-64-45,
gsm: 0 601-075-011, 0 607-812-774

- ciśnieniomierze, glukometry, inhalatory, stetoskopy
- sprzęt rehabilitacyjny: wózki inwalidzkie, kule, laski, materace p/odleżynowe, przyrządy do masażu
- wyroby ortopedyczne: stabilizatory, opaski, kołnierze, pasy
- opatrunki, kompresy, gipsy, sprzęt jednorazowy
- meble medyczne, leżanki, wagi
- sprzęt do pielęgnacji chorych, pieluchomajtki
- ubrania i obuwie medyczne, torby medyczne
- szkło laboratoryjne
- narzędzia chirurgiczne
- środki dezynfekcyjne
- inny sprzęt medyczny

umowa z
NARODOWYM
FUNDUSZEM
ZDROWIA

Zawsze miło, szybko, kompleksowo

www.ambulans.com.pl

Na co zwrócić uwagę przy zawieraniu umów o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne, czyli tzw. kontraktów

Pułapki prawne kontraktów

Przedmiotem niniejszego opracowania jest problematyka zawierania umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

Rozważania dotyczące umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (potocznie zwanych "kontraktami") rozpocząć należy od krótkiej charakterystyki tego rodzaju stosunku zobowiązaniowego. Mianowicie zwrócić uwagę należy, iż podstawową cechą wyróżniającą ww. umowę jest fakt, iż w zakresie nie uregulowanym w samej umowie, stosuje się do niej przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. Nr 93, poz. 592) oraz Kodeksu cywilnego. Zawarte we wskazanych aktach przepisy, regulując obligatoryjne elementy treści, sposób zawarcia umowy, jak i też ograniczenia odnoszące się do możliwości jej zmian, określają zarazem normatywny wzorzec umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne. Ma to fundamentalne znaczenie przede wszystkim dla określenia praw i obowiązków stron danego stosunku prawnego.

W tym miejscu zauważyć należy również, iż na gruncie prawa cywilnego umowę powyższą zakwalifikować należy do tzw. umów nazwanych. Reżim prawny omawianej umowy (nazwanej, typowej) wyznaczają bowiem normy prawne wyrażone w zespole przepisów regulujących dany typ umowy, usytuowanych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (w szczególności art. 35a) oraz opartym na niej – wskazanym powyżej – rozporządzeniu wykonawczym (§19 i 20). Uzupełniająco odnoszą się oczywiście do tych umów normy części ogólnej prawa zobowiązań i części ogólnej prawa cywilnego.

Jednakże pomimo szczegółowej regulacji (precyzyjnego określenia obliga-

toryjnych elementów tego rodzaju umów), prawodawca nie wyeliminował swobody stron w kształtowaniu umów o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne. Zaznaczenia wymaga, iż stronom umowy pozostawiono decydujący wpływ na treść konkretnego kontraktu. Wszakże umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne musi zawierać ściśle określone postanowienia, to jednak stwierdzić należy, iż swoboda stron w kształtowaniu tego stosunku zobowiązaniowego nie została całkowicie wyłączona.

I tak, umowa o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne powinna zawierać następujące postanowienia:

- oznaczenie stron umowy,
- określenie świadczeń zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju,
- określenie szacunkowej liczby osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń,
- określenie sposobu zgłaszania i rejestracji pacjentów,
- organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalu i poza nim, dni i godzin udzielania świadczeń, sposobu podania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń,
- minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych,
- określenie czasu, na który umowa została zawarta (na czas nie krótszy niż 3 m-ce, zawiera się wyłącznie na czas określony),
- przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienie,
- określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności z tytułu realizacji umowy, a w przypadku określenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości,
- ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności,
- ustalenia trybu przekazywania udzielającemu zamówienie informacji o realizacji przyjętego zamówienia,



**Andrzej
Lubiniecki**

Radca prawny
Lubiniecki Sołtyszewski
Kancelaria Radców
Prawnych sp. p.



**Marta
Szmajda**

**Aplikant
radcowski**
Lubiniecki Sołtyszewski
Kancelaria Radców
Prawnych sp. p.

- postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia,
- postanowienia dotyczące rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku nieudokumentowana, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
- w przypadku osób uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie i dysponujących lokalem, aparaturą oraz własnym sprzętem medycznym odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla ZOZ-ów i warunkom przewidzianym przez ustawę o swobodzie działalności gospodarczej, zobowiązanie do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących z publicznych zoz-ach,
- zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zoz-ach.

Powyższe elementy określić należy mianem tzw. essentialia negotii umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne. Innymi słowy – powyższe cechy – w procesie kwalifikacji danego rodzaju umowy – stanowią ele-

menty znamionujące omawiany typ umowy nazwanej. Oznacza to zarazem, iż konkretna umowa, która zawiera w swej treści katalog ww. komponentów będzie każdorazowo przyporządkowana ustawowemu typowi stosunku zobowiązaniowego, tj. umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

Znając już zapisy, które powinny znaleźć się w tego rodzaju umowach, zwróćmy uwagę na te z nich, których treść winna wzmocnić naszą czujność. Ustawodawca pozostawiając stronom umowy znaczną swobodę w zakresie kształtowania jej szczegółowych warunków dał możliwość pewnej dowolności, która może prowadzić do regulacji nie zawsze korzystnych dla obu stron. Warto więc negocjować treść kontraktów wspólnie z innymi lekarzami. Dotyczy to w szczególności ustalania warunków z silniejszymi podmiotami, np. dużymi zakładami opieki zdrowotnej. Pozwoli to, po pierwsze wynegocjować korzystniejsze warunki, po wtóre zaś, negocjując w większej grupie stajemy się partnerem silniejszym, z którego argumentami druga strona będzie się musiała liczyć. Zanim jednak przystąpimy do negocjacji szczegółowych warunków umowy, dowiedzmy się, na jakie zapisy zaproponowanej nam umowy zwrócić należy szczególną uwagę. Konsekwencje podpisania takiej umowy mogą być, bowiem dla nas szczególnie niekorzystne. Dlatego też zwróćmy na nie uwagę przed podpisaniem, unikając przykrych niespodzianek.

Zapisy kontraktów niekorzystne dla lekarzy

Przyjmując zamówienie lekarze powinni zwrócić szczególną uwagę na następujące postanowienia, których treść w konsekwencji może okazać się dla nich bardzo niekorzystna. Nie sposób w tym miejscu wymienić wszystkich, ale zwróćmy uwagę na niektóre z nich – o poważnych, najczęściej ujemnych dla lekarzy skutkach.

Rozpocznijmy od **klauzuli o zakazie konkurencji**, która staje się szczególnie niebezpieczna, w sytuacji, gdy wyłącza w ogóle prawo lekarza do świadczenia usług poza siedzibą zamawiającego. Warto zatem przyrzeć jej się dokładniej.

Następnie – **kary umowne**. Postanowienia o takiej treści znajdują się w każdej umowie i bardzo dobrze, ale częściej przewidziane są tylko dla jednej ze stron, niestety dla lekarzy.

W szczególności stosowane w przypadku rozwiązania umowy, niezależnie od faktu, czy umowa taka zostaje rozwiązana z przyczyn niezależnych od stron, czy z przyczyny leżącej wyłącznie po stronie zamawiającego. W praktyce to zwykle lekarz jest obowiązany do zapłaty.

Kolejny zapis warty uwagi to **prawo do rozwiązania umowy**. Przyjrzyjmy się dwóm istotnym kwestiom. Po pierwsze, czy prawo rozwiązania umowy za wypowiedzeniem, jest prawem tylko jednej ze stron (zamawiającego). Po drugie, jeżeli przysługuje nawet obu stronom, to czy w zakresie przesłanek jakie musi spełnić strona, żeby rozwiązać taką umowę obowiązuje zasada równości stron.

Wreszcie kolejnym problemem jest **zbyt ogólnie określony zakres obowiązków przyjmującego zamówienie lekarza**. Stanowi on z reguły ryzyko powierzenia dodatkowych obowiązków przy np. niezmienionym wynagrodzeniu, bądź większy zakres odpowiedzialności. Dlatego też, dla uniknięcia niejasności, precyzyjny zakres obowiązków przyjmującego zamówienie wraz z harmonogramem pracy powinien być dołączony do umowy i szczegółowo ustalony przez strony.

Zatrzymajmy się na chwilę również przy **wynagrodzeniu**. Tutaj wątpliwości mogą pojawić się, jeżeli nie zostaną ustalone bądź dookreślone terminy płatności, zasady rozliczeń, czy też inne podobne zapisy. Niekorzystny jest także brak postanowień przewidujących możliwość renegotjacji warunków wynagrodzenia, jak również – czy może przede wszystkim – warunków całej umowy.

Zatrzymać należy się też przy **uregulowaniach odnoszących się do dni wolnych od wykonywania przedmiotu umowy**. W szczególności chodzi tu głównie o brak takich postanowień. Pamiętać w tym miejscu należy, iż zamawiający nie ma obowiązku udzielenia dni wolnych, inaczej niż pracodawca, który musi to uczynić, dlatego też strony muszą przewidzieć w umowie takie uprawnienie strony.

Nadto – **nakaz osobistego wykonywania umowy**. Zasadniczo strony w umowie mogą przewidzieć prawo do

ustanawiania zastępstwa. Zatem nakaz osobistego wykonywania przedmiotu umowy nie powinien być przymusem. Przepisy prawa zezwalają na to, by osoby trzecie w zastępstwie wykonywały przedmiot umowy pod warunkiem, iż posiadają odpowiednie kwalifikacje.

Pamiętajmy wreszcie o postanowieniach dotyczących **dotychczasowych dyżurów** – przede wszystkim regulujących kwestię ilości dodatkowych dyżurów i wynagrodzenia za nie z uwzględnieniem zwykłych i świątecznych.

Należałoby jeszcze wspomnieć o zapisach, które stanowią **odesłania do warunków umów zawartych przez zamawiającego z NFZ lub opracowanych przez NFZ**.

W dalszej kolejności, zwróćmy uwagę na **niedookreślenie warunków i zasad prowadzonej sprawozdawczości**, tzn. obowiązków każdej ze stron w tym zakresie. W umowach występuje to w postaci odesłania do Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych opracowanych przez NFZ. Takiego rodzaju zapisy mogą spowodować powstanie niejasności, bądź braku świadomości stron o istnieniu określonych obowiązków wynikających z zastosowania takich odesłań.

Umowa powinna zawierać ponadto zapisy, **odwołujące do przepisów Kodeksu Cywilnego**, w szczególności w przypadku zbyt ogólnej regulacji danej materii w umowie.

Wreszcie pamiętajmy, iż w razie ewentualnego sporu umowa powinna zawierać **postanowienia dotyczące organu uprawnionego do rozstrzygnięcia sporów**, czyli wskazania właściwego miejscowo i rzeczowo sądu.

Podsumowując zauważyć należy, iż zasadniczo ustawodawca przewidział prawo stron do renegotjacji warunków zawartej umowy, jeżeli nie prowadzi to do zmian niekorzystnych dla zamawiającego, z tym jednak zastrzeżeniem, iż nie dotyczy to okoliczności, których strony w chwili zawarcia umowy nie mogły przewidzieć.

radca prawny
Andrzej Lubiniecki

i aplikant radcowski
Marta Szmajda

z Kancelarii Radców Prawnych
Lubiniecki Sołtyszewski sp. p.

Dyżur medyczny, a czas pracy w świetle przepisów UE

dr n. med. Ewa Szpindor

Zagadnienia czasu pracy w ogóle, w Unii Europejskiej są uregulowane dyrektywą nr 93/104 z 23 listopada 1993r. w sprawie niektórych aspektów organizacji czasu pracy. W myśl tej dyrektywy państwa członkowskie muszą podjąć działania niezbędne do zapewnienia, że każdy pracownik jest uprawniony do minimalnego okresu dziennego odpoczynku w wymiarze 11 nieprzerwanych godzin w okresie 24 godzin (art. 3. Odpoczynek dzienny).

Ponadto państwa członkowskie są zobowiązane do podjęcia działań niezbędnych dla zapewnienia, że w każdym okresie 7 dni każdy pracownik jest upoważniony do minimalnego nieprzerwanego okresu 24 godzin odpoczynku oraz 11 godzin dziennego okresu odpoczynku, o którym mowa w art. 3. Jeżeli uzasadniają to warunki obiektywne może być stosowany minimalny okres 24 godzin odpoczynku (art. 5. Okres odpoczynku tygodniowego).

Nowelizacja Kodeksu pracy wprowadziła powyższe zmiany do naszego ustawodawstwa. I tak mamy zapis w art. 132 § 1 kp, w którym przewidziano jako zasadę prawo pracownika do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku w każdej dobie, a w art. 133 § 1 kp – do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku w każdym tygodniu, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego.

Jednocześnie w art. 151³ § 2 kp dotyczącym dyżuru, postanowiono, że czas pełnienia dyżuru nie może naruszać prawa pracownika do odpoczynku dobowego i tygodniowego, o którym mowa w art. 132 i 133. Powtórzono jednak dotychczas obowiązującą zasadę, że czas dyżuru medycznego nie wlicza się do czasu pracy. Wynika to z zapisu w ustawie o zoz-ach w postaci art. 32j ust.2.

W orzeczeniu z dnia 9 września 2003r. (sprawa C-151/02) Europejski Trybunał Sprawiedliwości w Luxemburgu dokonał wykładni przepisów wynikających z Dyrektywy nr 93/104 z dnia 23 listopada 1993r. uznając, że dyżury, w trakcie których pracownik tylko częściowo wykonuje swoje obowiązki, nawet jeżeli ma możliwość odpoczynku, należy traktować całościowo jako czas pracy.

Polska jako członek UE jest więc zobowiązana do dostosowania swoich praw w tym zakresie do norm prawnych unijnych. I to jak najszybciej.

Lekarze dochodzą swoich praw w tym zakresie na drodze sądowej. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy „pilotuje” pierwszy indywidualny pozew, który jest na etapie skargi kasacyjnej w Sądzie Najwyższym. Ponadto OZZL przygotowuje skargę do Trybunału Konstytucyjnego w temacie zaliczenia dyżurów medycznych do czasu pracy w naszym kraju. ■

LISTY DO REDAKCJI

Lekarz - leka

Jest październik 2004 roku, dzień przed Świętem Zmarłych. Wyjeżdżam z drogi podporządkowanej i skręcam w lewo. Z lewej strony nadjeżdża samochód z włączonym prawym kierunkowskazem, jednak jedzie prosto i dochodzi do kolizji. Poszkodowana zostaje 12-letnia dziewczynka, która po jakimś czasie po wyjściu z samochodu, zaczyna odczuwać bóle w kostce. Jest bardzo zdenerwowana i biega wokół samochodów. Wtedy chyba dochodzi do urazu kostki. Dwukrotnie badam ją i nie stwierdzam, poza bólem, niepokojących objawów. Raczej trudno o uraz skrętny, przy bocznym zderzeniu samochodów. Po ok. 40 minutach zostaje wezwane pogotowie, ponieważ dziecko wcześniej miało poważne problemy z tą kostką. Ponad rok temu, przeszła skomplikowane złamanie w jej obrębie.

Dyżurny policji działa zgodnie ze swoimi procedurami i dzwoni do dyżurnego chirurga w szpitalu i pyta: jakie są to obrażenia? Niestety chciał przedobrzyć i podaje, że sprawcą zdarzenia jestem ja. Chirurg, wg relacji policjantów, miał zareagować błyskawicznie, skoro to jestem ja, to są to obrażenia... powyżej 7 dni!!!! Bez komentarza!!!! Dyżurny policji nie zachował się zbyt profesjonalnie, podając moje dane osobowe - to fakt, ale jak zachował się „nasz kolega” po fachu? Nie ukrywam, że kilka lat temu, ten „kolega” miał sprawę karną, a ja byłem na niej świadkiem. Oskarżony ma prawo kłamać, przynajmniej w Polsce, ale świadek nie, przynajmniej ja o tym nie słyszałem. (...) Ten „kolega” został uznany winnym zarzucanemu mu czynu, ale odstąpiono od wykonania kary! (...)

Ale wróćmy do mojego zdarzenia. Pierwsza opinia sądowno-lekarska na podstawie akt sprawy, oceniła – obrażenia poniżej 7 dni. Prokurator zwietrzył jednak łatwy łup, sugerując się pierwszą, ustnie wydaną opinią przez wspomnianego „kolegę”. Powierza wykonanie drugiej opinii w Zakładzie Medycyny Sądowej. Ta druga opinia wydana na podstawie akt sprawy i badania poszkodowanej jest nieco inna i uznała, że obrażenia te nieznacznie, ale przekraczają okres 7 dni. W związku z tym, prokurator stawia mi zarzut z art. 157 par 1. Nie da się ukryć czuję się jak przestępca! Dopiero w tym momencie mam możliwość zapoznania się z aktami sprawy – mojej sprawy! Po zapoznaniu się z nimi przeżywam szok. Okazuje się, że poszkodowana dziewczynka nie mogła o własnych siłach wyjść z samochodu i od razu z miejsca zdarzenia została zabrana przez pogotowie. Tak przynajmniej było napisane w aktach. Czy w takich okolicznościach opinia sądowno-lekarska mogła być inna? Policjant po konsultacjach z prokuratorem, proponuje mi dobrowolne poddanie się karze – 2 lata w zawieszeniu na 3 lata. Pytam go, czy w związku z tym będę figurował w rejestrze skazanych? Policjant kategorycznie zaprzecza. Proszę go o możliwość skontaktowania się z prawnikiem. Wyraża zgodę, ale mam na to czas tylko do jutra. Mój prawnik ma odmienne zdanie na ten temat. Wręcz śmieje się z tego, że policjant chciał mnie „wpuścić w ma-

RZOWI

liny". Wnoszę o ponowne wydanie opinii, która uwzględni te fakty, które nie znalazły się w aktach sprawy. Mam już wyznaczone spotkanie z prokuratorem przed wystaniem akt do sądu. Bardzo przeżywam to „jestem wręcz zdruzgotany”. Godzinę przed spotkaniem, zostaje ono odwołane. Mogę się tylko domyślić, że druga opinia jest zupełnie inna i cały misternie stworzony plan prokuratora upada. Niewyobrażalna ulga.

Spotkałem tego swojego „kolegę” chirurga, pytałem go o to, dlaczego tak zrobił, ale wykręcił się całkowitą amnezją. Nie zauważyłem żadnych oznak wyrzutów sumienia czy konsternacji. To, co zrobił jest wyjątkowo podłe, naraziło mnie na niesamowite nieprzyjemności. Cóż, żeby mieć wyrzuty sumienia, trzeba jeszcze po prostu je mieć!!!! Straciłem wiele nerwów. Przez taką podłą złośliwość „mojego kolegi” kilka tysięcy złotych poszło na nikomu niepotrzebne opinie, ekspertyzy, przesłuchania świadków itp. Kto za to zapłaci?

Jest jeszcze jeden aspekt sprawy. W świat poszedł „news”, jak to kolega lekarz załatwił kolegę po fachu. Jest to tym bardziej przykre, że opowiadają o tym nie tylko policjanci. Takie zdarzenia szkodzą nam wszystkim. Mam nadzieję, że jednak kawały o policjantach nie zostaną zastąpione kawałami o lekarzach, choć w tym przypadku może być inaczej. Tym bardziej, że nie tak dawno prasa donosiła o skandalu w tym samym szpitalu. Jego głównym bohaterem był wspomniany na wstępie chirurg. Można powiedzieć, że zastosował nowatorską metodę zakładania gipsu, bez swego udziału i bez badania pacjenta. Wybrał jednak nieodpowiedniego pacjenta, który woli mieć jednak kontakt z lekarzem. Ale o tego kolegę jestem spokojny, poradzi sobie, nie z takich problemów „wyślizgał się”.

Żle się dzieje, kiedy nie potrafimy sami jako środowisko, rozwiązać swoich spraw. Przypomina to zamiatanie brudów pod dywan. Warto zastanowić się nad tym, co opisałem. Czy myślicie Państwo, że to jest pierwsza taka jego sprawa? Oby takie coś więcej nikomu z Was Koleżanki i Koledzy się nie przydarzyło. Przy znanej szybkości działania naszych organów ścigania, przeżyłem rok niepewności, zszarganych nerwów, upodlenia. Jeżeli taką krzywdę robi nam swój, to boli podwójnie. Cóż, kiedyś ktoś powiedział, że nie boi się wrogów, bo wie, że niczego dobrego nie może się od nich spodziewać. Wypada nam się bać przyjaciół, takich jak wspomniany na wstępie. Nie tak dawno nazwisko „kolegi” figurowało na liście biegłych sądowych i to w tym sądzie, gdzie odbywała się jego sprawa karna! Kto wie, może jeszcze tam jest? Służba zdrowia powinna sobie pomagać, sędzę jednak, że nie w taki sposób, jaki powyżej opisałem. Przy takiej ilości problemów codziennych, dodatkowa dawka takiej podłości może szokować.

Dane osobowe
do wiadomości Redakcji

W oczekiwaniu na komornika

Wnawiązaniu do zamieszczonej w „Vox Medici” 2/153/2006 informacji Skarbnika OIL w Szczecinie, dotyczącej zbliżającej się egzekucji zaległych składek członkowskich na rzecz OIL, z której wynika, że około 25% kolegów, nieuczciwych cwaniaków, nie opłaca składek, przypominam, że procent lekarzy zarabiających znacznie mniej od kierowcy autobusu, hydraulika, a nierzadko pracowników dbających o higienę hotelowych toalet jest zapewne jeszcze większy. Tak jak budżet OIL, budżety tych lekarskich rodzin również nie są budżetami marzeń. Jestem przekonany, że ściągalność składek byłaby jeszcze mniejsza, gdyby one odprowadzane bezpośrednio z pensji lekarzy zatrudnionych na etatach. Za wysoce krzywdzące uważam ustalenie składek na jednakowej wysokości dla lekarzy bez specjalizacji i specjalistów, dla lekarzy zarabiających 900zł miesięcznie i zarabiających dziesiątki razy więcej (co stanowi o wiele ważniejszy problem, dzielący środowisko lekarskie, o którym na łamach nie wspomina się często). A może warto zastanowić się dlaczego lekarze tak niechętnie uiszczają składki. Mam nadzieję, że OIL I NIL w równie ostrych słowach wyegzekwują od rządu godziwe płace i godne warunki pracy dla nas wszystkich. Z pewnością kłopoty ze składkami zostałyby wówczas automatycznie rozwiązane.

W oczekiwaniu na komornika (nieopłacona składka za 4 m-ce).

Lekarz Artur Janowski

Szanowny Kolego!

Bardzo dziękuję za podjęcie tematu składek członkowskich. Nosiłem się z zamiarem przekazania nadesłanych uwag bezpośrednio Prezesowi Konstantemu Radziwiłłowi, ale... pomimo zapowiedzi nie pojawił się na naszej Okręgowej Radzie Lekarskiej w dniu 26 kwietnia 2006 roku.

W pierwszej części listu potwierdził Pan konieczność podjętych przez Okręgowy Zjazd Lekarzy w dniu 25 marca br. działań na rzecz przeprowadzenia akcji protestacyjnej w regionie (Uchwała nr 5, Uchwała nr 7, Apel oraz Stanowisko Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Szczecinie z dnia 25 marca 2006 roku). Wspólnie zatem przystępujemy do poprawy sytuacji finansowej lekarzy (ale także i innych pracowników ochrony zdrowia). Przypomnę, że minimalną płacę dla lekarzy bez specjalizacji ustalono na poziomie dwukrotności średniego krajowego wynagrodzenia.

Kwota składki członkowskiej jest ustalana przez Naczelną Radę Lekarską (ostatnia Uchwała w tej sprawie datowania jest na 12 grudnia 2003 roku). Wysokość składki uzależniono tylko od stanu aktywności lub spoczynku lekarzy i lekarzy dentyistów. Dobrze by było, aby na łamach Vox Medici podjęto szerszą debatę w tym zakresie. Osobiście jestem również zainteresowany, dlaczego lekarze nie opłacają obowiązkowych składek członkowskich. Poznanie tej tajemnicy pozwoliłoby nam na podjęcie działań profilaktycznych w dziedzinie nie opłacania składek i (nowo) tworzenia zaległości. Jeżeli będą podobne jak Pana postulaty o potrzebie dalszego zróżnicowania stawki składki członkowskiej, to poprzez naszych przedstawicieli w Naczelnej Radzie Lekarskiej i jej komisjach możemy wywołać stosowną dyskusję na szczeblach decyzyjnych.

Jeszcze raz dziękując Panu za tak ważny głos w sprawie składek członkowskich namawiam wszystkich członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie do comiesięcznego uiszczania składek członkowskich.

Leszek Herbowski – wasz skarb(NIK)

ZYGMUNT JABŁOŃSKI

(1928-2006)



21 lutego 2006r. odszedł na zawsze nasz ojciec Zygmunt Jabłoński-lekarz stomatolog.

Urodził się 13.04.1928 r. w miejscowości Dopiewo koło Poznania. Do wybuchu II wojny światowej ukończył 4 klasy Szkoły Powszechniej w Dopiewie. W czasie okupacji hitlerowskiej już jako 13-let-

niego chłopca skierowano Go do pracy w firmie niemieckiej, oraz do kopania rowów przeciwzołgotowych. Po wojnie w 1945r. rozpoczął naukę w Gimnazjum i Liceum Marii Magdaleny w Poznaniu. Naukę z początkiem 1946r. przerwał Mu WUBP w Poznaniu, aresztowano Go wraz z 3 kolegami gimnazjalistami za przynależność do Konspiracyjnego Związku Młodzieży Wielkopolskiej, zorganizowanej na terenie ich Gimnazjum, i za tę działalność został skazany przez Wojskowy Sąd Rejonowy w Poznaniu na karę 5lat pozbawienia wolności. Uratowała Go amnestia, wyszedł po 3 miesiącach na wolność. Nie został przyjęty z powrotem do „Magdalenki”. Dopiero we wrześniu 1947 roku wyjechał do Szczecina, ukończył Liceum przy ulicy Henryka Pobożnego. W 1949r. zdał maturę i dostał się na studia stomatologiczne PAM w Szczecinie, które ukończył w 1953r. Z nakazu pracy został skierowany do Pyrzyc i tam osiedlił się, założył rodzinę. Przepracował jako lekarz stomatolog w jednym ZOZ-ie do 1988r. W międzyczasie zrobił specjalizację I i II stopnia ze stomatologii zachowawczej, pracował jako kierownik Przychodni Rejonowej. Jako lekarz stomatolog przepracował 52 lata.

Był człowiekiem bardzo odpowiedzialnym i obowiązkowym. Pacjent i jego dobro było zawsze dobrem nadrzędnym. Całe Swoje i nasze życie podporządkował pracy i pacjentom- nie odmówił nigdy cierpiącemu- nawet w nocy. Był naszym najlepszym nauczycielem zawodu. Oboje z bratem Dariuszem ukończyliśmy tę samą uczelnię PAM. w Szczecinie. Zdradził nam wiele tajemnic protetyki, był bardzo surowym i wymagającym nauczycielem. Zawsze uczciwy i prawdomówny, rubaszny i wesoły. Wszyscy mogliśmy na Niego liczyć, kochał Nas i swoje wnuki, będzie Go nam bardzo brakowało.

Małgorzata Lewandowska
z d. Jabłońska

Czytelnicy "Zdrowia" wybrali

Lekarze Niezwykli 2005

Mieczysław Chruściel



W sobotę 18 lutego 2006 w Galerii Porczyńskich w Warszawie odbyła się uroczysta gala, w czasie której rozstrzygnięto wyniki plebiscytu Lekarz Niezwykli 2005. Jego celem jest upowszechnienie wzorca lekarza społecznika oraz wspomaganie etosu lekarskiego. Patronat honorowy nad tym przedsięwzięciem objęło Ministerstwo Zdrowia.

Marek Pertkiewicz z Warszawy, Dorota Krzyżanowska-Gernand z Lublina, Małgorzata Bigosz-Kubica z Częstochowy, Marzena Kapała-Ciach ze Stargardu Szcze-

cińskiego oraz Maciej Hilgier z Warszawy – to Lekarze Niezwykli 2005. Wszyscy oni zostali nagrodzeni symbolicznym Kryształowym Sercem.

Spośród kilku tysięcy zgłoszeń czytelników miesięcznika „Zdrowie” wyłoniono 100 finalistów z największą liczbą głosów, którzy otrzymali srebrną odznakę Lekarza Niezwykłego. Wśród nich jest koleżanka Jadwiga Graczykowska ze Stargardu Szczecińskiego, Andrzej Zieliński ze Świnoujścia oraz troje kolegów ze Szczecina – Jolanta Grabowska-Prawda, Marek Majewski i Mieczysław Chruściel. ■

Przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie oraz Redakcja „Vox Medici” gratulują wszystkim lekarzom, którzy uzyskali specjalizację w sesji wiosennej 2006 r.

MEDYCYNA RODZINNA

1. lek. Natalia Kloc
2. lek. Elwira Brzuchalska
3. lek. Agata Ciecślak
4. lek. Małgorzata Szamańska
5. lek. Dorota Ziętał

ORTODONCJA

1. lek. dent. Dominik Piskorski
2. lek. dent. Joanna Janiszewska-Olszowska
3. lek. dent. Krzysztof Woźniak

Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

Członkowie komisji: V KADENCJI (2005-2009)

1. dr Bogdan Adamek
2. dr Dariusz Adamczyk
3. dr Agnieszka Borowiec-Cinzer
4. dr Roman Bożyk
5. dr Mieczysław Chruściel
6. dr Iwona Damlianiović
7. dr Grażyna Dudarenko
8. dr Halina Ey-Chmielewska
9. dr Zdzisław Garnuszewski
10. dr Krzysztof Jach
11. dr Norbert Kacperski
12. dr Roman Milkiewicz
13. dr Dalila Pietkiewicz
14. dr Mirosława Przyłuska-Karkosz
15. dr Karol Ptak
16. dr Paweł Rawski
17. dr Jan Rusin
18. dr Jacek Siwulski
19. dr Michał Szelaḡowski
20. dr Halina Teodorczyk
21. dr Beata Urbańska
22. dr Grzegorz Wojciechowski
23. dr Wojciech Wójtowicz
24. dr Beata Wudarska
25. dr Marek Zaborowski
26. dr Mariusz Zarzycki
27. dr Rafał Zawojski

28. Przewodniczący Komisji
– dr Maciej Mrożewski

RELACJA Z POSIEDZENIA KOMISJI

W dniu 5 kwietnia 2006 roku, w Klubie Lekarza "Remedium" odbyło się posiedzenie komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie.

W zebraniu uczestniczyło 20 członków komisji oraz wspomagający w pracach koledzy z grup doradczych. Posiedzenie Komisji prowadził jej przewodniczący, kolega Maciej Mrożewski, który jest również członkiem Komisji d/s Kultury i Sportu i Rekreacji Naczelnej Rady Izby Lekarskiej. Głos zabrali koleżanki i koledzy: D. Pietkiewicz, J. Rabus, H. Ey-Chmielewska, M. Przyłuska, H. Teodorczyk, Z. Garnuszewski, R. Milkiewicz, G. Wojciechowski, J. Romanowski. Tworzył i rysował K. Jach.

> 26

GALERIA JACHA



Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie Relacja z posiedzenia cd.

25 > W czasie posiedzenia:

1. Zapoznano zebranych z programem imprez na rok 2006.
2. Przyjęto informacje o planowanym udziale naszych koleżanek i kolegów w imprezach środowiska i sposobie ich dofinansowania.
3. Przekazano informacje o organizowaniu przez poszczególne koleżanki i kolegów imprez sportowych.
4. Ustalono sposób komunikowania się organizujących imprezy sportowe i kulturalne z członkami kolegium redakcyjnego VOX MEDICI.
5. Wystuchano opinii dr J. Rabus o nowych możliwościach w działalności "Chóru Remedium".

Uczestnicy spotkania nie dokonali wyboru członków "Rady Klubu Lekarzy Remedium". Chcemy to zrobić z Państwa udziałem, dlatego zachęcamy do włączenia się w działalność klubu i podjęcia współpracy. W związku z tym prosimy o kontakt z M. Mroźewskim pod nr telefonu 0693 543 211, 091 4 612 25. Liczymy, że utworzona w ten sposób Rada Klubu będzie prawdziwą reprezentacją naszego środowiska.

Nasze plany na przyszłość są bardzo szerokie. Chcemy między innymi zorganizować kilka wystaw o zróżnicowanej tematyce- malarstwo, fotografia. Zamierzamy dofinansować udział koleżanek i kolegów w VI Plenerze Lekarzy-Malarzy. Odbędzie się on w Jurze

Krakowsko-Częstochowskiej w dniach 21-27 VI 2006. Wyjazd organizuje Aleksander Kotwicki tel. 022 620 19 51. Prosimy również o udział Państwa w gromadzeniu dokumentów związanych z działalnością lekarską na naszym terenie, ponieważ chcemy uchronić od zapomnienia piękne karty działalności naszych kolegów. Uważamy, że ta inicjatywa może być istotnym fragmentem działalności Rady Klubu Lekarzy.

M. Mroźewski, H. Teodorczyk



FOT. IMIĘ I NAZWISKO
Pierwsze zebranie Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie



FOT. IMIĘ I NAZWISKO
Od lewej: Jolanta Rabus, Agnieszka Borowiec-Cinzer, Rafał Zawojski i Halina Ey-Chmielewska.



FOT. IMIĘ I NAZWISKO
Od lewej: Jerzy Romanowski, Maciej Mroźewski i Grzegorz Wojciechowski.

Sukces w Dębicy

Mirosława Przyłuska

W dniach 21-22 kwietnia 2006r. odbyły się II Mistrzostwa Polski Lekarzy w pływaniu. Zawody rozegrane zostały w Dębicy na basenie 50-metrowym. Ogółem odbyło się 12 konkurencji indywidualnych i sztafeta 4x50 metrów stylem dowolnym. Rywalizowano na dystansach od 50 do 800 m. Do Dębicy przyjechali zawodnicy z całej Polski reprezentujący 9 izb lekarskich.

Szczecin reprezentowała skromna 3-osobowa ekipa: Iwona Damljanović, Elżbieta Anders-Powierża i Mirosława Przyłuska. Po raz drugi z rzędu zdobyłyśmy Puchar Naczelnej Rady Lekarskiej zwyciężając przed drużynami z Rzeszowa i Łodzi. Byłyśmy jedyną tak niewielką ekipą i jedyną tylko damską. Żeby wygrać musiałyśmy płynąć wszystkie dystanse, niejednokrotnie tylko z kilkuminutową przerwą między startami.

Warto było – po raz drugi Puchar jest nasz! Poza tym zdobyłyśmy w sumie 40 medali w kategoriach wiekowych i open. Indywidualnie wśród kobiet, najlepszą zawodniczką została Iwona Damljanović, drugie miejsce zajęła Mirosława Przyłuska, a szóste Ela Anders-Powierża. Trzeba tu podkreślić ogromny sukces Eli, która nie będąc nigdy zawodniczką, dzięki uporczywym treningom, zdobyła kilka medali i dostar-

czyła drużynie cennych punktów m.in. w tak trudnych konkurencjach jak 400 i 800 m st.dow.

Trzeba jeszcze podkreślić znakomitą organizację zawodów i wspaniałą atmosferę, którą zapewnili zarówno organizatorzy pod kierownictwem dr Janusza Bieniasza i ich rodziny z całej Polski. Następne mistrzostwa już za rok.

Mamy nadzieję, że uda nam się namówić do startu jeszcze kilka osób. Przecież jest wśród braci lekarskiej duża liczba znakomych byłych zawodników.



NASZE MISTRZYNI

W II Mistrzostwach Polski Lekarzy w Pływaniu w Dębicy w dniach 21-22 kwietnia 2006r. nasze Koleżanki: dr Mirosława Przyłuska-Karkosz, dr Elżbieta Anders-Powierża, dr Iwona Damljanović, jako najmniej liczna ekipa OIL, zdobyły I miejsce w Klasyfikacji Drużynowej OIL. Zajęły I miejsce na dystansie sztafeta 4x50 m kobiet – st.dow. kategorii OPEN oraz III miejsce na dystansie sztafeta 4x50m kategorii OPEN.



Naszym Koleżankom Serdecznie Gratulujemy!

K O M U N I K A T

Mistrzostwa Okręgowej Izby Lekarskiej w Poolbilardzie organizowane w maju 2006r.

zostały przesunięte

na 21-22 października 2006r. z powodu choroby organizatora.

Maciej Mroźewski

VI MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W GOLFIE na polach golfowych w Kotczewie i Binowie

23 czerwca (piątek) I DZIEŃ TURNIEJU w Amber Baltic Golf Club

- uroczyste otwarcie mistrzostw
- start pierwszej rundy
- Midsommar Party w Binowie

24 czerwca (sobota) II DZIEŃ TURNIEJU w Binowo Park Golf Club

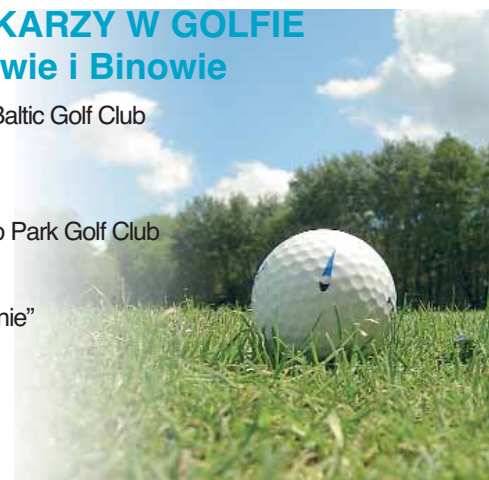
- „czasy startowe” turnieju
- „Akademia Golfa”

**ceremonia wręczenia nagród i „golfowe grillowanie”

**program dla zaproszonych gości

Kontakt

Małgorzata Pyra - Głogowska 0 604 102 055
Maciej Mroźewski 0 693 54 32 11, 091/4612 251



Historia szpitala

Jerzy Romanowski

Historia Szpitala Pomorzańskiego, jednego z najstarszych i nadal działających szpitali Szczecina rozpoczyna się w roku 1865. W tym to roku władze Szczecina podjęły decyzję o wykupieniu gruntów w dawnej księżęcej wsi Pomorzany (Pommerendorf) i włączenia wsi do miasta. Bezpośrednią przyczyną rozpoczęcia, w 1869 roku, budowy w tej dzielnicy nowego szpitala, była wręcz katastrofalna sytuacja w szpitalnictwie. Miasto Szczecin do roku 1734 dysponowało bardzo skromną bazą szpitalną, był to jedyny szpital, który liczył 30 łóżek rozmieszczonych w 8 salach. Ludność Szczecina stale wzrastała i w roku 1840 wynosiła już 90 tysięcy mieszkańców. Nowo wybudowany szpital oddany do użytku w 1840 roku, zlokalizowany przy ulicy Wallstrasse liczył 162 łóżka. Budowę Szpitala

Pomorzańskiego rozpoczęto w roku 1869 na działce o powierzchni 62179m² przy Apfelallee w dzielnicy Pomorzany. Autorami projektu byli szczecińscy architekci Schimiden i Greffins.

Oficjalne otwarcie Szpitala nastąpiło w roku 1879. Szpital liczył 353 łóżka. Pierwszym jego dyrektorem został, znany szczeciński chirurg dr Georg Wagner. Zrezygnował z funkcji w roku 1883 z powodu braku akceptacji przez władze jego działalności inwestycyjnej. Kolejnymi dyrektorami szpitala byli dr A.W Schulz (1883-1885) oraz prof. Karl August Schuchardt (1856-1901), znany w całych Niemczech chirurg. Właśnie jemu szpital zawdzięcza swój rozwój. Wprowadzenie nowoczesnych metod leczenia, zmiany organizacyjne, budowa nowych oddziałów, powstanie nowej pracowni Rtg (pierwszej na Pomorza-

nach) spowodowało, że szpital stał się nie tylko szpitalem wiodącym w mieście, ale w całym regionie Pomorza Zachodniego. W latach 1904-1906 zbudowano kolejne pawilony szpitala tzw. „budynek dla bogatych mieszczan” (obecnie Klinika Położnictwa i Ginekologii).

W roku 1913 szpital na Pomorzach posiadał pierwszą na Pomorzu Pracownię Izotopową. Leczone preparatami Radu. Lata 1929-1931 to budowa nowoczesnej pralni, kuchni, kotłowni oraz Instytutu Chemicznego-nowoczesnego zakładu biochemicznego. Na początku 1939 roku ludność Szczecina przekroczyła 375 tysięcy mieszkańców, rosły więc stale potrzeby w zakresie szpitalnictwa. Rozbudowywany stale Szpital Pomorzański liczył wówczas 1004 łóżka i był największym szpitalem na Pomorzu Zachodnim.

W okresie II wojny światowej Szpital pełnił rolę Szpitala Miejskiego i leczył wyłącznie ludność cywilną. W 1940 roku leczono w Szpitalu 14790 pacjentów. W trakcie działań wojennych większość budynków była w gruzach, nieliczne były bardzo zniszczone, pozbawione podstawowego wyposażenia.

Dnia 20 marca 1948 roku decyzją Rady Ministrów powołano w Szczecinie Akademię Lekarską, drugą wyższą uczelnię w tym mieście. Decyzją władz, uczelnia miała Wydział Lekarski i Oddział Stomatologii. Pierwszym Rektorem był prof. Jakub Węgieńko. Podstawowym problemem było utworzenie bazy kliniczno-dydaktycznej dla potrzeb rozwijającej się Uczelni. W tym celu powołano specjalną Komisję, zadaniem której było opracowanie planu rozwoju bazy. Początkowo większość Klinik utworzono na bazie przekazanego przez władze szpitala PCK przy ul. Unii Lubelskiej oraz na łóżkach wydzielonych ze Szpitali przy ul. Arkońskiej, Piotra Skargi i jednego pawilonu Szpitala na Pomorzach (obecny blok Klinik

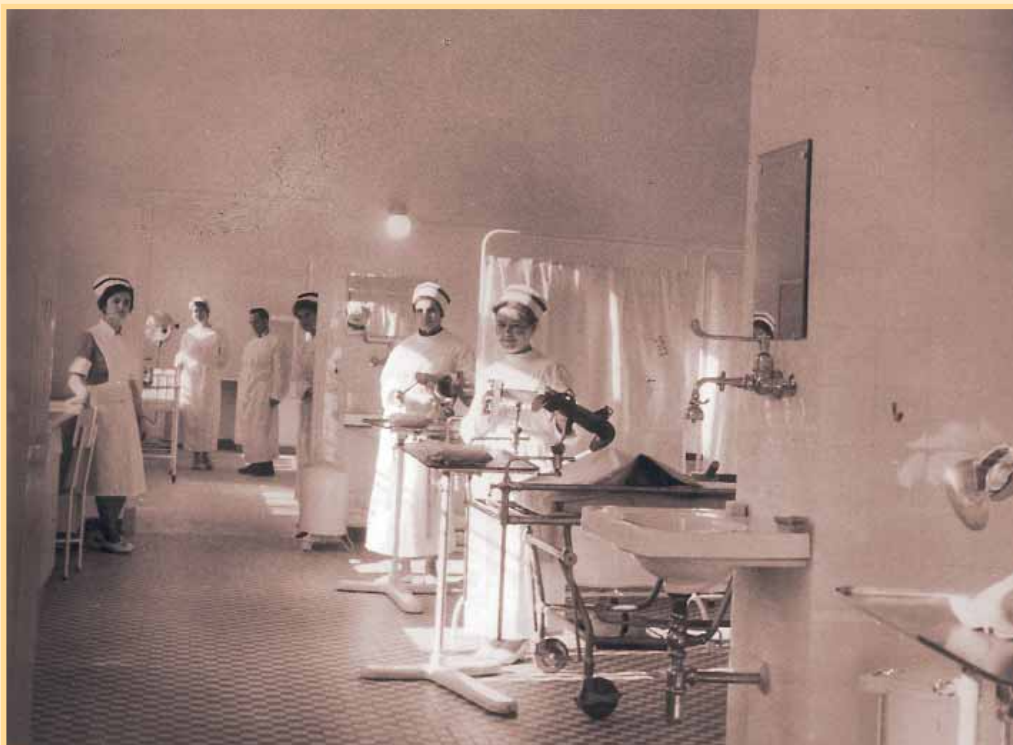


pomorzańskiego

Chirurgicznych). Problemem stała się organizacja bazy dydaktycznej oraz pomieszczeń dla zakładów Oddziału Stomatologii. Wobec braku możliwości adaptacji na te potrzeby przydzielonego budynku przy ulicy Słowackiego, zapadła decyzja władz Uczelni o adaptacji części budynków szpitala na Pomorzanych na potrzeby zakładów teoretycznych i pracowni Oddziałów Stomatologii. Opracowany plan tzw. „zespołu teoretyczno-klinicznego Pomorzany” przedstawia kolejne etapy odbudowy szpitala.

Prace remontowe rozpoczęto w 1950 roku. Pierwszym budynkiem przywróconym do eksploatacji po wojennych zniszczeniach, był obecny budynek Klinik Chirurgicznych (1951 r.). Zlokalizowane zostały tam II Klinika Chirurgii, Klinika Chirurgii Stomatologicznej oraz Oddział Dermatologii. W części budynków przy obecnej Alei Powstańców Wielkopolskich zlokalizowano zakłady teoretyczne: Mikrobiologię, Biologię, Fizjologię, Chemię, Farmakologię. W roku 1995 odbudowano kuchnię, pralnię i kotłownię Szpitala.

Pierwszym kierownikiem II kliniki Chirurgii był prof. Tadeusz Jankowski a następnie jego adiunkt, późniejszy prof. Rafał Heftman. W roku 1962 w ramach II Kliniki Chirurgicznej powstał Oddział a następnie Klinika Urologii, którą kierował prof. Alfons Wojewski. Klinika Chirurgii Stomatologicznej kierowała prof. Irena Semadeni-Konopacka. Oddziałem Dermatologii kierował prof. Tadeusz Chorążak W roku 1952 rozpoczęto odbudowę budynku dla potrzeb I Kliniki Chorób Wewnętrznych zlokalizowanej dotychczas w Szpitalu przy ulicy Arkońskiej. Jej pierwszym kierownikiem był prof. Feliks Bolechowski. Remont budynku zakończono w 1958 roku. W tym samym okresie rozpoczęto odbudowę budynku nr 24 z przeznaczeniem na przyszłą lokalizację Klinik Okulistycznych.



Bardzo ważnym wydarzeniem w historii Szpitala była data 1 stycznia 1956 roku. Decyzją władz Uczelni szpital ponownie stał się samodzielną jednostką organizacyjną jako Państwowy Szpital Kliniczny Nr 2. Pierwszym dyrektorem został dr med. Stanisław Mielcarek - kierownik Zakładu Radiologii.

Rozpoczęto modernizację i odbudowę kolejnych budynków szpitala. Ramy tego opracowania nie pozwalają na szczegółowe przedstawienie etapów rozwoju szpitala, dlatego wymienię jedynie istotne dla szpitala dokonania. W roku 1961 powołano w szpitalu III Klinikę Chirurgii, której pierwszym kierownikiem został doc. Józef Koszarski. W roku 1962 odbudowano dawny budynek „dla bogatych mieszczan”, gdzie utworzono II Klinikę Ginekologiczno-Położniczą. Pierwszym kierownikiem był doc. Mikołaj Prochorow. Kolejne lata to rok 1964-oddanie po remoncie budynku nr

24 na potrzeby Kliniki Okulistycznej i Zakładu Patofizjologii Wzroku. Pierwszym kierownikiem Kliniki i jednocześnie twórcą szczecińskiej szkoły okulistycznej był prof. Witold Starkiewicz.

Przeglądając dokumentację ostatnich 40 lat działalności szpitala na Pomorzanych, można sformułować jeden wniosek: szpital jest permanentnie remontowany i przystosowywany do aktualnych potrzeb.

Kolejne dyrekcje opracowywały nowe plany, troszczyły się o zdobycie środków finansowych na ich realizację. Szpital nadal musi spełniać podstawowe wymogi Szpitala Klinicznego, łączyć lecnicтво z potrzebami dydaktyki. Jedyną inwestycją w pełni tego słowa znaczeniu zrealizowaną w latach powojennych była budowa Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej, którego budowę Szpital zawdzięcza jej pierwszemu Kierownikowi prof. Januszowi Grzegorzcykowi. ■

**Uchwała Nr 28/2006/V
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie
z dnia 26 kwietnia 2006 roku**

Na podstawie art. 25 ustawy z dnia 17 maja 1989r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie **W Z Y W A** wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów do solidarnego udziału w kolejnym etapie protestu środowisk medycznych poprzez:

- uczestnictwo w ogólnopolskiej manifestacji w Warszawie w **dniu 10 maja b.r. o godz. 12.00**,
- demonstrowanie solidarności z protestem, poprzez pracę w trybie ostrodyżurowym, wszystkich tych, którzy ze względu na konieczność zabezpieczenia działań niezbędnych dla ratowania zdrowia i życia chorych, nie mogą wziąć bezpośredniego udziału w manifestacji.

§ 2

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie apeluje do dyrektorów i kierowników publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ich organów założycielskich o pomoc i wsparcie we wszelkich działaniach podjętych w ramach ogólnopolskiej akcji protestacyjnej środowisk medycznych.

§ 3

Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie wynika z braku postępu w rokowaniach placowych między przedstawicielami władz państwowych i przedstawicielami środowisk medycznych.

§ 4

Uchwała obowiązuje z dniem podjęcia.

**Uchwała Nr 29/2006/V
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie
z dnia 26 kwietnia 2006 roku**

w sprawie zatwierdzenia Obwieszczeń Nr 1/2006 oraz Nr 2/2006 z dnia 30 marca 2006 roku Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

Na podstawie art. 25 ustawy z dnia 17 grudnia 1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30 poz. 152, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1

1. Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie zatwierdza Obwieszczenie Nr 1/2006 z dnia 30 marca 2006r. Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, które stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie zatwierdza Obwieszczenie Nr 2/2006 z dnia 30 marca 2006r. Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, które stanowi załącznik Nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**A P E L
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie
z dnia 26 kwietnia 2006 roku**

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do niezwłocznego wdrożenia rozwiązań prawnych, administracyjnych i organizacyjnych zawartych w Dyrektywach Unii Europejskiej Nr 2004/23/UE i 2006/17/UE dotyczących pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.

Unormowania zawarte w tych Dyrektywach w aspekcie komórek rozrodczych, gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych i ich części, nie są objęte w Polsce obowiązującymi przepisami ustawowymi i odpowiednimi aktami wykonawczymi.

**A P E L
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie
z dnia 26 kwietnia 2006 roku**

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie zwraca się do wszystkich środowisk medycznych z prośbą o czynne poparcie ogólnopolskiej akcji protestacyjnej, przewidzianej na dzień 10 maja 2006 roku.

**Uchwała Nr 30/2006/V
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie
z dnia 26 kwietnia 2006 roku**

w sprawie rekomendowania członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na stanowisko konsultanta wojewódzkiego

Na podstawie art. 25, w zw. z art. 4 ust. 2 pkt 11 ustawy z dnia 17 maja 1989r. (Dz.U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.) Okręgowa Rada Lekarska w szczecinie postanawia:

§ 1

Zaopiniować pozytywnie kandydaturę prof. dr hab. n.med. Jerzego Samochowca na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała Nr 32/2006/V
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie
z dnia 26 kwietnia 2006 roku**

w sprawie nie udzielenia pełnomocnictwa Prezesowi oraz Skarbnikowi Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 25 ustawy z dnia 17 maja 1989r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie przyjmuje uchwałę Nr 24/2006/V Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 13 kwietnia 2006r., a tym samym nie udziela pełnomocnictwa Prezesowi oraz Skarbnikowi Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia negocjacji z Ministerstwem Zdrowia w sprawie refundacji kosztów poniesionych w roku 2006 przez Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie na czynności przejęte od administracji państwowej a także do podpisania umowy z Ministerstwem Zdrowia na przekazanie refundacji ze środków publicznych.

§ 2

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie upoważnia Przewodniczącego Rady oraz Skarbnika Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie do przeprowadzenia negocjacji z Ministerstwem Zdrowia w celu uzyskania refundacji kosztów, o których mowa w § 1.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała Nr 24/2006/V
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie
z dnia 13 kwietnia 2006 roku**

Na podstawie art. 24 ustawy z dnia 17 maja 1989r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie nie udziela pełnomocnictwa Prezesowi oraz Skarbnikowi Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia negocjacji z Ministerstwem Zdrowia w sprawie refundacji kosztów poniesionych w roku 2006 przez Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie na czynności przejęte od administracji państwowej, a także do podpisania umowy na przekazanie refundacji ze środków publicznych.

§ 2

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie upoważnia Przewodniczącego Rady do podjęcia działań celem uzyskania podstawy prawnej w zakresie zasady podziału refundacji między Naczelną Izbę Lekarską o okręgowe izby lekarskie.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI ds. LEKARZY DENTYSTÓW

Zapraszamy lekarzy dentystów **5 czerwca o godz. 9.00** do auli Uniwersytetu Szczecińskiego przy ul. Krakowskiej, gdzie odbędzie się

II Konferencja Naukowa w ramach kształcenia ustawicznego,

wstęp wolny. Konferencja obejmuje zagadnienia dotyczące IMPLANTOLOGII z udziałem specjalistów;

1. **dr. n. med. Krzysztof Śliwowski** – Prywatna Klinika Implantologii i Stomatologii Estetycznej w Niemczech.

- absolwent Akademii w Warszawie
- od 1987 praktykuje w Niemczech
- od 1989 roku zajmuje się implantologią – która była tematem pracy doktorskiej
- od 1998 kieruje Specjalistyczną Kliniką Implantologii i Stomatologii Estetycznej, Zahnklinik Rhein-Ruhr w Mulheim, Niemcy
- autor wielu publikacji m. in. podręcznik „Implanty krok po kroku”.
- wykładowca i organizator wielu kursów dla lekarzy w zakresie implantologii
- członek towarzystw implantologicznych
- specjalista EDI

Tematy wykładów:

I. Implantologia – wskazania i ograniczenia, estetyka i funkcja, różne stopnie trudności zabiegów w szczęce i żuchwie, od pojedynczego implantu do całkowitego bezzębia.

II. Techniki wspomagające: trójwymiarowa diagnostyka i planowanie, argumentacja, mukodystrakcja.

2. **David O'Connor** (Australia) wykładowca NEOSS, Specjalista Technik Implantologicznych:

- 1972-1976 studia i dyplom w Melbourne Australia
- 1976-1980 zaawansowane kształcenie w USA, Szwecji i Niemczech.
- 1981-1983 Międzynarodowy Specjalista ds. Techniki Dentystycznej w Howmedica USA, w Australii, Nowej Zelandii – wsch. Azji
- 1984-1988 Specjalista Techniki Dentystycznej w Howmedica International w Kolonii Niemcy
- 1989-2003 Przedstawiciel, wykładowca w Nobelphama, a później Nobel Biocare, odpowiedzialny za część laboratoryjną w Brenemark System, Replace Select i Procera na terenie Niemiec.
- 2003-2005 Wykładowca i Przedstawiciel firmy NEOSS w Kolonii Niemcy

Tematy wykładów:

I. The Neoss Implant System: „the elegance of simplicity” an overview of the system.

II. The Neoss Implant System: Prosthetic cases from simple to high-end solutions.

Zgłoszenia na Konferencję przyjmuje telefonicznie sekretariat OIL w Szczecinie tel. 091 4874936 wew.106 albo 4877561. Warunkiem uczestnictwa są opłacone składki członkowskie na rzecz OIL w Szczecinie.

PODZIĘKOWANIE

Dla Pani **Profesor Bogumity Frączak** – kierownikowi Zakładu Protetyki PAM, **lek. dent. Rafałowi Zawojskiemu** oraz **lek. dent. Pawłowi Anderszowi** za wygłoszenie wykładów bezpłatnie na I Konferencji Naukowej w ramach kształcenia ustawicznego w V kadencji OIL w Szczecinie zorganizowanej przez Komisję ds. Lekarzy Dentystów w styczniu 2006 roku w Maciejewie.

lek. dent. Lech Szadziuk
Przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów

OPR. HALINA TEODORCZYK

kwota zł.:	gr.:	zleceniodawca:	imię, nazwisko	dokładny adres
kwota słownie:				
OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W SZCZECINIE ING Bank Śląski 74 1050 1559 1000 0022 5989 4638 - składka OIL -				

POWÓD / POKWITOWANIE DLA POCZTY / BANKU

kwota zł.:	gr.:	zleceniodawca:	imię, nazwisko	dokładny adres
kwota słownie:				
OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W SZCZECINIE ING Bank Śląski 74 1050 1559 1000 0022 5989 4638 - składka OIL -				

POWÓD / POKWITOWANIE DLA POCZTY / BANKU

kwota zł.:	gr.:	zleceniodawca:	imię, nazwisko	dokładny adres
kwota słownie:				
OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W SZCZECINIE ING Bank Śląski 74 1050 1559 1000 0022 5989 4638 - składka OIL -				

POWÓD / POKWITOWANIE DLA POCZTY / BANKU



VOX MEDICI

Przypominamy o składkach na rzecz OIL w Szczecinie

Zgodnie z Uchwałą nr 69/03/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 grudnia 2003r. w sprawie wysokości składki członkowskiej kwoty składek członkowskich ustala się na następującym poziomie:

- lekarz, lekarz dentysta – **30 zł**
- lekarz stażysta, lekarz dentysta stażysta oraz emeryt (rencista) wykonujący zawód lekarza lub lekarza dentysty – **10 zł**

Zwolniony od obowiązku płacenia składki członkowskiej jest lekarz i lekarz dentysta:

- bezrobotny w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu
- nie osiągający przychodu z tytułu wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty lub z innego źródła zarobkowania
- emeryt (rencista) nie wykonywający zawodu lekarza lub lekarza dentysty

Lekarz, lekarz dentysta nie osiągający przychodu z tytułu wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty, może zostać zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej, na czas określony, na podstawie uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej, jeśli udokumentuje lub w inny sposób uprawdopodobni fakt niezarobkowania.

W myśl art.61 Ustawy o izbach lekarskich „nie opłacone w terminie składki członkowskie i koszty postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji”.



KURS IZOPATII DLA STOMATOLOGÓW

3 czerwca 2006 r. Szczecin

Godz. 10:00 – 16:00

Hotel NOVOTEL

Sala TURKUS

ul. 3 maja 31

Opłata za kurs wynosi 100 zł (materiały, lunch).
Więcej informacji na temat kursu znajdują Państwo na stronie:
www.sanum.pl oraz pod nr **tel. (91) 812 38 04.**

Program kursu

- Dr n. med. Igor Łoniewski – „Wprowadzenie do izopatii”
- Dr n. med. Marlena Trąbska-Świsłelnicza – „Zastosowanie leków Sanum w praktyce stomatologicznej”
- Dr n. med. Jolanta Kulig – „Ogólne założenia stomatologii biologicznej”

LEKARZY RODZINNYCH

zainteresowanych pracą w Wlk. Brytanii w tym:

- pełnieniem dyżurów weekendowych tj. out- of -hours GP (tzw. wyjazdy weekendowe)
- pracą in-hours tj. w przychodni rejonowej tydzień lub dwa w miesiącu
- zatrudnieniem stałym

zaprasza brytyjska firma Cherry Tree Medical Ltd

Oferujemy zatrudnienie także dla:

- stomatologów
- ortodontów
- histopatologów
- radiologów z doświadczeniem w interpretacji wyników ortopedycznych

Zainteresowanych prosimy o przesłanie CV w jęz. angielskim na adres email: info@cherrytreebase.com



Cherry Tree Medical Ltd
2 East Street
Okehampton, Devon
EX20 1AS
Great Britain

PRACA

- Zatrudnię lekarza stomatologa w Szczecinie. Tel.kont. 0501 078 328
- Okulistę zatrudnię w salonie optycznym w Szczecinie na Prawobrzeżu, tel. 0501 156 430.
- Gabinet dentystyczny w centrum Szczecina zatrudni lekarza stomatologa. Tel 091/4896771, kom. 501514557
- Do przejścia praktyka lekarz domowego w Penkun, Niemcy. Tel. z Polski: 0049 39 751 602 90, e-mail:annelore.walter@web.de

Wydział lekarski PAM w Szczecinie roczniki 1951 – 1957.

Zjazd koleżeński z okazji 50-lecia absolutorium odbędzie się 27.05.2006. (sobota).

Spotkamy się w Okręgowej Izbie Lekarskiej przy ul.M.Curie-Skłodowskiej w Szczecinie o godz. 13:30. Msza św. o godz. 11:00 w kościele przy ul. Królowej Korony Polski.

W programie uroczysty obiad.

Koszt uczestnictwa 100 zł.

Możliwość skorzystania z hotelu – Dom Medyka – odpłatnie.

Zgłoszenie udziału do 20.05.2006, na adres:
Bank Spółdzielczy Rzemiostła w Szczecinie.
nr rachunku 92939600070003673530000001
- Antoni Banasik
Telefon kontaktowy 091 – 4 489 167.

Zjazd koleżeński rocznika PAM 1989-1995

Zapraszamy kolegów na **zjazd**, który odbędzie się w dniach 20-22.X w pensjonacie PISZ w Pobierowie.

Prosimy o zgłoszenie telefoniczne lub emailiem.

Joanna Mysłowska
tel.0 609 18 50 50
esculap_joanna@wp.pl

Ilona Osadowska
artur_os@orange.pl
gsm +48 501 144 809

EMC Instytut Medyczny S.A. zatrudni lekarzy:

Anestezjologa (nr ogł. K-14) Dermatologa (nr ogł. K-7)

w Szpitalu św. Jerzego w Kamieniu Pomorskim
w pełnym wymiarze czasu pracy

Wymagania:

- II stopień specjalizacji

Oferujemy:

- atrakcyjne wynagrodzenie
- mieszkanie służbowe
- możliwość rozwoju zawodowego

CV i list motywacyjny z powołaniem się na nr ogłoszenia prosimy przysyłać na adres e-mail: praca@emc-sa.pl

Zastrzegamy sobie prawo odpowiedzi na wybrane oferty.

SOLIKOL[®]
Spółka z o.o.

- Wybudujemy
- Wyremontujemy
- Wykonamy adaptacje
- Pełen zakres robót budowlanych
- Doradztwo techniczne
- Wentylacja i klimatyzacja

Możliwa płatność w ratach

Twój gabinet będzie jak nowy

Solikor Spółka z o.o.
70-221 Szczecin, ul. Czarnieckiego 1
tel. 091 471-58-89, fax 091 471-13-13
e-mail: biuro@solikor.pl www.solikor.pl



W roli Britney Spears -Agnieszka Borowiec-Cinzer.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy i Komisja ds. Dentystów.



Twoje zyski rosną wiosną!



Aparat SONY
Cyber-shot S6000



iPod nano



Odtwarzacz MP3
Philips SA 157

Gwarantowane oprocentowanie 6% na lokacie z funduszami inwestycyjnymi.

Ale to nie wszystko! Otwórz Konto Osobiste Citibank, przelewaj pensję i odbierz jedną z wielu wspaniałych nagród. Możesz również otrzymać Kartę Kredytową Citibank MasterCard 2006 FIFA World Cup™ bez opłaty rocznej. A jeśli szybko potrzebujesz gotówki, skorzystaj z nowej oferty kredytu gotówkowego. Nie czekaj!

**Sprawdź wszystkie wiosenne promocje! Odwiedź oddział Citibank Handlowy
Szczecin, Pl. Rodła 8, tel. (091) 359 44 80, (091) 359 44 76,
(091) 359 44 77, (091) 359 44 88**

www.online.citibank.pl
Bank Handlowy w Warszawie S.A.

citibank handlowy

Szczegółowe zasady promocji są dostępne w oddziałach banku. Oprocentowanie stałe 6% w skali roku dotyczy lokaty 3-, 6- lub 12-miesięcznej tylko w ramach oferty specjalnej z funduszami inwestycyjnymi. Minimalna kwota lokaty to 5000 złotych. Minimalna wartość inwestycji w fundusze to 5000 złotych. W fundusze powinno zostać zainwestowane co najmniej 50% środków ułożonych w ramach oferty specjalnej. Jednostki uczestnictwa funduszy nie są depozytem bankowym. Inwestycje w fundusze są obciążone ryzykiem inwestycyjnym, włącznie z możliwością utraty części zainwestowanego kapitału. Dotychczasowe wyniki funduszy nie stanowią gwarancji ich przyszłych wyników. Fundusze nie są zobowiązaniem ani nie są gwarantowane przez Bank Handlowy w Warszawie SA. Fundusze nie są gwarantowane przez Skarb Państwa lub jakiegokolwiek instytucję rządową. Informacje dotyczące funduszu, w tym dokładny opis czynników ryzyka, znajdują się w prospekcie informacyjnym funduszu dostępnym w oddziałach banku. *Koszt połączenia: cena 1 impulsu + VAT wg taryfy TP SA za każdą rozpoczętą minutę połączenia.

Klasa C *Starline*
już od 57 500 zł*



Mercedes-Benz – marka DaimlerChrysler

Wyobraź sobie, że jeździsz Mercedesem. Albo go kup.

► Wyobraź sobie, że jedziesz przestronnym, komfortowym Mercedesem, wyposażonym w aluminiowe felgi, klimatyzację, radio z odtwarzaczem CD oraz wielofunkcyjną, pokrytą skórą kierownicę. Wyobraź sobie, że Ciebie i Twoich pasażerów chronią poduszki powietrzne,

a Twój samochód posiada systemy ESP®, ABS i BAS. Wyobraź sobie, że ten samochód to Mercedes-Benz Klasy C Starline i że możesz nim jeździć już od 57 500 zł. Wyobraź sobie... albo go kup, korzystając z dogodnego kredytu 50/50. O szczegóły pytaj w naszym salonie.

Zużycie paliwa – Klasa C 180 w cyklu mieszanym: 7,9-8,3 l, emisja CO₂: 194 g/km.

Bezpłatna infolinia: 00 800 17 777 777

www.mercedes-benz.pl

DaimlerChrysler Bank, DaimlerChrysler Leasing



Mercedes-Benz