

VOX MEDICI



BIULETYN OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W SZCZECINIE CZERWIEC 2006 numer 4/155 ISSN 1426-6318 nakład 5100 egz.





PLANET



RTG w gabinecie?
- krótki poradnik - str. 19

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

SKŁAD OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ V KADENCJI (członkowie funkcjni)

- dr n. med. **Jacek Podolski**
- Przewodniczący
 - lek. med. **Jacek Siwulski**
- wiceprzewodniczący
 - lek. dent. **Lech Szadziuk**
- wiceprzewodniczący
 - 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**

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

„...jeżeli Minister Zdrowia doprowadzi do zapisu prawnego o zakazie strajku pracownikom ochrony zdrowia, pierwszy wystąpię do Okręgowej Izby Lekarskiej z wnioskiem o pozbawienie go prawa wykonywania zawodu...” powiedział lekarz ze Śląska w audycji PR. Ta wypowiedź mnie poraziła. Po raz pierwszy usłyszałam tak radykalny pogląd, wyrażony publicznie i tak zdecydowanie. I po raz pierwszy poczułam autentyczną dumę z kolegów, którzy odważyli się z taką mocą sprawczą, zupełnie legalnie zaangażować samorząd do załatwiania naszych spraw, nawet tak drażliwych jak napiętnowanie i karanie decydentów. Zaraz potem usłyszałam skrót wiadomości o ofiarach poznańskiego psychiatry, o tym, że lekarz brał pieniądze za badania na szpitalnym sprzęcie, że pacjent umierał pod przychodnią bez pomocy lekarza. Na samym końcu wiadomości przemycono jeszcze komunikat, że Dyrektor szpitala MSWiA w Łodzi dostał polecenie z MSWiA, aby zwolnić z pracy wszystkich strajkujących lekarzy. Polecenia nie wykonał i sam jest teraz „na wylocie”.

Protesty, strajki, demonstracje, pisma, apele, oświadczenia itd. itp. Od miesięcy... I ogromna manifestacja niezadowolonych pracowników ochrony zdrowia, 10 maja w Warszawie, która miała swój wydzźwięk. Pytanie tylko u kogo? U współczujących pacjentów, u popierają-



dr. n. med.
Ewa Szpindor

cych ją gapiów, u wspierających dziennikarzy i reporterów. U wszystkich, tylko nie u tych, którzy sytuację pracowników ochrony zdrowia mogą i powinni zmienić. Jak najszybciej. Tymczasem rząd nadal walczy ze strajkującymi i protestującymi lekarzami. Wszystkimi możliwymi sposobami, za wyjątkiem rozmów i konstruktywnych propozycji załagodzenia sporu. Jak długo jeszcze?

Kilka miesięcy wcześniej poczyniono w naszym samorządzie przygotowania do regat Okręgowych Izb Lekarskich, które w dniach 26-28 maja zaprzętnęły głowy naszych kolegów żeglarzy, i nie tylko. Słowem Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji miała w tych dniach ręce pełne roboty, a głowy wolne od tematu nr jeden, tj. protestów i strajków.

Przy okazji regat i zaraz potem zorganizowanego w Szczecinie w dniu 29 maja przez Koalicję „Teraz Zdrowie” spotkania, mieliśmy możliwość bezpośredniego porozmawiania z Prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej dr Konstantym Radziwiłłem. A tematów do rozmów było wiele...

Redaktor Naczelny

VOX MEDICI

Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

WYDAWCA

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
71-332 Szczecin, ul. M. Skłodowskiej-Curie 11
tel. 091 487 49 36

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Ewa Szpindor (Redaktor Naczelny), Jacek Podolski,
Halina Teodorczyk, Maciej Mrożewski,
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 płycie CD)

OKŁADKA

Zdjęcie dr Halina Teodorczyk

KOLPORTAŻ

Rozsyłamy do 5500 lekarzy i lekarzy dentyków,
w dawnym Szczecińskim i części woj. gorzowskiego
poprzez Poczta Polską.

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
Śel. 091 487 49 36 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 Iwińska - 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 Życie po wsze czasy w szczęśliwości i poważaniu...
Ryszard Kijak
- 8 „Wcale się nie dziwię, że protestujecie...”
Ewa Szpindor
- 10 Żądamy dekomunizacji ochrony zdrowia w Polsce!
Krzysztof Bukiel
- 11 Czy nasze wołanie o pomoc zostanie wysłuchane?
Halina Teodorczyk
- 12 Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr Konstanty
Radziwiłł w Szczecinie
Maciej Mroźewski
- 13 Strajk lekarzy – kompromitacja polskiego rządu
na arenie międzynarodowej!
Krzysztof Bukiel
- 14 Uchwała nr 3 Krajowej Komisji Wyborczej
z dnia 20 kwietnia 2006 r.
- 16 Odwołanie
Ewa Szpindor
- 18 Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ
- czy optymistyczne zapowiedzi?
Jacek Podolski
- 19 Krótko w sprawie aparatów rtg w gabinetach
stomatologicznych
Przemysław Marciniowski
- 20 III Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby Lekarskich
w Żeglarskiej Klasy Omega
Maciej Mroźewski
- 24 „Remedium” na wszystko
E.P.
- 24 Komisja ds. Etyki Lekarskiej
Halina Teodorczyk
- 25 Medal Świnoujścia dla dr Teresy Ślęk
Bogumiła Toporowska
- 25 Pierwsze w V kadencji spotkanie Komisji ds. Lekarzy
Emerytów i Rencistów
Halina Piławska
- 26 Co słychać u młodych lekarzy
Magda Wiśniewska
- 26 Zestawienie opinii prawnych dotyczących strajku
i innych form akcji protestacyjnej
Krzysztof Bukiel, Jacek Marczak
- 30 Projekt społeczny USTAWY o finansowaniu
świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych
- 31 Skarga Ogólnopolskiego Związku Zawodowego
Lekarzy do Komisji Europejskiej w sprawie dyżurów
medycznych
- 34 Historia szpitala na Gołębiniu
Iwona Spalczyńska
- 36 Listy do redakcji
- 37 Komunikaty, listy otwarte
- 42 Satyra w barchanach

Porady prawne

dla lekarzy – członków OIL w Szczecinie

Kancelaria Radców Prawnych Lubiniecki Sołtyszewski sp. p.

Pracownicy Kancelarii Radców Prawnych udzielają porad lekarzom w siedzibie OIL w Szczecinie w trakcie dyżurów w każdy wtorek w godz. 11.00 – 15.30.

Zakres bezpłatnych porad prawnych obejmuje sprawy – z zakresu relacji z pracodawcą lub płatnikiem świadczeń zdrowotnych (w tym NFZ) i wszelkich spraw związanych z wykonywaniem zawodu lekarza.

W innych sprawach, a zwłaszcza tych dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej przez lekarzy, Kancelaria Radców Prawnych udziela porady płatnie na preferencyjnych warunkach dla członków OIL w Szczecinie.

Rejestracja i informacja – sekretariat OIL
tel. 091 487 49 36.

Koleżanki i Koledzy

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie zwraca się z uprzejmą prośbą o **zgłaszanie zmian** dotyczących:

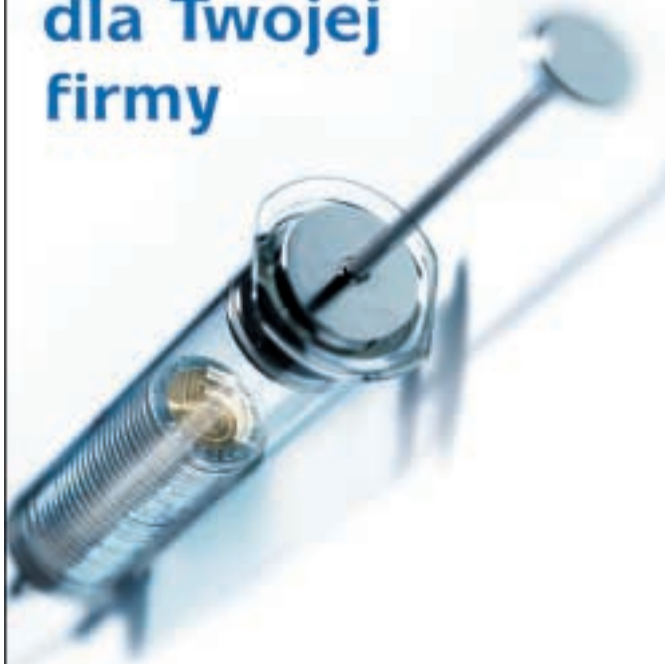
- miejsca zamieszkania
- miejsca pracy
- zmiany nazwiska
- numeru telefonu, lub adresu e-mail.
- przejścia na rentę, bądź emeryturę.

Informacje Państwa pozwolą na aktualizację danych, a tym samym umożliwią szybkie dotarcie do Państwa z informacjami.



czytaj w numerze

Zastrzyk kapitału dla Twojej firmy



**Zamierzasz zainwestować w swoją firmę?
Dobra okazja na sfinansowanie zakupów:**

- wyposażenia gabinetów
- sprzętu medycznego
- sprzętu laboratoryjnego
- innych środków trwałych związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą.

Skorzystaj z uproszczonego kredytu inwestycyjnego lub leasingu (uproszczone procedury, dogodne warunki).

**Wystawiasz faktury VAT?
Na pewno zainteresuje Cię
możliwość przyspieszenia
spływu należności z tytułu faktur.
Skorzystaj z możliwości, które daje**

- Kredyt Zaliczka.

Zapraszamy do zapoznania się z ofertą w **Centrach Doradztwa VIP**, zlokalizowanych w Oddziałach Banku Pekao S.A. na terenie województwa zachodniopomorskiego i lubuskiego lub bezpośredni kontakt pod nr. tel.: **091 440 64 15, 091 440 62 39** oraz tel. kom.: **607 822 575, 607 365 393, 607 365 406.**



Życie po wsze czasy w szczęśliwości i poważaniu...



Jeżeli ktoś przywołuje lekarzy do szeregu przy pomocy przysięgi Hipokratesa, to powinien znać całą jej treść i to z widzenia, a nie tylko ze słyszenia. W opracowanej przez siebie treści ślubowania, prof. dr hab. med. Hipokrates z Kos wyraźnie mówi: o sztuce lekarskiej, czynnościach lekarskich, pełnieniu obowiązków zawodu. Ani słowem nie wspomina o jakiejś służbie, powołaniu, misji, czy innych dyrdymałach, stworzonych przez „określone siły” znacznie później, w celu wymuszenia na lekarzach lub wyłudzenia od nich bezpłatnego udzielania świadczeń medycznych. Treść przysięgi wcale nie obliguje do pełnienia obowiązków tego zawodu za ochłap, czy wręcz za darmo. Nie mówi też o uprawianiu sztuki dla samej sztuki. Nawet Hipokrates nie odważył się na taki wygłup. Mówi natomiast o tym, że w za-

mian za dochowanie tych wszystkich, niemal zakonnych, zobowiązań, których medyk się podjął, ma on „w szczęśliwości wieść życie i błogich owoców sztuki swojej używać w obfitości”. Ten akapit widzi mi się jako poparcie dla wolnego rynku usług medycznych i równoprawnych negocjacji świadczeniodawcy z płatnikiem dla zawarcia umowy korzystnej dla obu stron: w zamian za rzetelne spełnianie obowiązków służbowych, Minister Zdrowia Hipokrates z Kos zapewni lekarzowi obfite wynagrodzenie.

Podczas pisania różnych oświadczeń i postulatów, zawsze są trudności w określeniu, jakiego to wynagrodzenia domagają się lekarze. Odpowiedniego? Godziwego? Adekwatnego? Właściwego? Satysfakcjonującego? Genialny Hipokrates podpowiada: „obfitego”!

PRZYSIĘGA HIPOKRATESA

Przysięgam Apollinowi lekarzowi, Eskulapowi, Hygei i Panakei, wszystkim bogom i boginiom, biorąc ich na świadków, jako przysięgi tej i zobowiązań następujących dochowam ściśle według sił moich.

Mojego nauczyciela w sztuce lekarskiej na równi z rodzicem moim szanować będę, moje mienie z nim podzielać, a w przypadku, czegokolwiek zapotrzebuje, z wdzięcznym sercem dostarczać mu będę; dzieci jego za rodzonych braci uważać, a na żądanie uczyć je będę sztuki lekarskiej bez wynagrodzenia i bez jakiegokolwiek z ich strony zobowiązania.

Prawidła sztuki, wykład jej ustny i całą naukę właściwą wygłaszać będę moim synom, mojego nauczyciela synom i innym przysięgą lekarską związanym uczniom: oprócz tych nikomu więcej.

Sposób życia urządzać będę chorym dla ich dobra podług sił moich i zdolności, dalekim będąc od wszelkiego uszkodzenia i krzywdy wszelkiej. Nigdy nikomu, ani na żądanie, ani na prośby niczyje, nie podam trucizny, ani też nigdy takiego sam nie powezmę zamiaru, jak również nie udzielię żadnej niewieście środka poronnego. W czystości i niewinności świętej zachowam życie moje i sztukę moją.

Do czyjegokolwiek domu wniknę, celem wejścia mojego będzie jedynie dobro chorego, jako nigdy kierować mną nie będzie rozmyślnie bezprawie, ani występki, ani chęć lubieżna, bądź względem niewiasty, bądź względem mężczyzny, ani wolnych, ani niewolników.

Cokolwiek podczas pełnienia obowiązków zawodu mojego, a nawet poza obrębem czynności lekarskich, w życiu ludzkim zobaczyłbym lub posłyszał co rozgłaszane być nie potrzebuje, przechowam w milczeniu, nigdy nikomu nie wydadając tego.

Jeżeli przysięgi tej dotrzymam w świętości i w niczym jej nie naruszę, oby mi wolno było w szczęśliwości i poważaniu wszystkich ludzi wieść życie po wszem czasy i błogich owoców sztuki mojej używać w obfitości; jeżeli naruszę przysięgę tę i stanę się wiarotomny, przeciwnej niech doznam doli.

HIPOKRATES Z KOS (460-377 p.n.e.)

(źródło: „Historia medycyny”

pod redakcją prof. dr hab. n. med. Tadeusza Brzezińskiego, PZWL, Warszawa 1988, str. 57)



Ryszard Kijak

I takiego sformułowania należy się właśnie trzymać: **zgodnie z przysięgą Hipokratesa, lekarze żądają obfitego wynagrodzenia i życia po wsze czasy w szczęśliwości i poważaniu.**

Natomiast za darmo, również zgodnie z omawianym, wiekopomnym dziełem – lekarze jedynie mogą nauczać dzieci swojego nauczyciela.

Lekarze mają dochować przysięgi „*ściśle według sił*”. Jeżeli zatem sił braknie, nie tylko zresztą wskutek niedoboru przewidzianych przez Ojca Medycyny „*błogich owoców*” i związanego z tym braku „*szczęśliwości*”, lecz po prostu z prozaicznego powodu niedostatku środków na utrzymanie, to śmiało można złożyć wymówienie z pracy. Określenie „*ściśle według sił*” oznacza przecież, iż nie jest to przysięga niewolnika. Nie przywiązuje też chłopca do roli. Daje mu prawo do samooceny. „*Sposób życia urządzić będą chorzy dla ich dobra podług sił moich i zdolności, dalekim będąc od wszelkiego uszkodzenia i krzywdy wszelkiej*”.

W tym zdaniu mądry Grek, uzależniając udzielanie świadczeń medycznych od zasobów energii świadczeniodawcy, znów wskazuje tym, którzy z sił opadli, że jako lekarze przemęczeni powinni trzymać się z daleka od wszelkiego uszkodzenia. Zatem autor dodatkowo przewiduje tu możliwość oddalenia się od pacjenta dla jego własnego dobra. Równa się to upoważnieniu do stosowania innych form (oprócz porzucenia pracy) protestu, z „*ostrym dyżurem*” i regularnym strajkiem włącznie.

Jednak znakomita większość lekarzy polskich „*przysięgi tej* (w zakresie obowiązków) *dotrzymuje w świętości i w niczym jej nie narusza*”. I choć za to powinna „*w szczęśliwości wieść życie i błogich owoców swej sztuki używać w obfitości*”, niestety, „*wręcz przeciwnej doznaje doli*”.

Aby zebrać owoce, trzeba zasiać ziarno i spulchnić glebę. A gleba jest zaniedbana z górą 60 lat. Zgodnie z duchem doktryny Hipokratesa, lekarze zabrali się wreszcie za spulchnianie tej gleby w celu wyhodowania błogich owoców w obfitości. Pokrzepieni owymi owocami, urządził pacjentom sposób życia dla ich dobra podług sił oraz zdolności i wówczas zostanie zrealizowana pełna treść przysięgi Hipokratesa, a nie tylko jej niektóre (te nie ocenzone) fragmenty. A wszystko dla satysfakcji Apollina lekarza, Eskulapa, Hygei, Panakei oraz pozostałych bogów i bogiń. ■



**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

„Wcale się nie dziwię, że protestujecie...”

Ewa Szpindor

„Wcale się nie dziwię, że protestujecie...” – takimi słowami **Premier Marcinkiewicz** przywitał manifestantów w dniu 10 maja 2006 r. przed Kancelarią Prezesa Rady Ministrów. Powtarzając co chwilę, że jest pierwszym Premierem w historii Polski, który wyszedł do protestujących.

Nasza grupa ze Szczecina rozpoczęła podróż na manifestację do Warszawy o 1 w nocy 10 maja br. Szkoda, że nie dopisali członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej oraz delegaci naszej Izby. Już w tym czasie, przed wyjazdem była obecna TVN 24, która zrobiła materiał o odjeżdżającej grupie.

Wielkie było nasze zdziwienie, kiedy wysiadając przy Placu Zamkowym w Warszawie okazało się, że warszawska ekipa TVN 24 już na nas czekała. Byliśmy pierwszą grupą, która dotarła na ustalone miejsce zbiórki, o godzinie 8.40 rano. Większość regionów przybyła w grupach liczących nawet po 800 osób. Razem z naszymi lekarzami przyjechali także

rencie: „Polityku ulecz się sam” stało się tytułem publikacji z manifestacji w „Rzeczpospolitej”. Wyruszyliśmy parę minut po zaplanowanej godzinie 12, przeszliśmy w kierunku Sejmu RP, gdzie nie wolno było się zatrzymywać, aby następnie udać się pod budynek Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Po drodze, na prośbę Prezesa Radziwiła, uczestnicy manifestacji zachowali ciszę przechodząc obok kościoła, gdzie akurat odbywała się ceremonia pogrzebowa. Zostało to bardzo dobrze odebrane przez towarzyszących nam na poboczach mieszkańców Warszawy. Po drodze okazało się, że gdy czoło kolumny dotarło do KPRM, koniec pochodu dopiero dochodził pod gmach Sejmu RP. I dopiero wtedy zdaliśmy sobie sprawę, że jest nas tak dużo. Policjanci twierdzili, że około 10 000. Taką liczebność przeszła oczekiwania nawet organizatorów. Uczestnicy poprzednich manifestacji lekarskich i pielęgniarskich potwierdzili, że tak liczebnej formacji jeszcze Warszawa nie widziała. I tak dobrze zorganizowanej. I skupiającej przedstawicieli całego środowiska medycznego.

Naszych kilku kolegów przedostało się do Sejmu RP, gdzie wręczyli Marszałkowi Markowi Jurkowi petycję.

Przez całą drogę słyhać było głosy poparcia od mieszkańców stolicy, wielu wypowiadało swoje zdanie na temat protestów i ochrony zdrowia



FOT. EWA SZPINDOR

w ogóle, przez mikrofon będący w dyspozycji organizatorów manifestacji. Za każdym razem były to spontaniczne głosy poparcia. Podczas pochodu wypowiadali się liderzy poszczególnych związków zawodowych, Izb Lekarskich, pielęgniarki, lekarze, technicy medyczni. Głos zabrał również nasz kolega Krzysztof Bukiel, który powiedział między innymi:

„My nie chcemy walczyć z rządem. My chcemy walczyć z patologiami, jakie istnieją w naszym kraju. My chcemy walczyć z patologicznym, lekceważącym i pogardliwym stosunkiem państwa i władz państwowych do ochrony zdrowia i do pracowników służby zdrowia. My chcemy walczyć z pozostałościami ideologii komunistycznej w odniesieniu do ochrony zdrowia. My domagamy się dekomunizacji w ochronie zdrowia, również – dekomunizacji plac personelu me-



FOT. EWA SZPINDOR

studenci Pomorskiej Akademii Medycznej, których hasło na transpa-

dycznego...” (pełny tekst przemówienia dr. Bukieła – w niniejszym numerze „Vox Medici”).

Po dojściu do KPRM nie czekaliśmy długo na reakcję. Szybko pojawił się Premier Marcinkiewicz i minister Religa. „Wcale się nie dziwię, że protestujecie...” – takimi słowami przywitał Premier Marcinkiewicz manifestantów, powtarzając co chwilę, że jest pierwszym Premierem w historii Polski, który wyszedł do protestujących. Zapowiedział również podwyżkę, w pierwszej kolejności cyt. „*głodowych pensji w ochronie zdrowia*”. Takie sformułowanie wskazuje jednoznacznie na fakt, że rząd polski ma świadomość jakiej wielkości są pensje pracowników ochrony zdrowia, sam nazywając je „głodowymi”. Próbował przemówić do zgromadzonych również minister Religa, ale zaczął niefortunnie od obietnic podwyżek rozciągniętych w czasie, co spowodowało gwizdy, tupanie i taki harmider, że właściwie nie skończył rozpoczętego zdania... i po prostu machnąwszy ręką odszedł.

Naszych siedmiu przedstawicieli udało się do budynku, aby wręczyć Premierowi petycję i postulaty protestującego środowiska. Premier nie za bardzo chciał rozmawiać, ale został do rozmów przymuszony groźbą natychmiastowego opuszczenia budynku przez naszych przedstawicieli. Pan Premier rozglądał się cyt. „... za tym panem, który od paru lat protestuje... nie ten ze związków zawodowych, ale ten z tego tam **stowarzyszenia...**”, mając na myśli, jak się później okazało, Prezesa NRL dr. Konstantego Radziwiłła. Krzysztofa

Bukieła zagadnął słowami: „... a Pan to kim jest?”. Na co dr Bukiel odpowiedział, żeby zwrócił się do swoich służb bezpieczeństwa, to oni mu powiedzą kim jest. Następnie Premier zapytał cyt. „...a dlaczego nie protestowaliście za rządów Leszka Millera?”. Nasi koledzy zwrócili uwagę Panu Premierowi, że są w tym miejscu, w podobnych okolicznościach, już po raz chyba... 15. Co znowu wywołało ogromne zdziwienie Pana Premiera. Rozmowy trwały około 1 godziny. Po ich zakończeniu Przewodniczący Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie dr Włodarczyk przemówił do zebranych przekazując informacje o tym, że Pan Premier jest gotowy w chwili obecnej „na gorąco” podpisać się pod utworzeniem Międzyresortowego Zespołu ds. Wynagrodzeń Pracowników Ochrony Zdrowia, podwyżkami od października (30%), oraz wzrostem nakładów na ochronę zdrowia do 5% PKB przez 3 najbliższe lata. Nie tego spodziewali się protestujący, a że nastroje nadal były bojowe, co zostało natychmiast zademonstrowane, więc dr Włodarczyk szybko oddał mikrofon dr Bukielowi, który rozmowy skwitował krótko: „...nie mamy innego wyjścia tylko strajk generalny, o strajku musimy zdecydować tu i teraz, propozycje rządu są nie do przyjęcia...”

Manifestacje nawet tak liczne i tak dobrze zorganizowane nie robią większego wrażenia na decydentach, chociaż wydawało się, że ta jednak jakieś wrażenie zrobiła. Niewystawiona wręcz frywolność i demonstracyjnie luzackie zachowanie Premiera Rządu RP w sprawie ochrony zdrowia nic dobrego jej pracownikom nie wróżą. Uczestnicy manifestacji rozjechali się do domów z przestaniem, że tylko rozwiązaniami siłowymi można coś wywalczyć. Następnego dnia po manifestacji czołówki mas mediów zdominował konflikt, podobno zażegnany przez pana Prezydenta RP, między Ministrem Religą, a jego zastępcą Piechą. Rzeczywiście jest o czym mówić. Rzeczywiście to ważny dla nas wszystkich temat. Kto z kim się kłóci w najbardziej swarliwym rządzie RP.

Chyba faktycznie nie pozostaje nam nic innego tylko STRAJK. ■



FOT. EWA SZPINDOR



FOT. EWA SZPINDOR



FOT. EWA SZPINDOR



FOT. EWA SZPINDOR



FOT. EWA SZPINDOR

Żądamy dekomunizacji ochrony zdrowia w Polsce!

Krzysztof Bukiel



FOT. EWA SZPINDOR

Wystąpienie dr Krzysztofa Bukiela na manifestacji w Warszawie w dniu 10 maja 2006 r.

Wszyscy, którzy chcą lepszej Polski, którzy chcą walczyć z patologiami powinni się zjednoczyć i są zaproszeni” – tak

zwracał się do Polaków prezydent Lech Kaczyński 3 maja 2006 r. Panie Prezydencie, dzisiaj pracownicy polskiej służby zdrowia odpowiadają na Pana wezwanie. Zjednoczyliśmy się wszyscy: lekarze, pielęgniarki, położne, diagności, technicy medyczni i przyszliliśmy, aby zmanifestować, że chcemy lepszej Polski, że chcemy walczyć z patologiami w naszym kraju. A jedną z największych patologii jest stosunek naszego państwa i władz Rzeczypospolitej Polskiej do spraw dla każdego obywatela najważniejszych – do ochrony jego zdrowia i życia. Jest to stosunek lekceważący, niekiedy wręcz pogardliwy. Pacjent jest przedmiotem w ręku urzędników, a pracownicy medyczni traktowani jak niewolnicy państwa.

Nakłady na opiekę zdrowotną są ostatnimi w kolejce przy rozdziale pieniędzy publicznych. Przedtem jest aparat władzy i przymusu, administracja, samochody, biura, wydatki reprezentacyjne, pieniądze dla partii politycznych, utrzymanie fundacji, agencji i funduszy, które istnieją tylko po

to, aby zapewnić posady dla partyjnych towarzyszy. Jeszcze dopłaty do rolnictwa, do przedsiębiorstw państwowych, różne przywileje grupowe i zawodowe, pensje dla kolegów z rad nadzorczych spółek skarbu państwa, na koniec... jakieś kolejne, propagandowe „becikowe”, a dopiero gdy coś zostanie – na zdrowie. Wyrazem tego lekceważącego stosunku rządzących do ochrony zdrowia są także wynagrodzenia pracowników służby zdrowia, tych, którzy leczą, pielęgnują, opiekują się i służą chorym. To nieprawda, że niskie płace personelu medycznego wynikają z biedy naszego państwa lub społeczeństwa. To nie pacjenci tak nisko wycenili naszą pracę. To politycy, którzy najpierw zabrali ludziom pieniądze, obiecując, że przeznaczą je na potrzeby społeczne, a następnie wydają je na co innego, zmuszając pracowników medycznych do pracy za pół darmo. Wyzysk personelu medycznego przez państwo jest zaplanowanym elementem systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Bez tego wyzysku, służba zdrowia w ogóle nie mogłaby funkcjonować. A trzeba sobie uświadomić i wypowiedzieć to głośno. Upodlony lekarz, to upodlony pacjent. Poniżana pielęgniarka – to poniżany pacjent. Lekceważony pracownik służby zdrowia – to lekceważony pacjent. Patologia, o której tutaj mówię, jest dla naszego kraju tym bardziej hańbiąca, że stanowi bezpośrednią spuściznę i kontynuację ideologii komunistycznej w Polsce, z którą przecież chcemy ostatecznie zerwać. Znacząca jest tutaj treść instrukcji komunistycznych służb specjalnych z roku 1947 dla ambasad Związku Radzieckiego w krajach podbitych Europy Wschodniej. Wśród innych, można znaleźć tam również takie polecenie: **Zasada 9: Doprowadzić do tego, aby pracownicy na stanowiskach państwowych (z wyjątkiem służb ścigania i pracowników przemysłu wydobywczego) otrzymywali niskie pobory. Dotyczy to w szczególności służby zdrowia...** Pytam władz RP, czy instrukcja NKWD z 47 roku na-

dal w Polsce obowiązuje? My zdajemy sobie sprawę, że są takie osoby i takie siły polityczne, które chcą wykorzystać protest pracowników służby zdrowia dla swoich celów, chcą nas przedstawić jako osobistych wrogów tego rządu.

To nieprawda. My nie chcemy walczyć z rządem. My chcemy walczyć z patologiami, jakie istnieją w naszym kraju. My chcemy walczyć z patologicznym, lekceważącym i pogardliwym stosunkiem państwa i władz państwowych do ochrony zdrowia i do pracowników służby zdrowia. My chcemy walczyć z pozostałościami ideologii komunistycznej w odniesieniu do ochrony zdrowia. My domagamy się dekomunizacji w ochronie zdrowia, również – dekomunizacji płac personelu medycznego. Nas nie zadawala dekomunizacja werbalna, symboliczna albo polegająca wyłącznie na wymianie ludzi. My chcemy dekomunizacji świadomości rządzących, dekomunizacji ich stosunku do ochrony zdrowia i do tych, którzy temu zdrowiu służą. Chcemy dekomunizacji mechanizmów, które z pacjenta i z pracowników medycznych uczyniły niewolników państwa i administracji. Takim pierwszym namacalnym dowodem oczekiwanych przez nas zmian byłoby przyjęcie przez Sejm RP ustawy o nakładach na ochronę zdrowia ze środków publicznych w kwocie 6% PKB. Konstrukcja takiej ustawy jest banalnie prosta. To raptem parę zdań. Można taką ustawę przegłosować w tydzień. Potrzeba tylko woli politycznej. Pytam zatem: Panie Prezydencie, Panie Premierze, Panie Marszałku Sejm! Czy macie taką wolę? Czy chcecie lepszej Polski? Czy chcecie walczyć z patologiami w naszym kraju? Jeśli tak – zjednoczcie się i odpowiedzcie na nasze zaproszenie – pomóżcie nam zdekomunizować służbę zdrowia. My jesteśmy gotowi do współpracy. A Wy? Czy będziecie z nami współpracować, czy z nami walczyć?



FOT. EWA SZPINDOR

Czy nasze wołanie o pomoc zostanie wysłuchane?



Halina Teodorczyk

10 maja 2006 r. godzina 12 – Warszawa na trasie od Placu Zamkowego do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. A na trasie co najmniej 10 000 pracowników ochrony zdrowia. Pracowników sfrustrowanych, rozgoryczonych, zdeterminowanych, rozczarowanych i rozszczeniowych. A wśród pracowników w różnym wieku studenci większości akademii medycznych. Z naszej Pomorskiej Akademii Medycznej towarzyszyła również nam spora grupa studentów. Młodzi ludzie, doskonale zorganizowani i przygotowani do manifestacji, z transparentami i listem otwartym do Ministra Zdrowia. Zgodzili się porozmawiać krótko o tym co ich dotyka bezpośrednio jako studentów teraz i co myślą o perspektywach pracy zawodowej w przyszłości.



FOT. EWA SZPINDOR

H.T.: Dlaczego wybraliście studia medyczne?

Studenci: Studia medyczne wybraliśmy nie z przypadku, część z nas ma w rodzinach lekarzy, stąd być może chęć pielęgnowania pewnych tradycji, ale też wszyscy dokonaliśmy wyboru świadomi swoich zainteresowań i zamiłowania do wykonywania tego zawodu. Nie wyobrażamy sobie nas w innym zawodzie.

H.T.: Czego oczekujecie po ukończeniu studiów?

Studenci: Zrobienia wymarzonej specjalizacji, podjęcia dobrej płatnej pracy, aby w końcu uniezależnić się finansowo od rodziców. Chcemy solidnie pracować, dalej się uczyć i godnie żyć na odpowiednim poziomie. Chcemy być docenieni.

H.T.: Czy kusi Was praca poza granicami naszego kraju?

Studenci: To co oglądamy na co dzień, to co słyszymy teraz, nie nastraja optymistycznie. Mamy poczucie zagrożenia, że po skończonych studiach, praca w Polsce nie będzie spełniać naszych oczekiwań, tak w sensie warunków pracy jak i płacy. To wszystko składa się na nasze wybory, których będziemy musieli dokonać już wkrótce. To są prawdy bolesne dla naszych rodzin. Ale również dla władz. Decydenci chyba uważają, że umożliwiając zdobywanie wiedzy zrobili już wszystko. I tym co dalej po studiach już się nie interesują. To chyba duży błąd w rozumowaniu funkcjonowania państwa w tym zakresie.

H.T.: Jesteście uczestnikami manifestacji waszych starszych kolegów po fachu, co Wam się podoba, a co nie?

Studenci: Podoba nam się przede wszystkim niesamowita atmosfera tej manifestacji, solidarność środowiska, tego się nie spodziewaliśmy, nie na taką skalę, to bardzo budujące. Doceniamy także to, że szybko wyszedł do protestujących Premier Marcinkiewicz i Minister Religa. Nie podobał nam się brak zainteresowania ze strony Ministra Zdrowia, któremu chcieliśmy wręczyć nasz list.

Rozmawiali studenci V roku PAM: **Artur Rosin, Jacek Juźwiak, Jakub Wunsch, Agnieszka Lewosiuk.**

List otwarty studentów Pomorskiej Akademii Medycznej do Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2006 r.

Dariusz Kotłęga, Artur Rosin, Fabian Urban

My, studenci Wydziału Lekarskiego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie zwracamy się z prośbą do Pana Ministra o wysłuchanie i uwzględnienie w swoim działaniu naszego głosu, głosu rozpaczliwej i frustracji.

Przygotowanie do wejścia w jakże wymagające życie zawodowe, polega na nauce podczas 6 lat studiów. Siódmym rokiem nauki jest staż podyplomowy. Czas studiów poświęcamy na intensywną naukę, a miesiąc z każdych wakacji na praktykę przy łóżku chorego.

Po tych długich siedmiu latach jesteśmy gotowi rozpocząć specjalizowanie się, a jest to nam uniemożliwiane.

Wielu z nas po 7 latach nauki nie będzie w stanie rozpocząć specjalizacji ze względu na ograniczony do nich dostęp, a w wielu przypadkach mamy do czynienia wręcz z zamknięciem miejsc specjalizacyjnych. Jest to jedna z przyczyn olbrzymiego problemu dla pacjentów, którzy nie mają dostępu do specjalistów.

Większość z nas, którym uda się dostać na specjalizację, znajduje się jednak w zatrważającej sytuacji, jaką jest specjalizowanie się w ramach wolontariatu, co oznacza pracę za darmo.

Zwracamy się z prośbą o umożliwienie nam pracy innej niż pańszczyźniana. Po 7 latach nauki nie chcemy pracować za darmo!

Chcemy zostać w kraju, w którym się urodziliśmy, gdzie są nasze rodziny, nasi przyjaciele z lat szkolnych, a niestety skazani jesteśmy na emigrację.

Liczymy, że jako starszy adept sztuki medycznej nie pozostawi Pan nas samych sobie i nasze wołanie o pomoc zostanie wreszcie usłyszane.

Mamy także nadzieję, że nadejdzie dzień, w którym praca i nauka nie będzie dla nas upokorzeniem.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr Konstanty Radziwiłł w Szczecinie

Maciej Mrożewski



FOT. MACIEJ MROZEWSKI

W dniu 29 maja odbyło się spotkanie „naszych” delegatów na Zjazd oraz członków

Okręgowej Rady Lekarskiej z zaproszonym Prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej dr. Konstantym Radziwiłłem. Spotkanie rozpoczęło się w Klubie OIL „Remedium” o godzinie 10 i trwało ponad 2 godziny, przy udziale ponad 30 osób. Pan Prezes po krótkim wstępie, w którym zawarł podziękowania za zaproszenie oraz za zorganizowanie ogólnopolskich regat żeglarskich przedstawił w skrócie program działania przewidziany w NRL do realizacji w najbliższym czasie. W sferze dużego obecnie działania i zainteresowań NRL leży projekt listy leków specjalnego stosowania, o której na razie nic konkretnego nie wiadomo samorządowi, a już powstają problemy w kontekście zachowania pełnej autonomii lekarzy w ich wyborze w terapii. Ponadto ważne jest również zagadnienie stosowania takich leków poza wskazaniami i powinno być przewidziane, zdaniem Pana Prezesa, dla jednostek wysoko-specjalistycznych, ale nadal nie wiadomo jakie to mają być leki.

Następnym zagadnieniem poruszanym przez Pana Prezesa były przygotowania do wprowadzenia w życie ustawy z 2001 r. o ratownictwie medycznym. Wiąże się to oczywiście z ogromnymi kosztami, ale realizacja ma w końcu nastąpić w tym roku. Obecnie trwają dyskusje, czy zespół ratowniczy w karetce ma być z lekarzem, czy też nie. Dr Radziwiłł uważa, że oddziały ratunkowe powinny być finansowane przez NFZ.

Wielu czasu poświęcił Pan Prezes na omówienie projektu ustawy o świadczeniach medycznych, w której do tej pory nie zawarto zmian dotyczących finansowania pracy personelu medycznego wykonującego zakontraktowane usługi. Zwrócił również uwagę na to, że np. rolnicy płacą składkę ubezpieczenia zdrowotnego 4 razy mniejszą od innych, a wyceną wielkości ich składek jest przeciętnie kwintala żyta z hektara.

Dr Konstanty Radziwiłł nawiązał również do trwających strajków lekarzy, co według niego jest w chwili obecnej najważniejszym tematem. Naczelna Rada Lekarska wezwała wszystkich lekarzy do udziału w proteście w dniu 7 kwietnia, do manifestacji w Warszawie w dniu 10 maja. Stara się koordynować także działania licznych komitetów protestacyjnych i uczestniczyć w spotkaniach publicznych. Domaga się głosami swoich członków podwyżki wynagrodzeń wszystkich lekarzy o 30% bez względu na rodzaj i miejsce zatrudnienia. Dalej proporcjonalnie w stosunku do średniej krajowej dla lekarza bez specjalizacji 2-krotnej średniej krajowej, dla lekarza specjalisty 3-krotnej średniej krajowej. Pan Prezes zwrócił uwagę na fakt, że NRL stara się zachować tzw. dobre stosunki z mas mediami, czego wyrazem są publikacje przychylnie dla środowiska, np. red. Cichockiej w „Gazecie Wyborczej”, czy red. Sobeckiej w „Rzeczpospolitej”. Dr Radzi-

wiłł podniósł, w kontekście medialnej nagonki na lekarzy, że teza o zaplanowanych strajkach, stymulowanych i finansowanych przez koncerny farmaceutyczne jest niedorzeczna i niezrozumiała.

W ocenie Prezesa Radziwiłła obecna Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie podejmuje szereg słusznych, nowych inicjatyw, w rodzaju rozsyłania pełnomocnictw dla lekarzy do reprezentowania przez OIL tych lekarzy, czy praktyk w negocjacjach warunków pracy i płacy, tak przed pracodawcą jak i NFZ. Natomiast niezbyt podobał się dr. Radziwiłłowi fakt, że ORL wycofała pełnomocnictwa NRL do negocjacji z Ministerstwem Zdrowia wysokości zwrotu kosztów poniesionych przez OIL w związku z przejęciem obowiązków administracyjnych urzędników administracji państwowej. To co otrzymywaliśmy dotychczas planowało się w okolicy 50-60% rzeczywistych wydatków na te cele. Ponadto 15% z otrzymanych kwot zmuszeni byliśmy oddawać NRL.

W trakcie dyskusji dr Radziwiłł podkreślił, że lekarz nie powinien zarabiać poniżej 33 zł za godzinę, jak również poparł starania NRL o legislację zapisów o minimalnej wysokości wynagrodzeń dla lekarzy. Dyskutowano również o kasach fiskalnych dla lekarzy, o potrzebie utworzenia funkcji rzecznika „obrony czci i honoru lekarza”.

Spotkanie przebiegło w bardzo miłej atmosferze. ■

Strajk lekarzy

– kompromitacja polskiego rządu na arenie międzynarodowej!

Krzysztof Bukiel

W dniach 12-13 maja 2006 r. w Paryżu obradowała Europejska Federacja Lekarzy Etatowych (FEMS), której członkiem-obserywatorem jest Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy.

Dyskutowano m.in. na temat problemów związanych z czasem pracy w ochronie zdrowia, oraz o sytuacji lekarzy w poszczególnych krajach Unii Europejskiej. Przedstawiciel Polski, wiceprzewodniczący OZZL, członek Naczelnej Rady Lekarskiej Ryszard Kijak, poinformował delegatów wszystkich krajów członkowskich o stosunku polskiego rządu do środowiska lekarskiego, cytując słowa wicepremiera RP Ludwika Dorna o obciążeniu lekarzy w kamazie, oraz ministra zdrowia Zbigniewa Religi o zastosowaniu wobec nich specjalnych regulacji prawnych, cokolwiek by to miało znaczyć. Obecni na obradach FEMS delegaci przyjęli te groźby z niesmakiem i oburzeniem. W związku z tym, iż w Polsce, podobnie jak i w wielu innych krajach UE (Niemiec i Katalonii nie wyłączając), trwały i trwają protesty przeciwko stosowanemu wyzyskowi ekonomicznemu lekarzy, polegającemu na zmuszaniu ich do pracy w godzinach nadliczbowych, przekraczających wytrzymałość fizyczną i psychiczną, oraz horrendalnym zaniżeniu wynagrodzeń, uczestnicy plenarnego posiedzenia FEMS jednogłośnie uchwalili rezolucję, w której zdecydowanie potępiłi te zjawiska, skłaniające lekarzy z takich krajów jak Polska, Chorwacja, Słowacja i Czechy do emigracji zarobkowej. Zgodnie z art. 101 ustawy o stowarzyszeniach (z 13 marca 1994), Europejska Federacja Lekarzy Etatowych (FEMS), na wniosek dr. Kamila Kvalterni, delegata Związku Zawodowego Lekarzy Republiki jednogłośnie przyjęła rezolucję, stwierdzając iż w niektórych krajach członkowskich UE istnieje trudna sytuacja w sektorze zdrowia, polegająca na:

- planowaniu przez wielu studentów wyjazdu za granicę
- niedocenianiu pracowników ochrony zdrowia
- emigracji lekarzy z wielu krajów, ze znaczącym pogorszeniem się zabezpieczenia zdrowotnego populacji
- powszechnego zjawiska przekraczania przez lekarzy szpitalnych liczby 150-200 godzin nadliczbowych miesięcznie
- zaniżenia podstawowych wynagrodzeń lekarzy w takich krajach jak Słowacja, Polska, Chorwacja i Czechy poniżej średniej krajowej.

Uznano, iż aby przeciwdziałać pogarszaniu się sytuacji, w ciągu dwóch lat wynagrodzenie podstawowe lekarzy z co najmniej 10-letnim stażem w wyżej wymienionych krajach musi znacznie przekroczyć średnią krajową. Przewodniczący FEMS dr Claude Wetzel został zobowiązany do podjęcia na forum UE i Rady Europy wszelkich kroków zmierzających do przeciwstawienia się wymienionym wyżej patologiom, tj. do przeciwdziałania wydłużaniu czasu pracy lekarzy etatowych, do przeciwdziałania zaniżeniu wynagrodzeń lekarzy szpitalnych. Uchwalono również zobowiązanie FEMS do upowszechnienia niniejszej rezolucji pomiędzy członków FEMS w celu przedyskutowania jej w organach wewnętrznych, do złożenia sprawozdania z efektów podjętych działań na najbliższym posiedzeniu plenarnym. ■



naturalnie bez bólu

Penicillium chrysogenum

NOTAKEHL D5

KROPLE | INIEKCJE

NOWOŚĆ
w praktyce
stomatologicznej

Wskazania:

- leczenie suchego zębodołu
- leczenie utrudnionego wyrzynania zębów
- profilaktyka i leczenie powikłań poekstrakcyjnych
- leczenie zakażeń i stanów zapalnych jamy ustnej

Lek biologiczny



NOTAKEHL D5

SANIUM POLSKA Sp. z o.o.
ul. Kurza Stopka 5/C, 70-535 Szczecin
tel. 091 812 38 04, tel./fax. 091 812 38 05
www.sanium.com.pl
e-mail: sanium@sanium.com.pl



Uchwała nr 3 Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 20 kwietnia

w sprawie przyjęcia protestu w związku z Obwieszczeniem Nr 1/2006 z dnia 30 marca 2006 r. Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie oraz z Obwieszczeniem Nr 2/2006 z dnia 30 marca 2006 r. Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie.

Na podstawie § 31 ust. 9 i 10 uchwały Nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów po rozpatrzeniu protestu złożonego przez Wojciecha Jerzego Jagielskiego w dniu 4.04.2006 r. w związku z Obwieszczeniami Nr 1/2006 i Nr 2/2006 Okręgowej Komisji Wyborczej w Szczecinie uchwała się co następuje:

§ 1

1. Uznaje się za zasadny i przyjmuje się protest złożony przez delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Szczecinie lekarza Wojciecha Jerzego Jagielskiego w związku z uzyskaniem stanowiska Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej przez lekarza Jacka Podolskiego w trybie określonym w § 7 ust. 4 uchwały Nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów.

2. Uchyła się Obwieszczenie Nr 1/2006 z dnia 30 marca 2006 r. Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie.

§ 2

1. W związku z przyjęciem protestu, o którym mowa w § 1, uznaje się za zasadny i przyjmuje się protest delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Szczecinie, lekarza Wojciecha Jerzego Jagielskiego, złożony w związku z uzyskaniem mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, przez lekarza Magdę Wiśniewską w trybie określonym w § 7 ust. 4 uchwały Nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów.

2. Uchyła się Obwieszczenie Nr 2/2006 z dnia 30 marca 2006 r. Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie.

§ 3

Składającemu protest przysługuje odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego w ciągu 7 dni od daty otrzymania uchwały.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Krajowej
Komisji Wyborczej
dr Anna Zmysłowska

Przewodniczący
Krajowej Komisji Wyborczej
dr Ładysław Nekanda-Trepka

UZASADNIENIE

Na podstawie przekazanych dokumentów przez Okręgową Komisję Wyborczą w Szczecinie, stanowiących załączniki do uchwały, ustalono, co następuje:

- 1) w wyniku przeprowadzonych wyborów na Okręgowym Sprawozdawczo-Wyborczym Zjeździe Lekarzy w Szczecinie w dniu 22 października 2005 r., na podstawie Obwieszczenia Komisji Wyborczej Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Szczecinie z dnia 22 października 2005 r. o wynikach wyborów na stanowisko Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie na okres kadencji 2005-2009 – Przewodniczącym Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie został dr n. med. Wojciech Jagielski,
- 2) w wyniku przeprowadzonych wyborów na Okręgowym Sprawozdawczo-Wyborczym Zjeździe Lekarzy w Szczecinie w dniu 22 października 2005 r., na podstawie Obwieszczenia Komisji Wyborczej Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Szczecinie z dnia 22 października 2005 r. o wynikach wyborów na członków Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie na okres kadencji 2005-2009 – członkiem ORL został wybrany dr n. med. Jacek Podolski,
- 3) w dniu 25 marca 2006 r. w czasie Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Szczecinie dr n. med. Wojciech Jagielski złożył oświadczenie o zrzeczeniu się stanowiska przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie w trybie określonym w § 7 ust. 2 pkt 1 uchwały Nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów,
- 4) na tej podstawie Okręgowa Komisja Wyborcza w Szczecinie, Obwieszczeniem Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Szczecinie z dnia 25 marca 2006 r. w sprawie przyjęcia rezygnacji z funkcji Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie obwieściła o wygaśnięciu w tym dniu stanowiska „i mandatu” Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie dr n. med. Wojciecha Jagielskiego,
- 5) Komisja Wyborcza uzyskała zgodę w dniu 30 marca 2006 r. dr n. med. Jacka Podolskiego na przyjęcie stanowiska „i mandatu” Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie od dnia 25 marca 2006 r.,
- 6) Obwieszczeniem Nr 1/2006 z dnia 30 marca 2006 r. Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie ogłoszono, że w związku ze zrzeczeniem się w dniu 25 marca 2006 r. stanowiska Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie przez dr n. med. Wojciecha Jagielskiego, stanowisko „i mandat” Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, z tym dniem, na podstawie § 7 ust. 4 ww. uchwały, uzyskał dr n. med. Jacek Podolski, który w wyborach na stanowisko Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie otrzymał kolejno największą liczbę głosów na Okręgowym Sprawozdawczo-Wyborczym Zjeździe Lekarzy w Szczecinie w dniu 22 października 2005 r. Obwieszczenie podpisała Okręgowa Komisja Wyborcza w OIL w Szczecinie w składzie: dr n. med. Ewa Szpindor, lek. Ilona Osadowska, lek. dent. Lech Szadziuch,
- 7) równocześnie Obwieszczeniem Nr 2/2006 z dnia 30 marca 2006 r. Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie ogłoszono, że w związku ze zrzeczeniem się w dniu 25 marca 2006 r. „stanowiska i mandatu Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie przez dr n. med. Wojciecha Jagielskiego”, mandat członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, z tym dniem na podstawie § 7 ust. 4 ww. uchwały, uzyskała dr n. med. Magda Wiśniewska, która w wyborach do Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie otrzymała

2006 r.

- ła kolejno największą liczbę głosów na Okręgowym Sprawozdawczo-Wyborczym Zjeździe Lekarzy w Szczecinie w dniu 22 października 2005 r. Obwieszczenie podpisała Okręgowa Komisja Wyborcza w OIL w Szczecinie w składzie: dr n. med. Ewa Szpindor, lek. Ilona Osadowska, lek. dent. Lech Szadziuch,
- 8) w dniu 4 kwietnia 2006 r. delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Szczecinie dr n. med. Wojciech Jerzy Jagielski wniósł protest do Krajowej Komisji Wyborczej w związku z uzyskaniem stanowiska i mandatu Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej przez dr n. med. Jacka Podolskiego oraz w związku z uzyskaniem przez dr n. med. Magdę Wiśniewską mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie w trybie określonym w § 7 ust. 4 uchwały Nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów,

Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego i po zapoznaniu się ze stanowiskiem Okręgowej Komisji Wyborczej w Szczecinie wraz z załączoną opinią prawną oraz opinią przedstawioną na posiedzeniu Krajowej Komisji Wyborczej, przez członka Okręgowej Komisji Wyborczej w Szczecinie lek. dent. Lecha Szadziuka, Krajowa Komisja Wyborcza stwierdza, co następuje:

- 1) zgodnie z zapisem art. 23 pkt 6 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158), okręgowy zjazd lekarzy dokonuje wyboru przewodniczącego i członków okręgowej rady lekarskiej. Okręgowa rada lekarska wybiera spośród swoich członków prezydium. Prezydium stanowią przewodniczący oraz wybrani przez radę jego zastępcy, sekretarz, skarbnik i członkowie (art. 24 ust. 1 ustawy), do przepisu tego odnosi się § 29 ust. 1 uchwały nr 17/90/1 Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 maja 1990 r. w sprawie ramowych regulaminów organizacji i trybu działania: okręgowych zjazdów lekarzy, okręgowych rad lekarskich i okręgowych komisji rewizyjnych stanowiący, że w skład prezydium wchodzi przewodniczący, wiceprzewodniczący, sekretarz, zastępcy sekretarza, skarbnik oraz członkowie prezydium,
- 2) z powyższych zapisów wynika, iż okręgowy zjazd lekarzy odrębnie dokonuje wyboru przewodniczącego oraz członków okręgowej rady lekarskiej, będącej, zgodnie z art. 20 pkt. 2 ustawy, organem okręgowej izby lekarskiej. Przewodniczący wchodzi w skład rady okręgowej na podstawie wyboru na to stanowisko tj. z mocy prawa, a nie jest wybierany w skład organu izby,
- 3) do przepisów ustawy o izbach lekarskich odnosi się regulamin wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów, który odrębnie definiuje w § 2 organu izby lekarskiej – w tym okręgową radę lekarską i stanowisko funkcyjne – w tym przewodniczącego okręgowej rady lekarskiej, a w dalszych przepisach odrębnie określa tryb wyborów i odwoływania ze stanowisk funkcyjnych i odrębnie członków organów izb lekarskich,
- 4) tryb wyboru przewodniczącego określa § 23 regulaminu stanowiący, że wyboru przewodniczącego okręgowej rady lekarskiej okręgowy zjazd lekarzy dokonuje bezwzględną większością głosów, w przypadku nieuzyskania bezwzględnej większości głosów przez kandydata w pierwszej lub niedokonania wyboru w drugiej turze wyborów, przeprowadza się ponowne wybory,
- 5) tryb wyboru na członka okręgowej rady lekarskiej określa § 24 regulaminu stanowiący, że okręgowy zjazd lekarzy dokonuje wyboru zwykłą większością głosów, a mandat członka okręgowej rady kan-

dydat uzyskuje poprzez otrzymanie kolejnej, większej liczby otrzymanych głosów (liczbę członków rady ustala uchwała okręgowego zjazdu),

- 6) w przypadku utraty stanowiska funkcyjnego, jakim jest stanowisko przewodniczącego okręgowej rady lekarskiej, na skutek zrzeczenia się go – nie może mieć zastosowanie przepis § 7 ust. 4 uchwały Nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów mimo, iż zrzeczenie się funkcji przewodniczącego stanowi równoczesne zrzeczenie się mandatu członka okręgowej rady lekarskiej. W takim przypadku stanowisko przewodniczącego okręgowej rady lekarskiej i jednocześnie mandat członka rady uzyskuje delegat na okręgowy zjazd lekarzy na podstawie ponownie przeprowadzonych wyborów na to stanowisko, zgodnie z przepisami ustawy o izbach lekarskich oraz uchwały Nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów.
- 7) okręgowy zjazd lekarzy wybiera przewodniczącego i członków okręgowej rady lekarskiej w liczbie ustalonej przez ten zjazd; w przypadku wygaśnięcia mandatu członka okręgowej rady lekarskiej na skutek utraty stanowiska przez przewodniczącego okręgowej rady i wyboru na to stanowisko osoby będącej członkiem rady lekarskiej, nie może być odniesienia do § 7 ust. 2 pkt 1 uchwały w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów w przypadku wyboru na to stanowisko członka okręgowej rady lekarskiej, lecz odniesienie się do wygaśnięcia mandatu członka rady z powodu ponownego jego uzyskania z mocy prawa, na skutek wybrania go na stanowisko przewodniczącego.

Krajowa Komisja Wyborcza stwierdza, że Okręgowa Komisja Wyborcza w Szczecinie obwieszczając, że stanowisko Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie uzyskał dr n. med. Jacek Podolski, który w wyborach przeprowadzanych w dniu 22 października 2005 r. na Sprawozdawczo-Wyborczym Okręgowym Zjeździe Lekarzy w Szczecinie w drugiej turze wyborów jako jeden z dwóch kandydatów uzyskał 63 głosy nie kwalifikujące go do uzyskania mandatu przewodniczącego, naruszyła zasady wyborów określone w § 23 regulaminu w sposób mający znaczący wpływ na wynik wyborów i uchyła Obwieszczenie Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie z dnia 30 marca 2006 r. o wynikach wyborów na stanowisko Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie na okres kadencji 2005-2009.

Jednocześnie Krajowa Komisja Wyborcza stwierdza, że mandat członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie dr n. med. Jacka Podolskiego nie wygaś, w związku z czym uchyła Obwieszczenie Nr 2/2006 z dnia 30 marca 2006 r. Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, jako niezgodne z uchwałą VII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Szczecinie z dnia 25 marca 1994 r. w sprawie zmiany statutu Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, zmienionej uchwałą Nr 2 Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Szczecinie z dnia 18 kwietnia 1998 r., uchwałą Nr 8 Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Szczecinie z dnia 15 marca 2003 r. oraz uchwałą Nr 12 Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Szczecinie z dnia 22 października 2005 r., ustalając liczbę członków Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie na 30 osób. ■

Szczecin, dnia 2 maja 2006 r.

Naczelny Sąd Lekarski

ul. Konduktorska 4, 00-775 Warszawa
za pośrednictwem

Krajowa Komisja Wyborcza Naczelnej Izby Lekarskiej
ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa

Odwołująca: Ewa Szpindor

ODWOŁANIE

od uchwały Nr 3 Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 20 kwietnia 2006 r. w sprawie przyjęcia protestu w związku z obwieszczeniem Nr 1/2006 Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Szczecinie oraz obwieszczeniem Nr 2/2006 z dnia 30 marca 2006 r. Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Szczecinie.

W imieniu własnym, jako członek zgromadzenia wyborczego, które przeprowadziło wybory przewodniczącego Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, na podstawie § 31 ust. 9 i ust. 11 uchwały nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów, wnoszę odwołanie od rozstrzygnięcia zawartego w zaskarżonej uchwale Krajowej Komisji Wyborczej.

W dniu 20 kwietnia 2006 r. Krajowa Komisja Wyborcza rozpoznając protest dr n. med. Wojciecha Jagielskiego na obwieszczenie Nr 1/2006 Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Szczecinie w sprawie objęcia mandatu i funkcji Przewodniczącego Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie przez dr n. med. Jacka Podolskiego oraz obwieszczenie Nr 2/2006 z dnia 30 marca 2006 r. Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Szczecinie w sprawie objęcia mandatu członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie przez dr n. med. Magdę Wiśniewską, uchyliła oba obwieszczenia.

W uzasadnieniu swojej uchwały Krajowa Komisja Wyborcza podała w punkcie 6, iż w przypadku utraty stanowiska funkcyjnego, jakim jest stanowisko przewodniczącego okręgowej rady lekarskiej, na skutek zrzeczenia się go – nie może mieć zastosowania § 7 ust 4 uchwały nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie regulaminu

wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów, mimo iż zrzeczenie się funkcji przewodniczącego stanowi równocześnie zrzeczenie się mandatu członka okręgowej rady lekarskiej. Krajowa Komisja Wyborcza nie wyjaśniła z czego wynika jej stanowisko, ograniczając się jedynie do arbitralnego stwierdzenia, że w takim przypadku stanowisko przewodniczącego OIL uzyskuje delegat na okręgowy zjazd lekarzy na podstawie ponownie przeprowadzonych wyborów.

Z poglądem Krajowej Komisji Wyborczej nie sposób w żaden sposób się zgodzić, gdyż z zapisów ww. uchwały nr 76/04/IV, a w szczególności z § 7 jasno wynika, że zrzeczenie się funkcji, skutkuje wygaśnięciem mandatu oraz utratą stanowiska funkcyjnego. § 7 ust. 4 uchwały, ma zastosowanie wyjątkowe, w sytuacji gdy utrata mandatu i stanowiska nie wynika z odwołania całego organu przed upływem kadencji. Zgodnie z nim mandat uzyskuje kandydat, który w wyborach uzyskał kolejno największą liczbę głosów. Zatem zrzeczenie się mandatu przez np. członka ORL lub delegata okręgowego zjazdu lekarzy powoduje jego wygaśnięcie oraz automatyczne uzyskanie tego mandatu przez kandydata, który w wyborach uzyskał kolejno największą liczbę głosów.

W sytuacji, gdy Pan dr n. med. Wojciech Jagielski zrzekając się funkcji przewodniczącego zrzekał się jednocześnie mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie mamy do czynienia z sytuacją przewidzianą w § 7 ust. 1 pkt 2) w związku z ust. 2 pkt. 1 uchwały w sprawie regulaminu wyborów (...). Znajduje tu zatem zastosowanie przepis § 7 ust. 4 przedmiotowej uchwały.

Potwierdzeniem zastosowania tej ogólnej reguły, również w stosunku do Prze-

wodniczącego OIL, są postanowienia § 44 i 45 ust. 3 uchwały nr 76/04/IV, które przewidują konieczność i obowiązek przeprowadzenia wyborów uzupełniających jedynie w przypadku wygaśnięcia mandatu – Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Natomiast w zakresie przeprowadzenia wyborów uzupełniających na stanowisko przewodniczącego OIL i okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej przepis § 44 ust. 2 uchwały, wyraźnie przewiduje taki obowiązek tylko w przypadku ich odwołania z funkcji przed upływem kadencji. Zatem z wyżej wskazanego przepisu jednoznacznie wynika, kiedy istnieje obowiązek przeprowadzenia wyborów.

Wobec powyższego jeśli przepis uchwały nie nakazuje ponownej procedury wyborczej, stosuje się ogólne zasady wynikające z § 7 ust. 4 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 76/04/IV.

Wniosek ten wynika także z treści § 42 uchwały, wskazującego wprost, że wybory uzupełniające do organów, jak i na stanowiska funkcyjne przeprowadza się tylko w przypadkach, gdy nie może być zastosowany § 7 ust. 4.

Wydaje się, że zapisy tej uchwały kierując się zdrowym rozsądkiem oraz przewidując kosztowność i trudności organizacyjne procedury wyborczej, mając jednocześnie na uwadze zasady demokracji, dają możliwość objęcia mandatu przez osobę, która uzyskała w demokratycznych wyborach kolejno największą liczbę głosów.

Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, zarówno dr n. med. Jacek Podolski jak i dr n. med. Magda Wiśniewska słusznie objęli mandaty w wyniku wyborów, których ważności nikt nigdy nie kwestionował.

dr n. med. Ewa Szpindor

Leki izopatyczne Sanum

- Nowe możliwości terapii w stomatologii cz. I

Dr n. med. Igor Łoniewski

Terapia izopatyczna opiera się na wynikach badań Profesora Günthera Enderleina (1872-1968). Prof. Enderlein poświęcił swoje życie badaniom krwi przy pomocy mikroskopu z ciemnym polem widzenia. Metoda ta polega na ocenie świeżej próbki krwi (5-10 min. od momentu pobrania kropli krwi z palca), która jest umieszczona na szkiełku podstawowym i przykryta szkiełkiem nakrywkowym. Krew oceniana jest pod mikroskopem z dużym powiększeniem, w którym światło pada równoległe do szkiełka podstawowego (przypomina to sytuację, gdy na oświetlonej z boku powierzchni stołu, w ciemnym pomieszczeniu widzimy kurz niewidoczny przy normalnym świetle). W odróżnieniu od typowych badań, krew nie jest ani wysuszona ani utrwalona. Dzięki temu jesteśmy w stanie zobaczyć w tej tkance, różne struktury niewidoczne podczas typowego badania mikroskopowego. Metoda służy do oceny „stanu czynnościowego” krwi oraz jej odporności na procesy uszkadzające związane z niedotlenieniem i zmianami środowiska próbki. Na podstawie tego badania nie określa się rozpoznania konkretnej jednostki chorobowej, tylko zdolności adaptacyjne oraz aktualny stan patofizjologiczny organizmu.

Dwa najważniejsze zjawiska jakie opisał Enderlein dotyczą roli zmian środowiska organizmu w powstawaniu chorób oraz zjawiska cyklogeniei mikroorganizmów. Prof. Enderlein uważał, że zaburzenie integralności środowiska danego narządu oraz całego organizmu powoduje powstanie choroby. Np. przesunięcie pH w pochwie w kierunku zasadowym lub w jelitach w kierunku kwaśnym prowadzi nieuchronnie do powstania schorzenia danego narządu i w konsekwencji może prowadzić do chorób ogólnoustrojowych. Takie zmiany środowiskowe mogą zachodzić pod wpływem czynników zewnętrznych (np. skażenie środowiska) jak i też wewnętrznych, które mogą powodować atrofię kosmków jelitowych i zmniejszenie powierzchni jelit, co w konsekwencji prowadzi do obniżonego wytwarzania IgA i alergii. Trzeba pamiętać, że antybiotyki i hormony są podawane nie tylko ludziom, ale także są stosowane w przemyśle produkcyjnym żywności i dzięki temu pośrednio wpływają na stan środowiska organizmu konsumentów tej żywności. Do współczesnych teorii, które można powiązać z koncepcją Enderleina należą: teoria prionów, komórek CWDB (*Cell Wall Deficient Bacteria* – bakterie pozbawione ściany komórkowej) oraz nanobakterii.

Z lekarskiego punktu widzenia najważniejsze jest odkrycie Enderleina, opisujące powstawanie patogennych form mikroorganizmów pod wpływem zmian środowiskowych. Z odkrycia tego płynnie także wniosek mówiący, że w przypadku choroby należy zwalczać nie tylko czynnik zakaźny, ale przede wszystkim stosować leczenie, które pozwoli zoptymalizować środowisko organizmu, ponieważ tylko wtedy zostaną stworzone warunki korzystne dla powrotu do zdrowia.

Drugim ważnym odkryciem Enderleina jest opisanie zjawiska cyklogeniei mikroorganizmów. Enderlein opisał cyklogenieę grzyba *Mucor Racemosus* oraz *Aspergillus Niger*.

Zjawisko cyklogeniei polega na ciągłej przemianie jednych form mikroorganizmów w inne. U podstawy tych przemian znajdują się niezróżnicowane formy niepatogenne, które pod wpływem czynników środowiskowych przechodzą stopniowo w wysokozróżnicowane formy patogenne, które Enderlein opisywał jako „bakteryjne” lub „grzybicze”. Możliwa jest też droga powrotna, tzn. formy patogenne mogą przechodzić w saprofityczne, w miarę jak środowisko się normalizuje. W warunkach fizjologicznych istnieje stan równowagi pomiędzy formami niskorozwiniętymi oraz wysokorozwiniętymi. Jeżeli w wyniku zaburzeń środowiskowych dojdzie do nadmiernego rozwoju form patogennych dochodzi do rozwoju choroby. Jeżeli dostarczymy organizmowi formy niskorozwinięte mikroorganizmów (a takie zawierają leki izopatyczne), spowodują one powrót do równowagi między formami wysokozróżnicowanymi oraz saprofitycznymi. Leki izopatyczne zawierają odpowiednio hodowane mikroorganizmy (bakteria i grzyby), których działanie polega na modulacji swoistych i nieswoistych procesów immunologicznych. Kluczowym problemem w wytwarzaniu tych leków jest odpowiednie spreparowanie mikroorganizmów w celu uzyskania ich największej aktywności immunomodulującej.

Teoria Enderleina jest bardzo interesująca, jednakże wprowadzenie nowych metod badawczych oraz rozwój immunologii nakazuje ją w znacznym stopniu zweryfikować. Obecnie uważa się, że leki izopatyczne oddziałują na komórki układu immunologicznego przewodu pokarmowego (*Gut Associated Lymphoid Tissue* – GALT) oraz inne elementy układów immunologicznych związanych z błonami śluzowymi (*Mucosa Associated Lymphoid Tissue* – MALT). Układy pełni nie tylko bardzo ważną funkcję w systemie odporności miejscowej, ale także wyraźnie oddziałują na odporność ogólną i procesy nadwrażliwości. Podawanie rozmaitych kombinacji mikroorganizmów oraz ich fragmentów powoduje aktywację odporności swoistej oraz nieswoistej, miejscowej i ogólnej. Wykryto również, że podanie mikroorganizmów (np. *Mycobacterium*) wywołuje apoptozę komórek niektórych typów nowotworów. Skuteczność działania leków izopatycznych została potwierdzona w różnych schorzeniach u ludzi m.in. u pacjentów z zakrzepowym zapaleniem żył, owrzodzeniem podudzi, w chirurgii stomatologicznej (m.in. osłonowo przy ekstrakcjach, w leczeniu suchego zębodołu, utrudnionego wyrzynania zębów) oraz w leczeniu grzybiczy jamy ustnej. W następnej części zostanie przedstawione zastosowanie leków izopatycznych w chirurgii stomatologicznej.

Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ - czy optymistyczne zapowiedzi?

Z posiedzenia Rady Zachodniopomorskiego
Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia



dr n. med. Jacek Podolski

Na zaproszenie Przewodniczącego Rady Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – dr Ekspedytą Wieliczko, uczestniczyłem w dniu 23 maja 2006 r. w posiedzeniu Rady ZOW NFZ jako przedstawiciel Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie. W programie posiedzenia były m.in.:

- analiza skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych,
- zatwierdzenie sprawozdania z wykonania planu finansowego ZOW NFZ za 2005 rok,
- informacja Dyrektora ZOW NFZ o bieżącej pracy oddziału.

Uczestnicy posiedzenia z zadowoleniem przyjęli fakt, że liczba skarg wnoszonych przez ubezpieczonych do ZOW NFZ jest znikoma, biorąc pod uwagę ogromną liczbę świadczeń zdrowotnych udzielonych w regionie i ponad 1700 świadczeniodawców posiadających kontrakt z NFZ. W toku dyskusji wskazałem, że jest to dużą zasługą świadczeniodawców, którzy rzetelnie realizują kontrakty, ale także ZOW NFZ, który te kontrakty nadzoruje.

ZOW NFZ zamknął 2005 rok stratą w kwocie ok. 10,9 mln zł. Była ona znacząco niższa niż w roku poprzednim. Bieżąca sytuacja rokuje stopniowym odzyskiwaniem płynności finansowej ZOW NFZ w latach następnych.

Uczestnicy posiedzenia wyrazili niepokój z powodu stale rosnących kosztów refundacji leków. W roku 2005 roku wydatki na ten cel stanowiły ok. 20% budżetu ZOW NFZ (282 mln zł), o 7% były wyższe od założonego planu i blisko 50 mln zł od wartości planu finansowego na rok 2004.

Zaproponowałem współpracę samorządu lekarskiego i ZOW NFZ w kwestii analizy rosnących kosztów refundacji i przeciwdziałania temu zjawisku, co ze zrozumieniem zostało przyjęte przez Dyрекcję i Radę ZOW NFZ.

Należy podkreślić, że problemem dla ZOW NFZ jest kwota 110 mln zł pożyczek udzielonych Oddziałowi przez Centralę NFZ, celem pokrycia zobowiązań finansowych zaciągniętych w latach poprzednich. Wyraziłem pogląd, iż świadczeniodawcy nie dopuszczają myśli, iż te zobowiązania miałyby być pokryte w kolejnych latach z budżetu przeznaczanego na finansowanie świadczeń zdrowotnych. Dyrektor ZOW NFZ – dr Marek Makowski zapewnił, że z dużym prawdopodobieństwem dług w kwocie 110 mln zł zostanie umorzony. Miejmy nadzieję, że tak będzie!

W ostateczności plan finansowy za rok 2005 został zatwierdzony przez Radę ZOW NFZ.

W dalszej części posiedzenia Dyrektor dr Marek Makowski, zapowiedział zmiany w finansowaniu świadczeń zdrowotnych w 2007 r. Przewiduje się wzrosty nakładów finansowych na:

- POZ, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, szpitalnictwo, pomoc doraźną i transport sanitarny, świadczenia odrębnie kontraktowane i programy profilaktyczne o 8-8,8% w każdym z tych działów,
- opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień o 12,7%,
- rehabilitację o 12,8%,
- opiekę długoterminową o 16%,
- stomatologię o ok. 16%,
- zaopatrzenie ortopedyczne o 15,7%,
- leczenie uzdrowiskowe o 37%.

Niestety przewiduje się kolejny wzrost nakładów na refundację leków o 9,3%, co znowu znacząco uszczupli potencjalny budżet przeznaczony na finansowanie świadczeń zdrowotnych.

Podsumowując – padły z ust Dyrektora ZOW NFZ pozytywne zapowiedzi. Do 27 lipca 2006 r. Rada ZOW NFZ ma zatwierdzić propozycję nowego planu finansowego na rok 2007. Mamy nadzieję, że w dalszym ciągu będziemy mogli przedstawiać swoje uwagi i aktywnie uczestniczyć w dyskusji. Ze swojej strony zapewniłem Radę i Dyрекcję ZOW NFZ, że Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie z determinacją będzie dążyła do zmiany wyceny punktów za procedury medyczne finansowane przez NFZ, w taki sposób by odzwierciedlały postulaty płacowe środowisk medycznych i rzeczywiste koszty pracy personelu medycznego. Co zaskakujące – Dyrektor dr Marek Makowski zapowiedział ograniczenie tendencji wzrostu liczby kontraktowanych świadczeń zdrowotnych na korzyść ich zwiększonej ceny. To ważna deklaracja i idąca w dobrym kierunku. Zresztą według relacji Krzysztofa Bukieła – Przewodniczącego OZZL – podobną deklarację złożył Prezes NFZ – Jerzy Miller (zapowiedział średni wzrost ceny procedur medycznych o 17%, co według symulacji pozwoliłoby na wzrost wynagrodzeń pracowników medycznych o ok. 30%).

Mam nadzieję, że Dyrekcja ZOW NFZ zrealizuje deklaracje wypowiedziane po zakończeniu posiedzenia i włączy samorządy zawodowe pracowników medycznych, w tym OIL w Szczecinie do aktywnej dyskusji nad formą kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2007. ■

Krótko w sprawie aparatów rtg w gabinetach stomatologicznych

Lek. dent. Przemysław Marcinowski

Nadal wiele gabinetów nie posiada aparatów rentgenowskich. Nadal trwa wyposażanie w nie istniejących gabinetów oraz nowopowstałych. Lekarze jednak nie wiedzą jakie kroki powinni podjąć, aby legalnie zainstalować i bezpiecznie używać aparaty rentgenowskie. Na szczęście minęły już czasy gdy punktowy, zębony aparat rtg traktowano na równi z aparatami rtg dużej mocy, które wymagają szczególnych osłon przed promieniowaniem. Dzisiejszy nowoczesny aparat punktowy rtg umożliwi obsługę bez jakichkolwiek osłon stojąc w odległości ok. 2,5 metra za głowicą aparatu. Dlatego poniżej przybliżam warunki jakie muszą spełniać gabinety stomatologiczne, które zdecydowały się na stosowanie promieniowania rentgenowskiego w celach diagnostycznych. (Aktualne od 05.2006 do zmiany przepisów, które niestety są bardzo częste).

W związku z brakiem podstaw prawnych dotyczących pracowni, gabinetów stosujących promieniowanie rtg należy się opierać na **Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służący wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej. Dz. U. Nr 20 poz. 254. Przepisy dotyczą instalacji w gabinecie nowopowstałym jak i istniejącym. Tryb postępowania jest następujący:**

Należy zgromadzić następującą dokumentację i wykonać odpowiednie czynności:

1. Posiadać opinię sanitarną dla gabinetu (opinia którą otrzymuje każdy gabinet podczas rejestracji).

2. Należy wykonać tzw. „projekt osłon stałych” obejmujący projekt po-

mieszczenia, w którym będzie zamontowany aparat rtg i jego najbliższego otoczenia. Projekt taki wymaga pewnych wiadomości z zakresu fizyki, tak więc lepiej zlecić jego wykonanie. Niektóre firmy sprzedające aparaturę rtg wykonują także takie projekty na zlecenie klienta. Wystarczy wtedy dostarczyć plan otoczenia gabinetu – chodzi o kopię projektu gabinetu, ale tylko w zakresie najbliższego otoczenia pomieszczenia, w którym zainstalowany zostanie aparat rtg – podać dane dotyczące wentylacji pomieszczenia i materiałów z jakich zbudowane są ściany, sufit i podłoga.

3. Należy napisać pismo o zaopiniowanie projektu i ww. dokumenty w dwóch egzemplarzach dostarczamy do Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej - Dział Nadzoru Sanitarnego odpowiednio do miejsca usytuowania gabinetu.

4. Po otrzymaniu pozytywnej opinii – odbieramy dokumenty (*pojedynczy egzemplarz*), a następnie **kupujemy aparat, ale tylko taki, który posiada aktualne testy akceptacyjne.**

Serwis montuje go zgodnie z projektem i uczy obsługi.

5. Piszemy pismo do WSSE Oddział Higieny Radiacyjnej z prośbą o wykonanie pomiarów i sprawdzenie skuteczności osłon stałych.

6. SANEPID wykonuje pomiary w gabinecie. Uwaga: podczas pomiarów należy okazać następujące dokumenty:

1. Pozytywna opinia sanitarna na prowadzenie działalności gabinetu stomatologicznego.
2. Pozytywne zaopiniowany projekt obliczeń osłon stałych.
3. Pomiary osłon stałych.
4. Pozytywny test akceptacyjny aparatu rtg zębony (dostar-

cza dostawca w przypadku nowego aparatu)

oraz

1. Informacja kto pełni obowiązki Inspektora Ochrony Radiologicznej.
2. Wykaz aktów prawnych.
3. Aktualne badania lekarskie stwierdzające zdolność do pracy w promieniowaniu X osób obsługujących aparat rtg zębony.
4. Instrukcja bezpiecznej pracy z aparatem rtg zębony.
5. Wywieszka o informacji obsługi aparatu rtg przez kobiety, czy nie są w ciąży przed wykonaniem zdjęcia rtg.
6. Zakładowy plan postępowania awaryjnego.

Prowadzenie działalności z wykorzystaniem aparatu rtg wiąże się z zapewnieniem bezpiecznego stosowania promieniowania X. Powinien to wykonywać właściciel aparatu z uprawnieniami Inspektora Ochrony Radiologicznej lub w jego imieniu I O R.

Należy spełniać ww. wymagania oraz prowadzić:

1. Ewidencję wykonywanych zdjęć rtg, aktualnych badań lekarskich, dozimetrii indywidualnej lub środowiskowej.
2. Program zapewnienia jakości oraz protokoły z poprzednich kontroli.
3. Posiadać zezwolenia na gabinet stosujący promieniowanie X, i zezwolenia na aparat rtg.

Większość z dokumentów wymienionych w tekście można znaleźć na www.pla.net.pl ■

III Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby Lekarskiej

Szczecin, 26-28 maja 2006

Organizatorzy: dr Halina Ey-Chmielewska,
dr Halina Teodorczyk i dr Maciej Mroźewski

Przy współudziale Yacht Klub AZS

Patronat honorowy: Naczelna Izba Lekarska

Patronat medialny: Gazeta Lekarska i Vox Medici

Miejsce: akwen Jeziora Dąbskiego w Szczecinie

Na starcie stanęły reprezentacje:

- Naczelnej Izby Lekarskiej 1 załoga
- Wojskowej Izby Lekarskiej 1 załoga
- Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej 2 załogi
- Wielkopolskiej Izby Lekarskiej 1 załoga
- Śląskiej Izby Lekarskiej 1 załoga
- Dolnośląskiej Izby Lekarskiej 1 załoga
- Opolskiej Izby Lekarskiej 1 załoga
- Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie 4 załogi

Mistrzostwa rozgrywano na łodziach klasy Omega przez trzy dni w trudnych warunkach atmosferycznych, przy deszczu padającym praktycznie cały czas i różnej zmienności wiatru, który chwilami wiał dość niebezpiecznie (do 8° w skali B).

Każdego dnia wieczorami odbywały się spotkania integracyjne przy grillu z udziałem zespołu szantowego „Stary Szmugler” oraz Chóru „Remedium” Okręgowej Izby Lekarskiej. Gościliśmy także tancerzy zawodowych: Pana dr Kacpra Koryznę i Annę Kowalską. Prezentowaliśmy na billboardzie zdjęcia z poprzednich mistrzostw i aktualne każdego dnia.

Wyniki w Żeglarskiej Klasie Omega



WYNIKI:

I miejsce Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w składzie Stanisław Danieluk, Zbigniew Gugnowski, Waldemar Krupa

II miejsce Opolska Izba Lekarska w składzie Sylwester Pikor, Bernard Ozimek, Andrzej Operacz

III miejsce Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie w składzie Paweł Rawski, Radosław Turowski, Rafał Drebot

IV miejsce Śląska Izba Lekarska w składzie Jacek Madejski, Jacek Węglorz, Ryszard Michalik

V miejsce Naczelna Izba Lekarska w składzie Konstanty Radziwiłł, Joanna Mikołajczyk, Paweł Susłowski

VI miejsce Dolnośląska Izba Lekarska w składzie Paweł Kołomyjec, Michał Obst, Przemysław Piec

VII miejsce Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w składzie Bogdan Kula, Wojciech Lipski, Elżbieta Lipska

VIII miejsce Wojskowa Izba Lekarska w składzie Piotr Świniarski, Jacek Hińcz, Bartosz Krakowiak

IX miejsce Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie w składzie Waldemar Mazur, Jacek Siwułski, Artur Czarnecki

X miejsce Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie w składzie Jarosław Gołębiowski, Sebastian Kwiatkowski, Paweł Studnicki

XI miejsce Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie w składzie Maciej Lewandowski, Mirosław Halcz, Marcin Śledź

XII miejsce Wielkopolska Izba Lekarska w składzie Ryszard Szeszycki, Paulina Chałubka, Mariusz Laciński

Mistrzostwa cd.

21 >

Uroczyste zakończenie imprezy odbyło się w godzinach popołudniowych 28 maja, podczas którego wręczono puchary trzem pierwszym załogom, dyplomy i nagrody praktycznie wszystkim uczestnikom. Specjalne puchary w kształcie rozpiętych żagli wręczył Prezes ORL w Szczecinie dr Jacek Podolski - Prezesowi naczelnej Rady Lekarskiej Panu dr Konstantemu Radziwiłłowi oraz dr Maciej Mrożewski - Komandorowi imprezy Panu kapt.ż.j. Witoldowi Zdrojewskiemu dla Yacht Klubu AZS Szczecin.

Specjalne słowa podziękowania kierujemy do Państwa Krzysztofa Cinzer i jego małżonki Pani dr Agnieszki Borowiec-Cinzer za użyczenie motorówki w celu zabezpieczenia regat i pomoc w różnych czynnościach związanych z imprezą, Panu dr Z. Hamerlakowi za trzydniowe grillowanie dla uczestników i zaproszonych gości.

Dziękujemy sponsorom:

Unity Line, InterPolska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Continental – Pani M. Tomaszewska, Gift Serwis Piotr Milewski, Porta Hotele, Bosman Browar S.A. oraz firmie Madar - Pan Dariusz Watral.

Dziękujemy szefowi Miejskiej Policji w Szczecinie inspektorowi Panu Waldemarowi Horotko, za zabezpieczenie regat.

Maciej Mrożewski

zdjęcia: Halina Teodorczyk



Otwarcie przez wiceprzewodniczącego ORL lek. med. Jacka Siwulskiego, na zdjęciu: sędziowie, J. Siwulski, H. Ey-Chmielewska.



Losowanie łódek, od lewej H. Teodorczyk, sędziowie - A. Zdrojewska, W. Zdrojewski, M. Zaleski, J. Siwulski, H. Ey-Chmielewska.



26.05 Pierwszy dzień - przygotowanie do startu.



Meta I wyścigu.



II wyścig załogi - OIL w Szczecinie, sternik P. Rawski.



27.05 II dzień regat załoga - NIL P. Susłowski, K. Radziwiłł.



Załoga OIL w Szczecinie: od lewej M. Śledź, M. Lewandowski, M. Halczak.



Załoga OIL Szczecin: P. Rawski, A. Ziółkowska, R. Drebót.



Zmagania naszych żeglarzy.



I miejsce od lewej K. Radziwiłł, J. Podolski, J. Siwulski, zwycięska załoga - S. Danieluk, Z. Gugnowski, W. Krupa.



Puchar dla NIL, J. Podolski, J. Siwulski, K. Radziwiłł, P. Susłowski.



Puchar dla Yacht Klubu AZS, H. Teodorczyk, J. Podolski, Komandor AZS W. Zdrojewski, sędzia A. Zdrojewska, M. Mroźewski, J. Siwulski.



Uczestnicy regat.



Organizatorzy i sponsorzy.



FOT. HALINA TEODORCZYK

„Remedium” na wszystko

E.P.

Chór „Remedium” powstał jesienią 1998 r., z inicjatywy dawnych członków Chóru PAM. Impulsem do jego powstania było spotkanie wielu z nas z okazji 50-lecia Pomorskiej Akademii Medycznej. W czasie tej uroczystości chór PAM wykonał piękną „Messa di Gloria” Giacomo Pucciniego, a my pozazdrościliśmy młodszemu kolegom radości śpiewania.

Jesteśmy lekarzami różnych specjalności i pracujemy pod dyktando prof. Ryszarda Handke. Nasz kameralny zespół działa pod auspicjami **Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie od 1999 r.** Na repertuar składa się głównie muzyka a capella: madrygały, pieśni romantyczne, negro-spirituals, kolędy i pieśni kościelne. Śpiewane przez nas madrygały zostały wydane na płycie „Adieu, sweet Amaryllis” w 2003 r. Wykonywaliśmy także większe formy wokalo-instrumentalne. Do tych, których wykonanie przyniosło nam największą satysfakcję należą: Requiem W. A. Mozarta, „Msza c-moll” i „Msza Koronacyjna” W. A. Mozarta oraz „Completerium” G. G. Górczyckiego.

Przez pięć lat naszej działalności wykonywaliśmy wiele koncertów na różnych kongresach, sympozjach i zjazdach lekarskich oraz uroczystościach na terenie miasta i regionu.

W ubiegłym roku podsumowaliśmy naszą dotychczasową pięcioletnią działalność. Rocznicę uczciliśmy wspólnym śpiewaniem z zaprzyjaźnionym Chórem Ton-Art z Bremen.

Nadal rozwijamy nasze zainteresowania muzyczne. W tym roku przygotowujemy nowy repertuar na V Międzynarodowy Festiwal Chóralny, który odbędzie się w Szczecinie.

Razem z innymi chórmi wykonamy na jego rozpoczęcie Mszę Koronacyjną W. A. Mozarta.

Nasz amatorski zespół reprezentuje wysoki poziom muzyczny głównie za sprawą naszego dyrygenta prof. Ryszarda Handke. Jest on osobą posiadającą wysokie kwalifikacje zawodowe. Pracuje z ogromną pasją, która udziela się nam wszystkim. Tworzymy grupę przyjaciół, którzy nas lekarzy łączy nie tylko wykonywany zawód, ale radość ze wspólnego śpiewania.

Zapraszamy na nasze koncerty. ■

Komisja ds. Ety

Halina Teodorczyk



FOT. HALINA TEODORCZYK

Rozmowa z
Przewodniczącym Komisji
**dr. Franciszkiem
Sarneckim,**
dermatologiem,
kierownikiem NZOZ
„Medyk” w Łobzie

- Jakie cele stawia sobie komisja w V kadencji?

- Komisja stawia sobie za cel dbanie o przestrzeganie obowiązujących lekarzy i lekarzy dentyistów zasad etyki i deontologii zawodowej. Podstawą oceny postawy etycznej lekarzy są przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej, a szczególnie art. 2 pkt. 2 mówiący, że największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto* – mimo działających mechanizmów rynkowych, występujących nacisków społecznych i wymagań administracyjnych.

- Czy takie dokumenty jak Kodeks Etyki Lekarskiej w kontekście pracy lekarza są etycznie, prawnie i podatkowo wystarczające, aby rozwiązywać problemy etyczne w środowisku medycznym?

- Ww. dokument jest podstawą rozwiązywania problemów etycznych środowiska ale, jak wiadomo, nie wszystkie przypadki da się skodyfikować i stąd ważni są ludzie – członkowie komisji – z ich doświadczeniem zawodowym i życiowym, aby w sprawach nietypowych wypracować odpowiednie rozwiązania.

- Proszę zaprezentować komisję.

lek. Franciszek Sarnecki – przewodniczący
Członkowie
prof. dr hab. n. med. Wanda Andrzejewska
prof. dr hab. n. med. Danuta Karczewicz
lek. Roman Krzykacz
prof. dr hab. n. med. Krystyna Lisiecka
dr hab. n. med. Wojciech Lubiński
dr n. med. Agnieszka Ruchała-Tyszler
lek. Wojciech Wójtowicz

- Jakimi sprawami teraz zajmuje się komisja?

- Obecnie Komisja zajmuje się dwoma sprawami dot. relacji lekarz-pacjent (na wniosek niezadowolonych pacjentów). Wcześniej, podobne dwie sprawy zostały rozpatrzone i zakończone polubownie. Na posiedzeniu 23 maja 2006 r. Komisja rozpatrywała sprawę „wędrujących zarodków ludz-

ki Lekarskiej



ZDJ.: HALINA TEODORCZYK

Etycy na tarasie Izby, od lewej: dr hab. n. med. W. Lubiński, lek. W. Wójtowicz, prof. dr hab. n. med. K. Lisiecka, prof. dr hab. n. med. D. Karczewicz, lek. F. Sarnecki, prof. dr hab. n. med. W. Andrzejewska. Nieobecni: dr n. med. A. Ruchała-Tyszler, lek. R. Krzykacz.

kich". Stwierdziła postawę nieetyczną lekarza i zaproponowała dalsze zajęcie się sprawą przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. ■

Medal Świnoujścia dla dr Teresy Ślęk

Bogumiła Toporowska

Dnia 3 maja 2006 roku, w rocznicę uchwalenia Konstytucji 3 Maja odbyła się w Świnoujściu uroczysta Sesja Rady Miasta. Podczas tej sesji, w obecności władz województwa i miasta przewodniczący Rady Miasta uroczystie wręczył **Medal Świnoujścia Pani Doktor Teresie Ślęk**. Przez wiele lat Pani Doktor Teresa Ślęk była ordynatorem Oddziału Wewnętrzny Świnoujścia szpitala. Przez pewien czas była też dyrektorem ZOZ-u w Świnoujściu. Od 1978 roku pełniła funkcję Przewodniczącej Zarządu Koła Terenowego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Obecnie pozostaje Honorową Przewodniczącą tego zarządu.

Środowisko lekarskie naszego miasta jest dumne i szczęśliwe, że władze samorządowe dostrzegły i doceniły pracę Pani Doktor Teresy Ślęk dla dobra mieszkańców Świnoujścia. ■

KĄCIK LEKARZA SENIORA

Pierwsze w V kadencji spotkanie Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów

Halina Pilawska

W dniu 26 kwietnia br. odbyło się w Naczelnej Izbie Lekarskiej spotkanie członków nowo wybranej komisji, jak w tytule, w której skład weszło jak dotychczas 6 osób, a na przewodniczącego został powołany kol. Zdzisław Bednarek z Wojskowej Izby Lekarskiej. Pozostali członkowie to między innymi: dotychczasowy przewodniczący komisji, niestrudzony kol. Roman Hajzik z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, kol. Mieczysław Chruściel, członek Naczelnej Rady Lekarskiej i przedstawicielka Warszawskiej Izby Lekarskiej, która została wybrana na sekretarza komisji – kol. Grażyna Choderna. W sumie zgłosiło się na to pierwsze spotkanie 16 osób z różnych izb a więc nie wszystkie były reprezentowane. Naczelna Rada Lekarska wyraziła zgodę na dokooptowanie do składu komisji jeszcze 4 osób, których udział w posiedzeniach będzie finansowany przez NIL.

Tematem, który zdominował pierwsze zebranie komisji był ramowy program działania i propozycje dotyczące sposobów jego realizacji.

W ośmiu punktach jest mowa, między innymi, o potrzebie bieżącego informowania Naczelnej Rady Lekarskiej o problemach ważnych dla środowiska seniorów i sposobach ich rozwiązywania. Zwiększenia udziału seniorów w pracach samorządu lekarskiego, podjęcia działań umożliwiających seniorom wystawianie skierowań do specjalistów i na badania diagnostyczne. Realizacja zasady wyrażonej w Kodeksie Etyki Lekarskiej niepobierania honorariów za leczenie kolegów i koleżanek. Integrowania środowiska lekarzy emerytów, rencistów poprzez różne formy działania: organizowanie spotkań, wycieczek, zajęć rehabilitacyjnych, sportowych. Wypracowanie form niesienia pomocy w chorobie, wsparcia psychicznego, także materialnego. Większy udział młodych lekarzy, także w formie wolontariatu, w niesieniu pomocy seniorom w chorobie, stanach inwalidztwa. Kontynuowanie wysiłków na rzecz zabezpieczenia miejsc w domach opieki społecznej w razie potrzeby. W zebraniu towarzyszył nam przez pewien czas Prezes NRL Konstanty Radziwiłł, wykazując żywe zainteresowanie poruszaną tematyką. W dyskusji przytaczano przykłady poszczególnych problemów w różnych izbach lekarskich. Zaproponowano między innymi, aby zmienić nazwę komisji na: Komisja do spraw Seniorów. Termin kolejnego spotkania ustalono na dzień 7 czerwca. ■

KĄCIK MŁODEGO LEKARZA

Co słyszeć u młodych lekarzy

Magda Wiśniewska

Od marca br. reaktywowano Klub Młodego Lekarza przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Szczecinie. W tym miejscu serdecznie dziękuję tym, którzy do tej reaktywacji się przyczynili.

Chciałabym przypomnieć, iż od co najmniej kilku lat Komisje ds. Młodych Lekarzy funkcjonują przy większości okręgowych izb. Również ostatni Krajowy Zjazd Lekarzy uznał, iż problemy tej części środowiska lekarskiego są bardzo istotne i zalecił tworzenie takich komisji w poszczególnych izbach. Naczelna Rada Lekarska poszła za ciosem i w swoich organach wybrała Komisję ds. Młodych Lekarzy (do tej pory przy NRL funkcjonował tylko zespół o tej samej nazwie).

Obecnie Klub Młodego Lekarza przy OIL Szczecin zrzesza przede wszystkim lekarzy odbywających staż podyplomowy. Oczywiście głównym tematem naszych spotkań i działań jest najbardziej palący problem całego środowiska, czyli protest. Postulaty płacowe są szczególnie aktualne w tej grupie, dopiero rozpoczynającej zawodowe życie. Wynagrodzenie wynoszące około 4,50 – 6 PLN za godzinę pracy nie jest niczym wyjątkowym wśród młodych lekarzy. Jeśli dodać jeszcze odwieczne już problemy ze zdobyciem specjalizacji (w obecnym „rozdaniu” przeważają propozycje wolontariatu, czyli specjalizowania się bez wynagrodzenia), to jesteśmy wręcz zmuszeni protestować. Młodzi lekarze ze Szczecina murem przyłączyli się od pierwszego dnia strajku w dniu 7 kwietnia, byli również licznie obecni podczas manifestacji przed Urzędem Wojewódzkim w dniu 8 czerwca.

Cóż innego nam pozostało niż protestować? Emigrować? Już i tak większość studentów kończących medycynę oraz lekarzy stażystów deklaruje chęć wyjazdu do pracy na Zachód. Pracować po kilkaset godzin miesięcznie za liche pieniądze z marnym widokiem na uzyskanie specjalizacji? Czy liczyć na to, że rządzący wreszcie ockną się i zauważą problemy naszej grupy zawodowej? W szczecińskim klubie młodych wszyscy są zgodni co do tego, że bez protestu, i to wyrażanego w coraz bardziej dynamiczny sposób, nie ma szans na poprawę naszej sytuacji. Dlatego będziemy protestować dalej.

W tym miejscu chciałabym gorąco zachęcić niezrzeszonych jeszcze młodych lekarzy, zwłaszcza tych w trakcie odbywania specjalizacji, do przyłączenia się do naszych działań. Informacje o spotkaniach Klubu Młodego Lekarza można uzyskać w OIL Szczecin. ■

Zestawienie opinii prawnych

Pytania: dr Krzysztof Bukiel

Odpowiedzi: mec. Jacek Marczak

W sprawie rezygnacji z wystawiania druków ZUS ZLA:

PYTANIA

1 Czy lekarz ma **obowiązek** wystąpić do ZUS o upoważnienie do wystawiania druków ZUS ZLA, o którym mowa w art. 54 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa i czy ma obowiązek podpisać umowę z ZUS na wypisywanie druków ZUS ZLA?

2 Czy lekarz, który nie wystąpił do ZUS o upoważnienie do wystawiania druków ZUS ZLA nie ma prawa orzekać o stanie zdrowia chorego, innymi słowy czy traci uprawnienia (w całości lub w części) o wydawaniu orzeczeń i opinii lekarskich, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz prawa do orzekania, o którym mowa w art. 42 tej ustawy?

3 Czy lekarz, który nie ma upoważnienia do wydawania druków ZUS ZLA może być oskarżony o to, że wykonuje zawód lekarza niezgodnie z zasadami wykonywania zawodu, o których mowa w rozdziale 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty?

4 Czy lekarz, który nie ma upoważnienia do wydawania druków ZUS ZLA ma prawo do wypełniania takich druków?

5 Czy pacjent korzystający ze świadczeń lekarza, który nie ma upoważnienia do wydawania druków ZUS ZLA ma prawo żądać od lekarza wydania druku ZUS ZLA w przypadku niezdolności pacjenta do pracy? Proszę o rozpatrzenie tego pytania w dwóch przypadkach

- 1) gdy lekarz **nie poinformował** pacjenta o tym, że nie ma upoważnienia do wydawania druków ZUS ZLA,
- 2) gdy lekarz **poinformował** pacjenta o tym, że nie ma upoważnienia do wydawania druków ZUS ZLA.

6 Czy pacjent, który – korzystając ze świadczeń lekarza, nie upoważnionego do wydawania druków ZUS ZLA – nie otrzymał od lekarza druku ZUS ZLA w przypadku jego (pacjenta) niezdolności do pracy, ale otrzymał od lekarza zaświadczenie o tej niezdolności na innej, dowolnej kartce papieru i nie uzyskał świadczeń pieniężnych z ZUS, może mieć uzasadnione roszczenie cywilno prawne wobec lekarza, wynikające z niezyskania świadczeń z ZUS?

7 Czy pacjent, który – korzystając ze świadczeń lekarza, **upoważnionego** do wydawania druków ZUS ZLA – nie otrzymał od lekarza druku ZUS ZLA w przypadku jego (pacjenta) niezdolności do pracy, ale otrzymał od lekarza zaświadczenie o tej niezdolności na innej dowolnej kartce papieru i nie uzyskał świadczeń pieniężnych z ZUS, może mieć uzasadnione roszczenie cywilno prawne wobec lekarza wynikające z niezyskania świadczeń z ZUS? Proszę o odpowiedź na to pytanie w trzech przypadkach:

dotyczących strajku i innych form akcji protestacyjnej

- 1) lekarz uczestniczy w akcji protestacyjnej ogłoszonej przez samorząd lekarski,
- 2) lekarz uczestniczy w strajku, którego jedną z form jest niewypełnianie druków ZUS ZLA, ogłoszonym i prowadzonym legalnie przez związek zawodowy,
- 3) lekarz nie wypisuje druków ZUS ZLA na znak „osobistego” protestu.

8 Czy lekarz, który uzyskał upoważnienie do wydawania druków ZUS ZLA, o którym mowa w art. 54 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, może **zrezygnować** z tego upoważnienia? Czy prawo przewiduje jakiś okres wypowiedzenia umowy lekarza z ZUS o wypisywanie druków ZUS ZLA?

9 Czy ZUS ma prawo nie przyjąć rezygnacji lekarza z posiadania upoważnienia do wydawania druków ZUS ZLA (innymi słowy, czy ZUS może zobowiązać lekarza do utrzymania posiadania upoważnienia raz nabytego?)

ODPOWIEDZI:

1 Lekarz nie ma obowiązku występowania do ZUS o upoważnienie go do wystawiania zaświadczeń lekarskich, o których mowa w art. 55 ustawy z dnia 25 marca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

2 Lekarz, który nie posiada upoważnienia ZUS do wystawiania zaświadczeń lekarskich jak w punkcie 1, jest pozbawiony tej tylko możliwości (tj. wystawiania zaświadczeń, o których mowa w art. 55 cytowanej ustawy), natomiast – poza tym – ma wszelkie uprawnienia wynikające z art. 2 ust. 1 i art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a mianowicie udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich.

3 Nieposiadanie przez lekarza upoważnienia do wydawania zaświadczeń lekarskich, o których mowa w art. 55 ustawy z dnia 25 marca 1999 r., nie oznacza, że lekarz ten wykonuje zawód niezgodnie z zasadami wykonywania zawodu lekarza.

4 Lekarz, który nie ma upoważnienia do wydawania zaświadczeń lekarskich, o których mowa w art. 55 ustawy z dnia 25 marca 1999 r., nie jest uprawniony do wydawania tych zaświadczeń.

5 Pacjent powinien być poinformowany o tym, że lekarz, który udziela mu świadczeń zdrowotnych nie ma upoważnienia do wydawania ww. zaświadczeń lekarskich, a zatem w przypadku niezdolności pacjenta do pracy z powodu choroby, nie otrzyma on stosownego zaświadczenia od tego lekarza.

6 Jeżeli pacjent skorzystał ze świadczeń lekarza nieuprawnionego do wydawania ww. zaświadczeń i nie otrzymał zaświadczenia o niezdolności do pracy na druku ZUS ZLA, lecz w innej formie,

a – w związku z tym – nie uzyskał świadczenia pieniężnego z ZUS-u, to:

- o ile wiedział o braku uprawnienia tego lekarza, nie ma z tego tytułu żadnych roszczeń,
- jeżeli nie był poinformowany o braku uprawnienia, w grę może wchodzić odpowiedzialność odszkodowawcza zakładu opieki zdrowotnej zatrudniającego lekarza, za poniesioną przez pacjenta szkodę.

7 Lekarz posiadający uprawnienie do wydawania zaświadczeń lekarskich o których mowa w art. 55 ustawy z dnia 25 marca 1999 r., jest obowiązany wystawiać te zaświadczenia na odpowiednim druku. Jeżeli jednak uczestniczy w strajku, lub w akcji protestacyjnej, której jedną z form jest niewypełnianie druków ZUS ZLA, (legalnie ogłoszonych i prowadzonych przez związek zawodowy) – to z uwagi na to, że istotą strajku lub akcji protestacyjnej jest powstrzymanie się od pracy w całości, bądź w części – lekarz nie ponosi odpowiedzialności odszkodowawczej wobec pacjenta za niewystawienie mu zaświadczenia lekarskiego na druku ZUS ZLA.

Natomiast, jeżeli lekarz nie wypisuje druków ZUS ZLA na znak „osobistego” protestu, nie uchyla to jego ewentualnej odpowiedzialności wobec zatrudniającego go pracodawcy na zasadzie art. 120 Kodeksu pracy.

8 Zgodnie z art. 54 ust. 3 w związku z art. 60 ust. 5 ustawy z dnia 25 marca 1999 r., ZUS udziela upoważnienia lekarzowi do wydawania zaświadczeń lekarskich w formie decyzji, do której stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego. Wobec powyższego – na zasadzie art. 155 Kpa decyzja ta może być w każdym razie za zgodą strony (poprzez oświadczenie złożone przez lekarza ZUS-owi) uchylona lub zmieniona.

9 Teoretycznie ZUS mógłby nie przychylić się do wniosku lekarza złożonego w trybie art. 155 Kpa, gdyż to ZUS – po zbadaniu czy za uchycieniem decyzji przemawia interes społeczny lub słuszny interes strony – ostatecznie decyduje w tej sprawie. Praktycznie trudno wyobrazić sobie odmowę uchycenia decyzji, gdy wnosi o to sam uprawniony. Nie bez znaczenia jest też, iż art. 60 ustawy z dnia 25 marca 1999 r., przewiduje sankcje w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich, polegające na tym, że ZUS może cofnąć uprawnienie do ich wystawiania na okres do 3 lub do 12 miesięcy.

W sprawie udziału ordynatorów w akcji protestacyjnej i strajku:

W nawiązaniu do przesłanego mi zapytania w sprawie sytuacji prawnej ordynatorów oddziałów szpitali w aspekcie akcji protestacyjnych, uprzejmie wyjaśniam, co następuje:

Rola ordynatora w działalności szpitala i leczenia pacjentów jest doniosła i wielostronna. Posiada on obowiązki i uprawnienia zarówno w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, jak i kierowania oddziałem, jako podstawową komórką organizacyjną szpitala, przy czym pracę ordynatora cechuje na ogół duża samodzielność w prowadzeniu oddziału.

Zestawienie opinii prawnych dotyczących strajku i innych

27 > Nie zmienia to faktu, że ordynator, jako kierownik średniego szczebla zarządzania, jest pracownikiem podporządkowanym – przynajmniej w zakresie funkcji zarządczych (administracyjnych i gospodarczych) – kierownikowi (dyrektorowi) szpitala, a niekiedy jego zastępcy. Zatem udział ordynatora w akcji protestacyjnej formalnie nie różni się od uczestnictwa w niej innych lekarzy. Oczywiście, z uwagi na wyżej wskazane zadania ordynatora w działaniu oddziału, możliwe jest ustalenie, przez organizatorów akcji protestacyjnej, dla ordynatora odmiennej od innych lekarzy roli w zapewnieniu funkcjonowania oddziału w zakresie nie objętym akcją protestacyjną.

W sprawie referendum strajkowego:

PYTANIE:

Jak należy rozumieć przepis art. 20 ust.1 ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych, który brzmi: „*Strajk zakładowy ogłasza organizacja związkowa po uzyskaniu zgody większości głosujących pracowników, jeżeli w głosowaniu wzięło udział co najmniej 50% pracowników zakładu pracy*”, w szczególności proszę o wyjaśnienie co oznacza pojęcie „50% pracowników zakładu pracy” w następujących przypadkach:

- 1) Spór zbiorowy z pracodawcą jest prowadzony wyłącznie przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, treść żądań dotyczy tylko lekarzy, strajk ma być prowadzony wyłącznie przez lekarzy,
- 2) W danym zakładzie pracy prowadzonych jest jednocześnie kilka sporów zbiorowych, każdy ze związków prowadzi własny spór z pracodawcą, każdy ze związków formuluje żądania dotyczące tych pracowników, których reprezentuje związek (np. OZZL – lekarzy), strajk jest organizowany przez każdy związek odrębnie i w strajku mają uczestniczyć tylko ci pracownicy, których reprezentuje związek zawodowy, który ogłasza strajk. Czy na odpowiedź na powyższe pytania ma wpływ, że związki zawodowe przedstawiają podobne lub identyczne żądania pracodawcy i czy ma wpływ fakt, że strajki ogłaszane przez poszczególne organizacje związkowe są przeprowadzane w tym samym czasie.
- 3) W danym zakładzie pracy prowadzony jest jeden spór zbiorowy z pracodawcą przez kilka, działających wspólnie związków zawodowych, treść żądań jest wspólna i dotyczy wszystkich pracowników zakładu, strajk ma być prowadzony przez wszystkich pracowników.

Generalnie pytanie dotyczy problemu, czy użyte w cytowanym przepisie pojęcie „pracownicy zakładu pracy” odnosi się do tych pracowników, których dotyczy spór zbiorowy i ewentualny strajk, czy wszystkich pracowników.

ODPOWIEDŹ

Odpowiadając na pytania Pana Przewodniczącego, zawarte w piśmie z dnia 4 bm., w sprawie interpretacji art. 20 ust. 1 ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych, uprzejmie wyjaśniam, że w tej kwestii poglądy w literaturze prawniczej nie są jednolite. Sformułowanie art. 20 ust. 1, że dla pozytywnego wyniku głosowania wymagany jest udział w nim co najmniej 50% pracowników zakładu, może świadczyć o słuszności poglądu, że głosowanie w sprawie strajku ma objąć wszystkich pracowników zakładu pracy.

Jednak funkcjonuje też pogląd odmienny, że – jeżeli nie cała załoga pozostaje w sporze – głosowanie ogranicza się do tej grupy, o której prawa lub interesy prowadzony jest spór zbiorowy (por. Henryk Lewandowski – komentarz do art. 20 ust. 1 – Lex Polonica). Stanowisko takie jest konsekwencją ustawowego ujęcia strajku. Według komentatora, którego stanowisko podzielam, strajk, a w tym i głosowanie w sprawie strajku, jest częścią systemu prawnego sporów zbiorowych, i wszystkie czynności warunkujące ważność strajku powinny być dokonane w granicach występowania sporu zbiorowego (na przykład o podwyżkę wynagrodzeń lekarzy). W rzeczywistości konieczność przeprowadzenia głosowania wśród wszystkich pracowników zakładu pracy, nie pozwoliłaby prawdopodobnie na zorganizowanie strajku, gdy spór zbiorowy obejmowałby stosunkowo nieliczną część załogi, na przykład pracowników jednego wydziału, czy jednej grupy zawodowej (w tym przypadku – lekarzy). Zatem zakres podmiotowy głosowania jest określony zasięgiem sporu zbiorowego, co oznacza, że w głosowaniu winno wziąć udział co najmniej 50% pracowników objętych sporem zbiorowym.

Przyjmując powyższe założenie:

1. w przypadku, gdy spór zbiorowy prowadzony przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy dotyczy żądań w sprawach podwyżki wynagrodzeń dla lekarzy i tylko lekarze mają strajkować, głosowanie winno objąć lekarzy,
2. w przypadku, gdy kilka związków zawodowych działających w zakładzie pracy prowadzi jednocześnie własne spory zbiorowe dotyczące – każdy z nich – żądań zgłoszonych na rzecz różnych grup pracowników, reprezentowanych przez te związki, głosowania winny odbyć się w poszczególnych grupach pracowników odnośnie do przeprowadzenia strajku przez każdą z tych grup w zakresie prowadzonego przez nią sporu zbiorowego, i to niezależnie od tego, czy inne związki proklamowały spór w tym samym czasie i o podobne żądania. (Co prawda powstaje pytanie o sensowność i skuteczność odrębnych działań kilku związków zawodowych, jeżeli w tym samym czasie występują one z podobnymi żądaniami),
3. w przypadku, gdy w zakładzie pracy prowadzony jest jeden spór zbiorowy przez kilka, działających wspólnie związków zawodowych, treść żądań jest wspólna, dotyczy wszystkich pracowników zakładu i przez wszystkich pracowników ma być prowadzony strajk, głosowanie powinno – oczywiście – objąć wszystkich pracowników.

W sprawie form strajku:

PYTANIA:

1 Czy lekarze mogą domagać się zapłaty za strajk (i ewentualnie w jakiej wysokości), jeżeli strajk nie będzie polegał na całkowitym powstrzymaniu się od pracy, ale na częściowym, na przykład strajk w postaci niewypełnienia pewnych druków lub dokumentów, zwolnień lekarskich, zaświadczeń itp., albo strajk „ostro dyżuru”, polegający na pracy jak w czasie ostrego dyżuru?

2 Czy – w świetle prawa – możliwe jest prowadzenie przez lekarzy takiego strajku w danym szpitalu, który polega na nieprzyjmowaniu nowych pacjentów i leczeniu tylko tych, którzy już są w szpitalu, przez co doprowadzi się do zamknięcia szpitala w ogóle (wskutek wypisania wszystkich chorych)? Proszę o odpowiedź

form akcji protestacyjnej

w odniesieniu do dwóch sytuacji: 1. szpital objęty strajkiem jest jednym z wielu w danym mieście, 2. szpital objęty strajkiem jest jedyny w danym mieście.

3 Czy lekarze, którzy uczestniczą w strajku w ten sposób, że powstrzymują się od pracy całkowicie (np. w strajku „ostro dyżurowym”, lekarze nie pełniący w danym dniu dyżuru), muszą przebywać w miejscu pracy (np. szpitalu), czy mogą być w tym czasie w domu?

ODPOWIEDZI:

1 Zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 23 maja 1991 r., o rozwiązywaniu sporów zbiorowych (Dz.U. Nr 55 poz. 236 ze zm.) strajk polega na zbiorowym powstrzymaniu się pracowników od wykonywania pracy. Zatem niewykonywanie niektórych tylko, pomocniczych czy też dodatkowych czynności, jak niewypełnianie pewnych druków lub dokumentów, zwolnień lekarskich, zaświadczeń itp. stanowi inne niż strajk formy akcji protestacyjnej, o których mowa w art. 25 ust. 1 cytowanej ustawy i nie powoduje utraty prawa do wynagrodzenia przewidzianej w art. 23 ust. 2 tejże ustawy. Natomiast lekarze, którzy w czasie strajku „ostro dyżurowego” polegającego na pracy jak w czasie ostrego dyżuru, w ogóle nie świadczą pracy, nie zachowują – w myśl powyższych przepisów – prawa do wynagrodzenia.

2 Rozpatrując kwestię, czy możliwe jest prowadzenie przez lekarzy w danym szpitalu takiego strajku, który polega na nierzytmowaniu nowych pacjentów i leczeniu tylko tych, którzy już są w szpitalu, należy mieć na uwadze treść art. 19 ust. 1 ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych. W myśl tego przepisu „Nie dopuszczalne jest zaprzestanie pracy w wyniku akcji strajkowych na stanowiskach pracy..., na których zaniechanie pracy zagraża życiu i zdrowiu ludzkiemu...” Niemożliwe jest, bez przeprowadzenia jakiegokolwiek procedury, uznanie, że nieprzyjęcie osoby skierowanej do szpitala nie zagraża jej zdrowiu, bądź życiu. Wykluczałoby to możliwość przeprowadzenia takiej formy akcji strajkowej w przypadku, gdy jest to jedyny szpital w mieście.

Wydaje się natomiast, że możliwe byłoby zastosowanie tej formy akcji strajkowej, jeżeli szpital jest jednym z wielu w danym mieście, pod warunkiem zadbania o odpowiednie uprzedzenie zainteresowanych, by nie kierowali pacjentów do tego szpitala. Nie wystąpiłaby wówczas bowiem sytuacja opisana w art. 19 ust. 1 ustawy.

3 Lekarze całkowicie powstrzymujący się od pracy w czasie strajku „ostro dyżurowego”, którzy zadeklarowali udział w strajku, nie muszą w czasie strajku przebywać w miejscu pracy. Pracodawca winien być poinformowany, że nieobecność w miejscu pracy wynika z udziału w akcji strajkowej ze względu na treść art. 23 ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych.

(Art. 23.1. Udział pracownika w strajku zorganizowanym zgodnie z przepisami ustawy nie stanowi naruszenia obowiązków pracowniczych.)

2. W okresie strajku zorganizowanego zgodnie z przepisami ustawy pracownik zachowuje prawo do świadczeń z ubezpieczenia społecznego oraz uprawnień ze stosunku pracy, z wyjątkiem prawa do wynagrodzenia. Okres przerwy w wykonywaniu pracy wlicza się do okresu zatrudnienia w zakładzie pracy.)

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

DOMÓW / POKWITOWANIE DLA POCZTY / BANKU

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

DOMÓW / POKWITOWANIE DLA POCZTY / BANKU

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

DOMÓW / POKWITOWANIE DLA POCZTY / BANKU



Przypominamy o składkach na rzecz OIL w Szczecinie

Zgodnie z Uchwałą nr 69/03/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 grudnia 2003 r. 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
- nieosiągający przychodu z tytułu wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty lub z innego źródła zarobkowania
- emeryt (rencista) nie wykonujący zawodu lekarza lub lekarza dentysty

Lekarz, lekarz dentysta nieosiągający 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”.

Projekt społeczny USTAWY o opieki zdrowotnej ze środków Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy

Art. 1. Ustawa określa źródła finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

2. Celem ustawy jest dostosowanie poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych do minimalnych standardów Unii Europejskiej.

Art. 2. W rozumieniu niniejszej ustawy określenie „świadczenia opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych” oznacza świadczenia, o których mowa w art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 3. Źródłami finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych są, w rozumieniu niniejszej ustawy:

- 1) środki, o których mowa w art. 116. ust.1 pkt 1 – 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) budżet państwa.

Art. 4. Wydatki budżetu państwa, o których mowa w art. 3 pkt 2 ustala się corocznie w ustawie budżetowej w wysokości nie niższej niż różnica między 6,5% Produktu Krajowego Brutto z roku poprzedniego, a kwotą środków, o których mowa w art. 3 pkt 1 z roku poprzedniego.

Art. 5. Środki wymienione w art. 4 uzupełniają przychody Narodowego Funduszu Zdrowia, wymienione w art. 116 ust. 1 pkt 8. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 6. Wysokość odsetka Produktu Krajowego Brutto, o którym mowa w art. 4 wynosi:

- 1) w odniesieniu do ustawy budżetowej na rok 2007 – 5,5
- 2) w odniesieniu do ustawy budżetowej na rok 2008 – 6,0,

Art. 7. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Uzasadnienie projektu ustawy

W polskim systemie opieki zdrowotnej istnieje ogromny rozdział między zakresem świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych a ilością tych środków. Co więcej, w ostatnich kilkunastu latach zakres ten stale się rozszerza, a ilość środków – liczonych odsetkiem PKB – stale maleje i jest obecnie najmniejsza w Unii Europejskiej. Minimalnym poziomem nakładów na opiekę zdrowotną finansowaną ze środków publicznych w państwach UE jest 6% PKB. W Polsce nakłady te wynoszą w ostatnich latach poniżej 3,9% PKB. Celem niniejszej ustawy jest doprowadzenie do osiągnięcia minimalnych standardów europejskich w tym zakresie. Ze względu na to, że głównym źródłem środków publicznych na ochronę zdrowia jest powszechne ubezpieczenie zdrowotne (PUZ), ustawa – nie chcąc ingerować w istniejący stan prawny dotyczący PUZ – wprowadza dodatkowe źródło finansowania świadczeń zdrowotnych w postaci dopłaty z budżetu państwa. Dopłata ta powinna być równa różnicy między ilością środków pozostających w dyspozycji PUZ, a pożądaną kwotą 6% PKB. Ze względów technicznych w ustawie odnie-

finansowaniu świadczeń publicznych

siono się do wartości PKB z roku poprzedniego (w stosunku do przygotowywanej ustawy budżetowej) i dlatego ustalono wartość odsetka PKB na 6,5. Wzięto pod uwagę, że przewidywane tempo wzrostu PKB będzie wynosiło ok. 10% rocznie, stąd konieczność ok. dziesięcioprocentowego wzrostu wskaźnika z roku poprzedniego. Dopłata z budżetu państwa będzie stanowiła uzupełnienie przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia i środki te będą podlegały takim samym zasadom alokacji, jak pozostałe środki Funduszu. Przewidziano 3-letni okres przejściowy, w którym nastąpi dojście do oczekiwanego poziomu nakładów na opiekę zdrowotną ze środków publicznych.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja.

Projektowana ustawa odnosi się do wydatków budżetu państwa.

2. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych.

Przepisy projektowanej ustawy będą miały wpływ na budżet państwa. Ustawa przewiduje dopłaty z budżetu państwa do PUZ w kwocie ok. 20 mld złotych rocznie w warunkach dzisiejszych. Potrzebne środki można uzyskać rezygnując z tych wydatków budżetowych i parabudżetowych, które nie służą celom ogólnospołecznym (jak opieka zdrowotna) np. poprzez likwidację różnych fundacji, agencji i funduszy, przywilejów grupowych i zawodowych, dopłat do przedsiębiorstw, a także przez ograniczenie zbędnej administracji, co będzie możliwe przez uproszczenie przepisów dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej, przepisów podatkowych i prywatyzację wielu dziedzin z zakresu usług społecznych. Spodziewany rozwój sektora ochrony zdrowia w wyniku jego dofinansowania, może w zamian zwiększyć dochody państwa z podatków bezpośrednich i pośrednich, trudny jednak do oszacowania.

3. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Regulacje objęte projektem ustawy mogą mieć pozytywny wpływ na rynek pracy, poprzez to, że zwiększone finansowanie ochrony zdrowia wpłynie na znaczny rozwój sektora.

4. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowana ustawa, sprzyjając rozwojowi opieki zdrowotnej, spowoduje, że usługi zdrowotne w Polsce mogą stać się „towarem eksportowym”.

5. Wpływ regulacji na sytuację rozwój regionów.

Regulacje zaproponowane w projekcie ustawy mogą mieć pozytywny wpływ na sytuację i rozwój gospodarczy regionów, bo otwierają perspektywy b. ważnego sektora gospodarki, jakim jest ochrona zdrowia.

6. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

Projektowana ustawa przyczyni się do lepszego dostępu obywateli do opieki zdrowotnej, przez co poprawi się sytuacja zdrowotna społeczeństwa. ■

Skarga Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy do Komisji Europejskiej w sprawie dyżurów medycznych

Skarga dotyczy niewykonania przez Rzeczpospolitą Polską zobowiązania z art. 249 i art. 10 TWE, polegającego na niepełnym implementowaniu do krajowego porządku prawnego dyrektywy Rady Nr 93/104/WE z dnia 23 listopada 1993 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy i dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2003/88/WE z dnia 4 listopada 2003 r., dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy.

Dyrektywa Nr 2003/88/WE zastąpiła dyrektywę Nr 93/104/WE, termin implementacji której upłynął dnia 23 listopada 1996 r., a w stosunku do RP – w dniu 1 maja 2004 r., z chwilą przystąpienia Polski do UE. Dyrektywa Nr 2003/88/WE weszła w życie w dniu 2 sierpnia 2004 r., ale mimo uchylecia dyrektywy Nr 93/104/WE, utrzymane zostały w mocy terminy transpozycji tej dyrektywy do wewnętrznego porządku prawnego państw członkowskich (art. 27 ust. 1 dyrektywy w zw. z częścią B załącznika I). Wobec powyższego, już od dnia wejścia w życie dyrektywy Nr 2003/88/WE przepisy Państw Członkowskich powinny być z nią zgodne.

Niepełna implementacja powyższych dyrektyw przez Polskę polega na niedostosowaniu przepisów prawa krajowego – ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991 r. Nr 91, poz. 408), w zakresie regulacji czasu pracy lekarzy, do zasad wyrażonych w tych dyrektywach.

Pracodawca jest uprawniony do żądania od pracownika – lekarza pełnienia dyżurów w powyższym wymiarze na podstawie art. 32j ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991 r. Nr 91, poz. 408). Przepis art. 32j ustawy o ZOZ ma następującą treść:

§ 1. Lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być zobowiązani do pełnienia w tym zakładzie dyżuru medycznego.

2. Czasu pełnienia dyżuru, o którym mowa w ust. 1, nie wlicza się do czasu pracy.

3. Liczba dyżurów medycznych pełnionych przez osobę wymienioną w ust. 1 nie może przekraczać 2 tygodniowo i 8 miesięcznie.

4. Za każdą godzinę dyżuru medycznego, poza przypadkami, o których mowa w ust. 5, przysługuje wynagrodzenie w wysokości co najmniej 130% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego.

5. W przypadku dyżuru pełnionego w porze nocnej za każdą godzinę przysługuje wynagrodzenie w wysokości co najmniej 165% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, zaś w przypadku dyżu-

Skarga Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy do

ru pełnionego w niedziele i święta oraz dni dodatkowo wolne od pracy – co najmniej 200% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, bez względu na porę pełnienia dyżuru.

6. Godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego oblicza się, dzieląc miesięczną stawkę wynagrodzenia zasadniczego wynikającą z osobistego zaseregowania pracownika przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu.

7. Za czas pełnienia dyżuru medycznego **nie przysługuje czas wolny od pracy**. W uzasadnionych przypadkach ordynator (kierownik) może zwolnić pracownika z części dnia pracy, po zakończonym dyżurze, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.

8. Zasad wynagradzania, o których mowa w ust. 4 i 5, nie stosuje się do lekarzy stażystów, których zasady wynagradzania określają odrębne przepisy.

Powyższy przepis jest niezgodny z dyrektywami UE – dyrektywą Rady Nr 93/104/WE z dnia 23 listopada 1993 r. dotyczącą niektórych aspektów organizacji czasu pracy i dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 2003/88/WE z dnia 4 listopada 2003 r., dotyczącą niektórych aspektów organizacji czasu pracy, które to dyrektywy Polska była obowiązana wprowadzić do krajowego porządku prawnego z racji swojego członkostwa w UE.

Uregulowanie przyjęte w art. 32j ustawy o ZOZ pozostaje w sprzeczności przede wszystkim z art. 2 pkt 1 dyrektyw Nr 93/104/WE i Nr 2003/88/WE, które nakazują za czas pracy uznawać każdy okres, podczas którego pracownik pracuje, jest do dyspozycji pracodawcy i wypełnia swe czynności lub obowiązki, zgodnie z przepisami krajowymi i/lub praktyką krajową. Prawo europejskie nakazuje uznawać za czas pracy również czas dyżuru, niezależnie od tego, czy pracownik świadczy pracę podczas tego dyżuru. Uznanie czasu dyżuru medycznego za czas pracy powoduje, że czas pracy lekarza, pełniącego dyżury medyczne, jest sumą godzin przepracowanych w normalnym trybie i sumą godzin dyżurów pełnionych przez lekarza w danym okresie rozliczeniowym. W konsekwencji, niezależnie od tego, czy lekarz wykonuje swoją „normalną” pracę, czy pełni dyżur – zastosowanie powinny znaleźć przepisy art. 3, art. 5, art. 6 dyrektyw Nr 93/104/WE i Nr 2003/88/WE, które nakazują zapewnić pracownikowi minimalny czas odpoczynku w ilości 11 nieprzerwanych godzin w okresie obejmującym 24 godziny, minimalny czas przerwy w pracy w okresie tygodniowym w wymiarze 24 godzin łącznie z dziennym czasem przerwy w pracy w ilości 11 godzin oraz wprowadzają wymóg, aby przeciętny czas pracy pracownika w okresie siedmiodniowym, łącznie z godzinami nadliczbowymi, nie przekraczał 48 godzin. Obowiązujący w polskim porządku prawnym przepis art. 32j ustawy o ZOZ wyklucza skorzystanie przez pracowników – lekarzy z powyższych praw pracowniczych. Niezaliczenie czasu dyżuru do czasu pracy przy jednoczesnym wyłączeniu możliwości żądania czasu wolnego w zamian za czas dyżuru oraz brak wyznaczenia minimalnych okresów odpoczynku pozbawia lekarzy powyższych uprawnień wynikających z dyrektyw UE dotyczących czasu pracy pracowników zarówno co do maksymalnego tygodniowego czasu pracy jak i minimalnych okresów odpoczynku.

Należy zdać sobie sprawę z faktu, że Polska mogła przewidzieć odstępstwa od stosowania niektórych przepisów powyższych dyrektyw

na mocy ich art. 17 (m.in. odstępstwa mogą dotyczyć organizacji czasu pracy w szpitalach), jednakże w żadnym wypadku ustawodawca nie może wyłączyć uprawnień pracownika wynikającego z art. 6 obu dyrektyw, tj. uprawnień do 48-godzinnego (wraz z godzinami nadliczbowymi) tygodnia pracy.

W przedmiocie czasu pracy lekarzy i bezpośredniego skutku dyrektyw UE regulujących ten czas pracy kilkakrotnie wypowiedział się Europejski Trybunał Sprawiedliwości (orzeczenie *Simap* z dnia 3 października 2000 r., sygn. C-303/98; orzeczeniu w sprawie *Jaeger* z dnia 9 września 2003 r., sygn. C-151/02; orzeczenie *Dellas* z dnia 1 grudnia 2005 r., sygn. C-14/04). Zgodnie z konsekwentnym poglądem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości za czas pracy uznaje się czas, podczas którego pracownik pracuje, będąc do dyspozycji pracodawcy, a „czas pracy” jest przeciwstawiony „czasowi wolnemu”, przy czym dyrektywa nie przewiduje sytuacji, w której zakresy tych dwóch pojęć miałyby nakładać się na siebie. W konkluzji Trybunał doszedł do jednoznacznego wniosku, że w przypadku pełnienia przez lekarza dyżuru w miejscu pracy, czas tego dyżuru należy zaliczyć do czasu pracy, nawet jeśli faktyczne wykonywanie czynności zawodowych jest uzależnione od konkretnych okoliczności, które wystąpią podczas pełnienia tego dyżuru. W konsekwencji Trybunał uznał, że czas pełnienia dyżuru może również mieć charakter godzin nadliczbowych, o których mowa w art. 6 dyrektywy Nr 93/104/WE.

W powyższych orzeczeniach ETS wyraźnie podkreślił, że definicja „czasu pracy” zawarta w dyrektywie, mimo iż odsyła do przepisów krajowych lub praktyki krajowej, nie oznacza, że państwa członkowskie są upoważnione do samodzielnego określania zakresu tego pojęcia. ETS stwierdził więc, że na mocy regulacji wewnętrznych nie mogą zostać pracownikowi odebrane prawa, które mu przysługują zgodnie z dyrektywą. W konsekwencji ETS ponownie uznał, że czas pełnienia przez lekarza dyżuru w szpitalu należy zaliczyć w pełni do czasu pracy, niezależnie od tego czy podczas tego dyżuru pracownik podejmował czynności zawodowe i w jakim zakresie. W konsekwencji, zdaniem Trybunału art. 3 i art. 6 dyrektywy wyłącza zastosowanie przepisów krajowych, pozwalających na pełnienie dyżuru przez lekarza bezpośrednio po czasie wykonywania pracy albo pozwalających, ze względu na nieuznanie czasu dyżuru za czas pracy, na wydłużenie czasu pracy ponad 48 godzin w tygodniu (paragraf 79 uzasadnienia).

Obowiązki w wewnętrznym polskim porządku prawnym art. 32j ustawy o ZOZ, wyłączającego z pojęcia czasu pracy czas dyżuru (podczas którego pracownik jest fizycznie obecny na terenie szpitala – pracodawcy) stoi więc w ewidentnej sprzeczności z europejską definicją czasu pracy, przyjętą w dyrektywach Nr 93/104/WE i Nr 2003/88/WE, przez co nagminnie łamane są prawa pracownicze lekarzy, którzy bez prawa do dodatkowego czasu wypoczynku są zobowiązani świadczyć dyżury (w tym również dyżury nocne i świąteczne) na terenie szpitala, a czas pełnienia dyżuru, nawet jeśli lekarz przez cały czas dyżuru pełni swoje obowiązki, nie jest wliczany do czasu pracy. W związku z powyższym nawet pełnienie 24-godzinnego dyżuru dwa razy w tygodniu nie uzasadnia przyznania pracownikowi dodatkowego czasu wypoczynku. Utrzymanie aktualnie obowiązującego w Polsce porządku prawnego w zakresie czasu pracy lekarzy prowadzi do tego, że jako lekarz jestem „legalnie zobowiązany” do świad-

Komisji Europejskiej w sprawie dyżurów medycznych cd.

czenia pracy (na dyżurze) nawet w wymiarze 48 godzin tygodniowo, co sprawia, że mój tygodniowy czas pracy może ulec wydłużeniu nawet do 88 godzin.

W konsekwencji należy stwierdzić, że art. 32j ust. 1 – 2 i ust. 7 w zakresie w jakim wyklucza uznanie czasu pełnienia dyżuru przez lekarza za czas pracy i wyłącza możliwość udzielenia pracownikowi czasu wolnego w zamian za czas pełnienia dyżuru pozostaje w sprzeczności z art. 2 ust. 1, art. 3 i art. 5 – 6 dyrektyw Nr 93/104/WE i Nr 2003/88/WE. Zaistnienie powyższej sprzeczności pomiędzy przepisem prawa krajowego a przepisami prawa wspólnotowego pozwala na stwierdzenie, że Polska uchybiła swoim zobowiązaniom wynikającym z członostwa w Unii Europejskiej, a w szczególności nie dopełniła obowiązku zapewnienia by krajowe przepisy prawne były zgodne z celami określonymi w dyrektywach Nr 93/104/WE i Nr 2003/88/WE.

Zdaniem wnioskodawcy Rzeczpospolita Polska, nie wprowadzając w pełni do wewnętrznego porządku prawnego dyrektywy Nr 93/104/WE i Nr 2003/88/WE (poprzez nieuchylenie niezgodnych z nią przepisów ustawy o ZOZ), dopuściła się naruszenia art. 10 i art. 249 TWE, nakładających na Państwa Członkowskie zobowiązanie do podjęcia wszelkich właściwych środków w celu wprowadzenia do przepisów prawa krajowego takich rozwiązań legislacyjnych, które będą zgodne z celami określonymi w powyższych dyrektywach. Termin wprowadzenia dyrektywy Nr 93/104/WE (zastąpionej następnie dyrektywą Nr 2003/88/WE) upłynął w stosunku do Polski z dniem 1 maja 2004 r., wobec tego stan sprzeczności pomiędzy wewnętrznym porządkiem prawnym a prawem wspólnotowym utrzymuje się już ponad 2 lata, co uzasadnia podjęcie w stosunku do polskich organów prawodawczych środków dyscyplinujących, pozwalających na wyeliminowanie wyżej omówionej niezgodności.

Dodatkowo należy wskazać, że również powszechne prawo pracy regulujące czas pracy pracowników, nie jest w pełni zgodne z prawem UE, gdyż art. 151⁵ § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. 1998 r. Nr 21, poz. 94) stanowi, że „czasu dyżuru nie wlicza się do czasu pracy, jeżeli podczas dyżuru pracownik nie wykonywał pracy”. Taka definicja czasu pracy jest również niezgodna z dyrektywą Nr 93/104/WE, jak to wskazał ETS we wszystkich omówionych wyżej orzeczeniach (w szczególności w sprawie *Jaeger*). W konsekwencji należy uznać, że również Kodeks pracy (dalej: k.p.), mimo iż nowelizowany w związku z przystąpieniem RP do UE, nie spełnia standardów europejskich w zakresie czasu pracy, wyznaczonych dyrektywami Nr 93/104/WE i Nr 2003/88/WE. Ustawodawca polski stworzył bowiem kategorię pośrednią pomiędzy czasem pracy a czasem odpoczynku – czas dyżuru podczas którego pracownik nie wykonywał pracy. Ten czas dyżuru nie jest zaliczany do czasu pracy, zatem w myśl art. 151⁵ § 2 k.p. tygodniowy czas pracy i dyżuru (w czasie którego pracownik nie wykonywał pracy) może przekroczyć 48 godzin, co jest niedopuszczalne w świetle art. 6 dyrektyw Nr 93/104/WE i Nr 2003/88/WE.

W chwili obecnej toczy się postępowanie w indywidualnej sprawie jednego z członków Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy – p. Czesława Misia, który 14 lipca 2004 r. wniósł do Sądu Rejonowego w Nowym Sączu Wydział IV Pracy pozew o nakazanie Szpitalowi

Specjalistycznemu im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu udzielenia mu czasu wolnego w zamian za ponadnormatywną pracę z uwzględnieniem pracy w porze nocnej za okres od 1 maja 2004 r. do dnia 30 września 2004 r., powołując się na bezpośrednią skuteczność dyrektyw Nr 93/104/WE i Nr 2003/88/WE. Sąd Rejonowy w Nowym Sączu wyrokiem z dnia 22 listopada 2004 r., sygn. IV P 796/04, oddalił powództwo, wskazując, że w sprawie nie znajdują zastosowania przepisy art. 6 i 17 dyrektywy Rady z dnia 23 listopada 1993 r. Nr 93/104/WE ani przepisy art. 6 i art. 17 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. Nr 2003/88/WE.

Powód zaskarżył powyższe orzeczenie, zarzucając mu przede wszystkim naruszenie zasady prymatu prawa wspólnotowego nad prawem wewnętrznym państw członkowskich przez zastosowanie w przedmiotowej sprawie art. 32j ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, a odmowę zastosowania prawa wspólnotowego, tj. art. 3-6, art. 8 oraz art. 16-17 dyrektywy 2003/88/WE, która zastąpiła dyrektywę Nr 93/104/WE.

Sąd Okręgowy zaskarżonym wyrokiem z dnia 31 maja 2005 r. oddalił apelację powoda. Mimo iż w uzasadnieniu powyższego orzeczenia Sąd Okręgowy podkreślił trafność wywodów apelacji, w szczególności co do bezpośredniego skutku dyrektyw Nr 93/104/WE i Nr 2003/88/WE, ich obowiązywania w okresie za który powód domaga się udzielenia czasu wolnego i zasadności uznania Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej za emanację państwa, Sąd Okręgowy stwierdził, zaprzeczając całkowicie wcześniejszym rozważaniom, że nie jest dopuszczalne nakazanie stronie pozwanej udzielenia czasu wolnego powodowi ze względu na fakt, iż otrzymał on wynagrodzenie za wykonaną pracę ponadnormatywną zgodnie z przepisami ustawy o ZOZ. Ponadto zdaniem Sądu Okręgowego udzielenie czasu wolnego jest niemożliwe ze względu na brzmienie Kodeksu pracy, który przewiduje możliwość udzielenia czasu wolnego za czas przepracowany w godzinach nadliczbowych jedynie wówczas, gdy pracownikowi nie przysługuje dodatek za taką pracę (str. 6 uzasadnienia). Sąd Okręgowy, mimo iż przyznał, że dyrektywy powinny być w sprawie bezpośrednio zastosowane, nie przeanalizował w ogóle brzmienia przepisów tych dyrektyw i praw, jakie te przepisy przyznają pracownikowi, ale oddalił apelację powoda, z powołaniem się na przepisy prawa wewnętrznego, a to ustawę o ZOZ i k.p.

Od powyższego orzeczenia p. Czesław Miś dnia 7 września 2005 r. wniósł skargę kasacyjną do Sądu Najwyższego (SN), wnosząc o zwrócenie się przez ten Sąd do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości na wypadek gdyby rozstrzygnięcie sprawy zależało od dokonania interpretacji prawa wspólnotowego przez ETS.

Do chwili obecnej powód nie otrzymał decyzji o przyjęciu skargi do rozpoznania.

Ponadto Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy wnioskował o uznanie art. 32j ustawy o ZOZ za niezgodny z Konstytucją, jednak Trybunał Konstytucyjny nie przychylił się do stanowiska Związku i wyrokiem z dnia 24 października 2000 r., sygn. K 12./2000 uznał powyższy przepis za zgodny z Konstytucją. ■

Historia szpitala na

Iwona Spalczyńska

Tradycje lecznictwa na Gołębnie mają długą historię. Już Henrich Berghaus w XIX wieku pisał o tych terenach jako o „perełce wśród podszczecińskich miejscowości” pod względem zasobów naturalnych. Dzielnica ta posiadała dwa zakłady wodolecznicze. Pierwszy, Kaltwasserheilanstalt, założony został przez doktora Scharlausa ze Szczecina. Mieścił się na terenie obecnego szpitala onkologicznego. Gustaw Scharlau żył w latach 1839–1914, był doktorem medycyny i tajnym radcą sanitarnym. Po jego śmierci zakład zlikwidowano, ale ze względu na dużą liczbę pacjentów otwarty został następny, noszący nazwę Bergquell. Zakład ten położony był 100 m n.p.m. Wodę, której używano w celach leczniczych, czerpano z płynącego tam źródła. Bergquell stanowił kompleks czterech budynków. Był więc dużym obiektem sanatoryjnym. Do dzisiaj zachował się tylko jeden budynek, w którym obecnie funkcjonuje hospicjum.

Szpital na Gołębnie został wybudowany w 1910 roku przez powiat Randow. Obszar, na którym go wybudowano, stanowił wcześniej teren kościoła. Szpital posiadał w głównym budynku 40 łóżek dla



chorych oraz budynek dodatkowy, w którym mieściło się 20 łóżek dla pacjentów z chorobami zakaźnymi. Na terenie szpitala znajdowała się maszynownia i pralnia, mieszkanie dla naczelnego lekarza oraz kostnica z przybudówką, подарowaną przez gminę Gołęcino (Frauendorf) „do wspólnego stosowania, gdy zajdzie taka potrzeba”. Woda dla szpitala była pobierana ze studni obok istniejącego sana-

torium Bergquell. Szpital miał także doprowadzoną elektryczność. Zaraz po I wojnie światowej myślano o powiększeniu szpitala. Jednak ze względu na brak funduszy na rozbudowę budynku, dla jego potrzeb wynajęto dodatkowe zabudowania. Użytkowano tam miejsca dla kolejnych 64 chorych. Opieka nad nimi była utrudniona ze względu na dużą odległość od macierzystego budynku. Dlatego w 1921 roku wykorzystano możliwość odkupienia sanatorium Bergquell i szpital przejął cztery istniejące tam budynki. Sytuacja szpitala uległa poprawie, lecz ilość miejsc wciąż była niewystarczająca. Brakowało specjalistycznych oddziałów z dobrym wyposażeniem. Dlatego na głównym placu, obok bloku dla zakaźnie chorych, stanął wkrótce nowy budynek szpitala z 42 łóżkami. Budynek ten został postawiony zgodnie z najnowszymi trendami dotyczącymi zachowania higieny i wykończony z użyciem najlepszych materiałów. Po wybudowaniu go w całej placówce można było leczyć już 352 chorych.

Oprócz lekarza naczelnego w szpitalu pracowało pięciu innych lekarzy oraz praktykant medyczny, a także 40 pielęgniarek ze stowarzyszenia Sióstr Oj-



Goleńcinie

czyźnianych, utworzonego przy Czerwonym Krzyżu. Siedziba stowarzyszenia mieściła się przy dzisiejszej ul. Strzałowskiej 16 (Bergstraße). Pewną niedogodnością było rozdzielenie szpitala na dwie części, jednak był on przygotowany do dalszej rozbudowy. W latach trzydziestych XX wieku szpital na Goleńcinie posiadał jak na owe czasy najwyższej jakości wyposażenie. Leczono w nim wówczas między innymi choroby nowotworowe, do czego szpital był przygotowany dzięki zapewnieniom władz powiatu o sukcesywnym uzupełnianiu ilości radu.

Po II wojnie światowej szpital na Goleńcinie został uruchomiony już w czerwcu 1945 roku, jeszcze pod administracją niemiecką, przez lekarzy, którzy pod koniec maja wrócili do Szczecina z Greifswaldu. Ponieważ północne dzielnice nadodrzańskie zostały przejęte przez władze polskie dopiero 4 października 1945 roku, szpital na Goleńcinie do tego czasu był obsadzony przez personel niemiecki. Pierwszym polskim dyrektorem po II wojnie światowej był dr Włodzimierz Gilewicz, który uzyskał dyplom lekarza w 1929 r. Wraz z dyrektorem Gilewiczem pracę rozpoczęła grupa 24 osób personelu polskiego oraz 34 osoby narodowości niemieckiej.

Według zapisów niemieckiej księgi chorych szpital na Goleńcinie działał niemal cały czas. Brak było jedynie notatek z ostatnich dni kwietnia, z okresu walk o Szczecin. Szpital przyjmował prawie wyłącznie zakaźnie chorych i dopiero po



przejęciu go przez Polaków zaczęto przyjmować pacjentów z innymi dolegliwościami. W chwili obejmowania go, szpital był w znacznym stopniu zniszczony. Na początku 1947 roku stał się szpitalem ogólnym o podstawowych profilach. W 1947 roku w Szczecinie, ze względu na wysokie koszty utrzymania trzech szpitali o łącznej liczbie 511 łóżek, dwóch miejskich ośrodków zdrowia, karetki pogotowia i nielicznych agend miejskich służby zdrowia, szukano sposobów ich obniżenia. Stare budynki szpitali miejskich wymagały remontów. To wszystko spowodowało, że komisja zdrowia wystąpiła z wnioskiem o likwidację szpitala miejskiego na Goleńcinie z dniem 30 czerwca 1947 roku. Decyzję tę jednak odwołano.

W latach siedemdziesiątych w Szczecinie pozostawał nierozwiązany problem szpitalnictwa na poziomie podstawowym. Szpital na Goleńcinie, jako miejska placówka dla osób dorosłych, nie spełniał swojego zadania w wystarczającym stopniu, a po zmianie struktury organizacyjnej

służby zdrowia i po powstaniu zespołów opieki zdrowotnej został w 1977 roku włączony do Szpitala Wojewódzkiego. Kolejne adaptacje i reorganizacje doprowadziły do przekształcenia szpitala od 1979 roku w ośrodek specjalistyczny zajmujący się leczeniem chorób nowotworowych, co było wówczas jednym z najbardziej palących problemów szczecińskiej służby zdrowia. Mimo nie najlepszych warunków lokalnych, posiadał on bogate wyposażenie i związał się z prężnym zespołem Kliniki Radioterapii PAM, co pozwoliło na stworzenie ośrodka dobrze spełniającego swoje trudne zadania.

W latach siedemdziesiątych, wobec narastającego problemu zachorowalności na nowotwory, rozpoczęto budowę obiektu przeznaczonego na Oddział Radioterapii. Zainicjowano również budowę budynku, w którym mieści się dzisiaj Oddział Chirurgii. Budowę i wyposażenie budynku radioterapii zakończono w 1980 roku i od tego czasu szpital nosił nazwę „Specjalistyczny Szpital Onkologiczny”. Funkcję tę pełni do dzisiaj.



LISTY DO REDAKCJI

Nie będzie łatwo

Studiowałam (1965–71) na Wydziale Lekarskim Pomorskiej Akademii Medycznej. Podaję nazwę uczelni, bo podobno neologizm, zamiast PAM, ma pojawić się z przyrodą i biologią w tle. Na pierwszym spotkaniu Prof. St. Zajączek widząc sfeminizowaną salę wykładową spytał: po co przyszłyście? W białym fartuchu chodzi także kosmetyczka i fryzjerka. To są bardzo pożyteczne zawody. Miał rację. Mimo to, większość z uporem twierdziła, że zawsze marzyła o zawodzie lekarza. W okresie młodzieńczym ma się z reguły inne marzenia. Jest się niedojrzałym. Może właśnie ów infantylnym połączeniu z masochizmem psychicznym pozwolił na ukończenie studiów. Z „oblanym” egzaminem z powodu np. nieznaności ilości dziurek w sitku od prysznic. Po zdaniu egzaminów z psychiatrii, z pomocą promotora Prof. J.M. Horodnickiego napisałam pracę o wpływie psychopatologicznym alkoholu na sprawców zabójstw. Rozczuliłiśmy się z jednym z recenzentów, Prof. Wł. Parafiniukiem. Pan Profesor badał bo-wiem ofiary, a ja ich sprawców. Obrona odbyła się bez zakłóceń.

Pracuję w Centrum Psychiatrycznym. Czytam m.in. „Vox Medici”. I wpadam w kompleksy. Nie gram w tenisa ani w golfa, a Koledzy osiągają permanentne sukcesy, o czym piszą. Nie jestem dentystką, a o nich stale czytamy. W rozpacz wpędzają mnie ogłoszenia o pracy w Niemczech, bo nie znam języka Schillera i Goethego.

Ale ostatni numer 2/153 „Vox Medici” z kwietnia 2006 r. poruszył mnie. Pomijam okładkę, która dobrze mi się kojarzy.

Panowie, spokojnie... Pan dr W. Jagielski został wybrany przewodniczącym ORL w październiku 2005 r. Chyba świadomie zgodził się kandydować. Również świadomie optowała za Nim grupa osób wybierających Go. W marcu 2006 r. Pan dr W. Jagielski rezygnuje, bo nie widzi możliwości dalszej współpracy z większością Rady i z Prezydium ORL. I uzasadnia to. Nie znam

Pana dr W. Jagielskiego. Zaszczycił swoją osobą spotkanie organizowane zimą br. przez miesięcznik środowisk prawniczych „In gremio”. Wówczas głosu też nie zabierał, ale czy musiał? I tak po spotkaniu prawnicy twierdzili, że głównie rozmawiamy o pieniądzach. W cytowanym „Vox Medici” równoległe z rezygnacją P. dr W. Jagielskiego są refleksje nowego przewodniczącego ORL P. dr J. Podolskiego.

Parafrazując Pana – nie będzie łatwo i przyjemnie. Ale, znowu powołując się na Pana, miejmy nadzieję, że P. dr W. Jagielski nie reprezentował interesów tzw. ciemnej strony mocy. Nie miał wizji funkcjonowania Izby Lekarskiej? Zapewne miał, jak każdy. Najchętniej by nic nie robił? To chyba katatymiczna nadinterpretacja. Dwie Izby „rozdają karty”, „grupa internetowa” zaprowadza swoje porządki itd. Prosimy bardzo.

Panie przewodniczący, ma Pan rację. Musimy walczyć o godność zawodu lekarza. Wykonywanego m.in. w instytucjach państwowych, gdzie nierzadko mamy opinię osób przyjmujących korzyści majątkowe, źle diagnozujących, niewłaściwie leczących, uprawiających polipragmatyzm diagnostyczny i leczniczą, traktujących pacjenta przedmiotowo. Spóźniamy się do pracy, wcześniej wychodzimy, zostawiamy tampony w narkach wewnętrznych, operujemy i jeździmy karetką pod wpływem alkoholu, handlujemy zwłokami ludzkimi itd. Jesteśmy wielkościami, impertynency, ignorującymi pacjenta, wyznaczający tygodniowe kolejki na przyjęcie chorych. W działalności prywatnej też cudów nie osiągamy. Pacjenci są rozczarowani, wydają pieniądze nie otrzymując pokwitowania, lekarze nie mają kas fiskalnych, a podobno mieć powinni, stosując dumping. Ci sami chorzy wracają do instytucji państwowych, opowiadają o swoich złych doświadczeniach z leczenia w gabinecie prywatnym, piszą do solidaryzujących się zawodowo izb lekarskich lub walczą z powództwa cywilnego, o co się da.

Górnik, z całym szacunkiem, pokrzyczy, potłucze, pojedzie do stolicy i wywalczy. Służba zdrowia nie potłucze, natomiast od lat „mobilizowana” jest do pracy niemal komunalami. Państwo dało wam wykształcenie, składaliście przysięgę Hipokratesa, taski nie robicie, leczycie musicie, nikt nie zmuszał was do pracy w tym zawodzie. A wy jeszcze strajkujecie, domagacie się podwyżek, grozicie odejściem od łóżek chorego. Czy leci z nami biedny lekarz?

Ktoś powie, że służba zdrowia jest przystawionym dzieckiem do bicia, że wszystkiemu winien brak funduszy na tę służbę, stąd pauperyzacja zawodu lekarza, pielęgniarki itd. Nie do końca. Fatalne komentarze o nas nie tworzą się bez pokrycia. Zapewne są osoby, które zawodu lekarza wykonywać nie powinny, nie bądźmy bezkrytyczni. Fakt nieistnienia lobby medycznego, rozproszenia środowiska lekarskiego również nie zostaje bez znaczenia.

Ale spójrzmy na nasze kłopoty jeszcze inaczej. Każdy człowiek chce być wolny, niezależny i decydować o sobie. Nikt nie chce być uzależniony od kogoś. Zwłaszcza odnośnie tego, co dla człowieka najważniejsze. Każdy chce samostanowić o swoim zdrowiu i życiu. Przekonanie, że ktoś o moim zdrowiu decyduje, wywołuje w nas podświadomą wrogość do tego człowieka. Bo jestem od niego uzależniony. A więc nie jestem wolny. Równocześnie będąc uzależnionym, oczekuję od tego człowieka maksymalnego oddania. Bo chodzi o mnie, o moje zdrowie, życie. Dlatego, tak, czy inaczej, wywołujemy agresję. Społeczeństwo toleruje nas, bo uważa, że musi. Ale jak może, to nam przyłoży. My natomiast zawsze pozostaniemy tzw. „służbą”, która jest potrzebna, ale nie wymaga szacunku. I nie liczymy na zmiany rewolucyjne, bo ich nie będzie.

Do moich przeświadczeń Koleżanek: Marysi Ilnickiej-Mądry i Ani Waleckiej: nie ma naszego tableau na ścianach budynku przy ul. Rybackiej. Po prostu tkwimy gdzieś w piwnicach. Czas umierać.

dr n. med. Ewa Kramarz

Podziękowanie

Jestem tegoroczną absolwentką Uniwersytetu Szczecińskiego, a dokładniej Instytutu Kultury Fizycznej. Tematem mojej pracy magisterskiej była aktywność fizyczna lekarzy stomatologów w Szczecinie, zaś inspiracją do jej napisania moja mama – dentystka. Na przełomie stycznia i lutego br. przeprowadziłam badania wśród szcześcińskich stomatologów pytając ich o zdrowie, tryb życia i o uprawiane sporty. Odwiedziłam prywatne gabinety, przychodnie, a nawet jednostkę wojskową. W każdym z tych miejsc spotkałam się z dużą sympatią ze strony dentystów, którzy w większości przypadków chętnie wypełniali anonimowe ankiety.

Dziękuję serdecznie wszystkim lekarzom stomatologom za pomoc i życzliwość oraz za to, że mogłam zrealizować swój cel.

PS. Pracę magisterską obroniłam na ocenę bardzo dobrą.

mgr Agnieszka Przetak

Gratulacje

Bardzo pozytywna zmiana na biuletynie, i to nie tylko ze względu na szatę graficzną. Nareszcie ważne sprawy środowiska są aktywnie wspierane przez Izbę Lekarską i widać żywą dyskusję na łamach. I co za ulga, że nie dominują – nieznośne już – obeszne relacje z wycieczek i zawodów sportowych, jakby już naprawdę nie było o czym pisać. Cieszę się z tych zmian i trzymam kciuki.

Katarzyna Kwiecień

Bydgoszcz, dnia 11 maja 2006 r.

Komunikat o powołaniu Krajowego Komitetu Strajkowego Lekarzy

Prezydium Zarządu Krajowego OZZL podjęło w dniu 11 maja 2006r. uchwałę o powołaniu **Krajowego Komitetu Strajkowego Lekarzy**. W skład Komitetu wchodzi członkowie Prezydium ZK OZZL oraz **przedstawiciele każdego zakładu opieki zdrowotnej, w którym organizacja zakładowa OZZL prowadzi strajk** (albo wspólny reprezentant kilku zakładów, jeśli tak zdecydują).

Celem Komitetu będzie koordynacja akcji strajkowej w całym kraju, wymiana informacji i doświadczeń oraz stworzenie jednej reprezentacji strajkujących lekarzy do rozmów z Rządem RP w sprawach, które przekraczają kompetencje dyrektorów szpitali.

Pierwsze posiedzenie Krajowego Komitetu Strajkowego Lekarzy odbędzie się w dniu 19 maja 2006 r. w Łodzi. Godzina i miejsce spotkania zostaną podane w terminie późniejszym.

W imieniu Zarządu Krajowego OZZL
Krzysztof Bukiel – przewodniczący Zarządu

Bydgoszcz, 26 maja 2006 r.

Pan Grzegorz Jankowski
Redaktor naczelny gazety Fakt
02-672 Warszawa ul. Domaniewska 52
tel. 022 232 02 00, fax 022 232 55 11
e-mail: redakcja@eFakt.pl

Szanowny Panie Redaktorze,

W związku z publikacją w kierowanej przez pana gazecie, w dniu 25 maja 2006 wizerunków i nazwisk strajkujących legalnie lekarzy i nazwanie ich terrorystami, Zarząd Krajowy OZZL stwierdza, iż incydent ten nosi znamiona przestępstwa zdefiniowanego w art. 212 Kodeksu Karnego, ściganego z oskarżenia prywatnego.

Zarząd Krajowy OZZL udzieli wszelkiej potrzebnej pomocy lekarzom, którzy wystąpią na drogę sądową przeciwko określonym dziennikarzom lub wydawcy gazety.

Zarząd Krajowy OZZL zwrócił się do Rady Etyki Mediów z prośbą o ocenę wspomnianego incydentu.

Zarząd Krajowy OZZL z niepokojem obserwuje nasilające się ataki niektórych osób i środowisk na lekarzy, którzy podjęli starania o naprawę systemu opieki zdrowotnej w Polsce i o przewyciężenie spuścizny komunizmu w służbie zdrowia. Jednym z elementów tej spuścizny jest zaplanowana pauperyzacja personelu medycznego, mająca na celu poniżenie osób, cieszących się wysokim prestiżem społecznym. Okupanci Polski – w przeszłości – zawsze uderzali, przede wszystkim, w elity społeczne. W tym kontekście, ataki na polskich lekarzy – gazety, której wydawcą jest niemiecki właściciel są szczególnie niestosowne.

Zarząd Krajowy OZZL domaga się publikacji w kierowanej przez pana gazecie prośbin wobec wymienionych w „artykule” lekarzy.

W imieniu Zarządu Krajowego OZZL
Krzysztof Bukiel – przewodniczący ZK

Bydgoszcz, dnia 29 maja 2006 r.

Szanowny Pan
Dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw
Obywatelskich

Szanowny Panie Doktorze,

Zwracam się do Pana zainspirowany pańskimi wypowiedziami o ograniczaniu dostępu do świadczeń zdrowotnych przez strajkujących lekarzy (na podstawie doniesień prasowych).

Proszę o odpowiedź na następujące pytanie: Czy – w Rzeczypospolitej Polskiej – łamanie praw obywatelskich przez państwo jest bardziej dozwolone, a może bardziej usprawiedliwione, czy mniej dotkliwe dla obywateli niż łamanie tych praw przez osoby prywatne? Na to pytanie trzeba sobie odpowiedzieć, jeśli chce się uczciwie ocenić postępowanie strajkujących – od jakiegoś czasu – polskich lekarzy.

Niedawno minister sprawiedliwości Zbigniew Ziobro polecił wszczęcie śledztwa w sprawie wyzysku w jednej z sieci sklepów, prowadzonych przez zagranicznego właściciela. Minister stwierdził wówczas, iż jest wiele symptomów iż w sieci tej „działa zaplanowana machina niemal niewolniczej pracy”. Powiedział też, iż „Są korporacje, których jedynym celem jest zysk, a prawa człowieka są w niej nieważne. Nie możemy pozwolić, żeby Polska była traktowana jak kraj trzeciego świata” (cytaty za doniesieniami prasowymi). „Cała Polska” i wszyscy politycy kibicowali pracownikom tej sieci sklepów, którzy odważyli się przeciwstawić wyzyskowi.

Tymczasem istnieje w Polsce „przedsiębiorstwo państwo-służba zdrowia” (tak symbolicznie nazywam system opieki zdrowotnej w Polsce, bo jest on całkowicie zależny od państwa), o którym można śmiało powiedzieć, że działa tam zaplanowana machina niemal niewolniczej pracy, a prawa człowieka są w nim nieważne. Dowodem na to może być fakt, iż wysokiej klasy specjalista, który w innych działach gospodarki otrzymuje wynagrodzenie od kilku do nawet kilkunastu „średnich krajowych”, w „przedsiębiorstwie państwowym służba zdrowia” osiąga płacę w wysokości od _ do _ średniego wynagrodzenia w kraju. Innym symptomem istniejącego wyzysku i łamania praw człowieka jest niestosowanie przepisów o czasie pracy. Ci „biali niewolnicy” są zmuszani do świadczenia pracy nawet przez 55 godzin bez przerwy i 300, niekiedy 400 godzin miesięcznie lub spychani są do szarej strefy. Coraz powszechniejsze jest również tzw. samozatrudnienie, dzięki któremu – kosztem swojej emerytury – specjaliści zatrudnieni w służbie zdrowia doraźnie poprawiają swoje dochody.

Jak to się dzieje, że ci sami politycy, którzy wszczynają śledztwo w sprawie wyzysku w prywatnej sieci sklepów, przyzwalają na wyzysk w państwowej służbie zdrowia, a je-

śli straszą prokuratorem, to nie tych co wyzyskują, ale tych, co przeciw wyzyskowi się zbuntowali?

Pretekstem do działań represyjnych wobec strajkujących lekarzy ma być stworzenie przez nich zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. To zagrożenie miałoby rzekomo powstać przez ograniczenie pracy 10-15% szpitali w Polsce, funkcjonujących w czasie strajku w trybie zbliżonym do tzw. ostrego dyżuru. Ponownie nasuwa się to samo pytanie: dlaczego z takim srogim osądem polityków i niektórych innych osób publicznych spotyka się tak minimalne ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych spowodowane przez prywatne osoby (co ważne, walczące o swoje obywatelskie prawa), a z nadwyzajną pobłażliwością traktowane jest ograniczanie dostępu do leczenia, na o wiele większą, wręcz – masową skalę, dokonywane przez państwo.

Państwo odpowiada bowiem w Polsce za stworzenie takiego systemu opieki zdrowotnej, w którym znaczna część osób potrzebujących leczenia, nigdy go nie otrzyma. Politycy zadowolają się jedynie deklaracjami o powszechnym i bezpłatnym lecznictwie, ale nie robią nic aby z tych deklaracji się wywiązać. Polska, w której praktycznie wszystkie świadczenia zdrowotne są finansowane ze środków publicznych, a ich współfinansowanie ze środków prywatnych jest zakazane, przeznaczają na opiekę zdrowotną najmniejszy odsetek PKB ze wszystkich państw UE. Co więcej przez ostatnich kilkanaście lat odsetek ten malał. Na początku lat 90. ub. wieku wynosił nawet 5,1% PKB, a ostatnio poniżej 3,9% PKB. Trudno przy tym uzasadnić ten spadek nadwyzajnymi okolicznościami. Stały za tym konkretne polityczne decyzje i priorytety: dofinansowanie banków (w dzisiejszych cenach ponad 40 mld zł), permanentna restrukturyzacja, czyli w istocie dofinansowanie górnictwa (od początku transformacji ustrojowej szacowana na ok. 90 mld zł), coroczne dofinansowanie PKP, innych przedsiębiorstw państwowych, które przecież nie rozdają swoich produktów, jak służba zdrowia, tylko je sprzedają. Jeśli dodać do tego stałą rozbudowę administracji, stworzenie wielu parabudżetowych funduszy, agencji, fundacji, których sensu istnienia trudno się doszukać, to widać wyraźnie, że niedofinansowanie służby zdrowia nie jest przypadkowe czy nieuniknione, ale świadome i celowe, a decyzję o tym podjęli konkretni ludzie. Efektem tego niedofinansowania jest administracyjne limitowanie świadczeń, powodujące kolejki do leczenia, które dla wielu kończą się śmiercią, a dla większości są też przedłużeniem cierpienia. „Ubočnym” efektem takiego finansowania służby zdrowia jest wyzysk personelu medycznego, co powoduje nie tylko nasilającą się emigrację zarobkową, ale i stałe obniżanie jakości pracy tych, co pozostali (bo muszą dorobić, bo są zmęczeni, bo nie mają pieniędzy i czasu na szkolenie).

Państwo, nie wywiązujące się z obowiązku, które samo na siebie wzięło (zapewnienia wszystkim obywatelom bezpłatnej opieki zdrowotnej bez ograniczeń) nie dopuszcza również aby obywatele w sposób legalny współfinansowali swoje leczenie. Obywatel nie może w Polsce dopłacić ze swojej kie-

szeni, aby skrócić kolejkę do leczenia, nawet wtedy, gdy szpitale publiczne mają „wolne moce przerobowe”, bo ustalone limity wykorzystaty już dawno. Może, co najwyżej zapłacić 100% ceny tak, jakby w ogóle nie płać na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Innymi słowy musi się leczyć „za darmo”, nawet gdyby miał od tego „leczenia” umrzeć, albo musi zapłacić 100% ceny, jakby nie był ubezpieczony. Taki stan rzeczy jest tolerowany, a nawet chwalony przez polityków..., chyba, że ktoś z ich grona znajdzie się w podobnej sytuacji. Powszechnie znany jest niedawny przypadek jednego z posłów PSL, który – jeśli spojrzeć na to z punktu widzenia prawa – uratował swoje życie nielegalnie, bo „przeskoczył” kolejkę w publicznym szpitalu. Mimo tej lekcji, politycy nadal opowiadają się za utrzymaniem bezwzględnej „bezpłatności” świadczeń zdrowotnych i sprzeciwiają się zalegalizowaniu jakichkolwiek dopłat do leczenia ze środków prywatnych. Robią to z pełną świadomością, iż uchwalane przez nich nakłady publiczne na opiekę zdrowotną są skrajnie za małe, aby tę bezpłatność wszystkim i w każdej potrzebie zapewnić. Z pełną świadomością zatem opowiadają się za limitowaniem świadczeń zdrowotnych, czyli ich administracyjnym ograniczaniem i skazywaniem wielu ludzi na śmierć. Dzieje się to wbrew powszechnie wyrażanemu wśród obywateli pogładowi, że lepiej jest wprowadzić współpłacenie za niektóre świadczenia zdrowotne niż te świadczenia limitować (odnosi się to zwłaszcza do świadczeń najważniejszych). Taki wynik uzyskano w badaniu opinii publicznej, przeprowadzonym przez Sopotką Pracownię Badań Społecznych w listopadzie 2005 r. na zlecenie OZZL. Podobny wynik uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Instytut Pentor w czerwcu/lipcu 2004 r. Oba badania przesyłamy Panu w załączeniu.

Polscy lekarze, w tym zwłaszcza skupieni w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Lekarzy od lat protestują przeciwko tym patologiom. Nie tylko protestują, ale zgłaszają propozycje konkretnych rozwiązań. Ślady tej działalności powinny również być w korespondencji do Rzecznika Praw Obywatelskich. Ostatnią naszą inicjatywą było zbudowanie porozumienia wielu opiniotwórczych środowisk, zarówno ze służby zdrowia i spoza niej, które opowiedziały się za jednym wspólnym programem zmian w polskiej ochronie zdrowia. Udało nam się skupić prawie 20 takich organizacji, w tym tak ważne jak: Naczelna Rada Lekarska, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych, Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali, Izba Gospodarcza „Medycyna Polska”, Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, OZZL, a także funkcjonujące poza służbą zdrowia, jak Centrum im. Adama Smitha, Konfederacja Pracodawców Polskich, stowarzyszenie Transparency International Polska i inne. Nie ma w Polsce drugiego tak kompetentnego i kompletnego zespołu ekspertów, oglądających służbę zdrowia z różnych punktów. Na podstawie uzgodnionego programu powstał nawet projekt konkretnej ustawy (o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym), autorstwa OZZL. O tych działaniach informowaliśmy szeroko

polityków, również koalicji rządzącej. Skierowaliśmy nawet odrębny list do Premiera Kazimierza Marcinkiewicza z propozycją zapoznania się z naszą inicjatywą i stworzenia zespołu programowego, który by ten dorobek uwzględnił. Wyrażaliśmy obawy, że zlekceważenie naszego stanowiska doprowadzi w krótkim czasie do niepokojów wśród pracowników opieki zdrowotnej, którzy nie widzą dla siebie perspektyw.

Niestety nie doczekaliśmy się jakiegokolwiek odpowiedzi. Demokracja w Polsce działa w ten sposób, iż rządzący zajmują się określonym problemem dopiero wtedy, gdy występuje tzw. niepokój społeczny. To on, i widmo spadających słupków poparcia może ich zmobilizować do zajęcia się sprawami, które w innym przypadku nie interesują ich wcale. Tak jest również w odniesieniu do służby zdrowia. Dlatego musieliśmy wywołać „niepokój społeczny”. Lekarze polscy rozpoczęli strajk nie tylko dlatego, że źle zarabiają. My chcemy doprowadzić do powstania w Polsce racjonalnego, sprawiedliwego systemu opieki zdrowotnej, aby pacjenci otrzymywali pomoc, której potrzebują, bez kolejek, szarej strefy lub korupcji, a personel medyczny, aby był sprawiedliwie wynagradzany. Zbudowanie takiego systemu jest możliwe, chociaż nie jest łatwe. Wymaga bowiem od każdej ze stron: państwa, obywateli, służby zdrowia – pewnych wyrzeczeń. Lekarze są gotowi na te wyrzeczenia. Chcemy się poddać rynkowej konkurencji i weryfikacji naszych umiejętności przez pacjentów. Nie chcemy się jednak dalej godzić na wyzysk dokonywany przez państwo, w imię utopijnej ideologii lub różnych politycznych celów.

Protest lekarzy polskich trzeba też widzieć w innym świetle. Dla nas jest to ciągle jeszcze walka ze spuścizną komunizmu w Polsce. Niskie płace personelu medycznego w PRL nie były przypadkiem. Służba zdrowia nie była priorytetem dla partii komunistycznej, podobnie jak i inne dziedziny, które służyły pojedynczemu człowiekowi, a nie wzmacniały siły państwa. Dochodził tutaj jeszcze jeden czynnik: celowa pauperyzacja i poniżenie inteligencji, cieszącej się wysokim poważaniem społecznym i mogącej odegrać opiniotwórczą rolę w społeczeństwie, które przecież należało zniewolić. Nic więc dziwnego, że w instrukcji NKWD dla ambasad radzieckich w podbitych krajach Europy napisano, między innymi: „9. Doprowadzić do tego, aby pracownicy na stanowiskach państwowych (z wyjątkiem służb ścigania i pracowników przemysłu wydobywczego) otrzymywali niskie pobory. Dotyczy to w szczególności służby zdrowia, wymiaru sprawiedliwości, oświaty i kierowników różnych szczebli” (cytat za tygodnikiem „Nasza Polska” nr 29 z 20 lipca 2004r.). Podobnie okupant hitlerowski uderzał przede wszystkim w inteligencję, widząc w tym najpewniejszy sposób dezintegracji narodu. Jeśli więc dzisiaj obserwujemy taki atak ze strony rządzących w stosunku do lekarzy, którzy domagają się sprawiedliwych wynagrodzeń, a jednocześnie słyszymy od tych samych rządzących o konieczności zerwania z resztkami komunizmu w Polsce i przeprowadzenia narodowej odnowy, to my tego nie rozumiemy.

39 >

Ten nieprzyjazny, czy nawet wrogi – wobec lekarzy – ton wypowiedzi niektórych polityków zachęcił kilka gazet do wywołania prawdziwej nagonki na lekarzy. Jesteśmy świadkami seansów nienawiści, podsycania najbardziej prymitywnych ludzkich instynktów: zawiści, zazdrości, pogardy dla innych, i – wręcz – zachęcania do agresji wobec lekarzy. Formułowane są kłamliwe zarzuty, wyczerpujące znamiona przestępstwa, łamane jest prawo konkretnych lekarzy do dobrego imienia i do prywatności. Prawa te mieszczą się w katalogu praw obywatelskich. Mamy nadzieję na odpowiednią i zdecydowaną reakcję Rzecznika Praw Obywatelskich w tej sprawie. Na marginesie można zadać pytanie: czy tak szkodliwa działalność tych gazet, niszcząca więzi społeczne i demoralizująca nie uderza w społeczeństwo jako całość?

Pretekstem do „zaostrzenia kursu” wobec protestujących lekarzy stało się w ostatnich dniach nieprzyjęcie przez strajkujących propozycji rządowych, jako wystarczającego powodu, aby zakończyć strajk. Przedstawiciele Rządu przedstawiali te propozycje jako wielkie ustępstwo wobec lekarzy i spełnienie ich postulatów. W naszej ocenie więcej w nich propagandy niż faktycznych „ustępstw”. Propozycje są niekonkretne, niekiedy wzajemnie sprzeczne, a przede wszystkim dalece niewystarczające aby naprawić system opieki zdrowotnej w kraju. Nie możemy również przyjąć, iż są to „ustępstwa wobec lekarzy”. Lekarze w Polsce nie potrzebują pomocy państwa, aby się utrzymać. Potrafimy na siebie zarobić. To państwo zobowiązało się wobec swoich obywateli, że zapewni im odpowiednią pomoc medyczną – bez ograniczeń i bezpłatnie. Wynagrodzenia dla lekarzy są jedynie fragmentem tego zobowiązania. Nie będzie bowiem świadczeń zdrowotnych, gdy nie będzie wykonawców tych świadczeń. Bardziej szczegółową oceną propozycji rządowych przedstawiamy w oświadczeniu, sporządzonym specjalnie z tej okazji. Oświadczenie to przesyłamy Panu w załączeniu.

Strajkujący lekarze nie chcą dalszej eskalacji konfliktów i niepokoju. Zwróciliśmy się do rządzących o dialog. Musi to być jednak dialog merytoryczny, prowadzony nie tylko z poszanowaniem partnera, ale przede wszystkim z poszanowaniem prawdy. My nie boimy się ani prawdy, ani merytorycznych argumentów. Jesteśmy gotowi poddać się weryfikacji w tym względzie każdej bezstronnej osobie. Zapraszamy Pana Doktora na świadka i mediatora naszych rozmów z rządzącymi.

Z wyrazami szacunku

Zarząd Krajowy
Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego Lekarzy
i Krajowy Komitet Strajkowy
Lekarzy

Krzysztof Bukiel
– przewodniczący OZZL

Bydgoszcz, dnia 26 maja 2006r.

Szanowny Pan
Ludwik Dorn
Wicepremier RP

LIST OTWARTY

Szanowny Panie Premierze,

Zwracamy się do Pana z prośbą o spotkanie z reprezentacją strajkujących lekarzy. Pańskie wypowiedzi i działania odnoszące się do strajków lekarzy są dla nas szczególnie bolesne i niezrozumiałe. Nasz protest jest bowiem skierowany nie przeciwko rządowi, ani określonym politykom, ale przeciwko spuściznie komunizmu w polskiej służbie zdrowia. Jednym z elementów tej spuścizny jest celowa pauperyzacja lekarzy, mająca na celu пониżenie osób, cieszących się wysokim prestiżem społecznym. Tak działali w przeszłości ci, którzy chcieli Polsce zaszkodzić, zwłaszcza okupanci sowieccy i nazistowscy, którzy uderzali przede wszystkim w polską inteligencję.

My nie chcemy żadnych przywilejów. Nie chcemy żyć na cudzy koszt. Chcemy jedynie sprawiedliwego systemu opieki zdrowotnej, w którym pacjent otrzyma odpowiednią pomoc medyczną, a personel medyczny będzie sprawiedliwie wynagradzany. Zgadzamy się poddać rygorom konkurencji i rynku. Zgadzamy się, aby o naszych wynagrodzeniach decydowali pacjenci i ich ocena naszej pracy.

Może bezpośrednie spotkanie Pana Premiera z reprezentacją strajkujących lekarzy pozwoli na wyjaśnienie nieporozumień, które są źródłem wielu niepotrzebnych ataków na polskich lekarzy.

Przesyłamy wyrazy szacunku

W imieniu Krajowego Komitetu
Strajkowego i Zarządu Krajowego
OZZL

Krzysztof Bukiel
– przewodniczący OZZL

R E K L A M A

LOKUM nieruchomości
zaprasza Klientów do biura
przy ul. Mazowieckiej
(za LOT-em na al. Wyzwolenia w prawo)

- dysponujemy bogatą bazą danych
- prowadzimy doradztwo prawne
- pośredniczymy przy udzielaniu kredytów hipotecznych
- przyjmujemy zgłoszenia nieruchomości do sprzedaży – prowizja negocjowana

Rabaty dla lekarzy i dentystów

telefony do biura:
**(091) 489 02 80, (091) 812 30 88, 0605 44 32 52
0607 45 13 18, 0888 10 10 12**

Zjazd Wydziału Lekarskiego PAM rocznik 1975-1981

Drogie Koleżanki i Koledzy w bieżącym roku mija 25 lat od uzyskania przez nas dyplomu lekarza medycyny. Najwyższy więc czas na kolejne spotkanie!

Zaplanowaliśmy je na **6-8.10.2006 r.** Miejscem spotkania tradycyjnie już będzie **hotel „Rybak”** zlokalizowany w Międzyzdrojach przy Promenadzie Gwiazd 36. Koszt uczestnictwa **360 PLN** (nie obejmuje opłaty parkingowej).

Pieniądze prosimy wpłacać do dnia 15 lipca 2006 r. na konto:

Sławomir Żółtowski PKO BP o/ Szczecin 53 1020 4795 0000 9102 0052 1161.

Zgłoszenia oraz wszelkie pytania prosimy kierować na adresy e-mail lub pod numerami telefonów:

slawekzoltowski@wp.pl – tel. 0601090807

grazynadurska@wp.pl – tel. 0603390488

torbea@wp.pl – tel. 0601776108

Planujemy wydania w formie płyty CD informacji o nas w związku z czym prosimy Was o przesłanie swoich adresów e-mail.

Zapraszamy lekarzy zainteresowanych pracą w Wielkiej Brytanii:

Lekarzom Rodzinnym oferujemy:

- pełnienie dyżurów weekendowych tj. out-of-hours GP (tzw. wyjazdy weekendowe)
- prace in-hours tj. w przychodni rejonowej tygodni lub dwa w miesiącu
- zatrudnienie stałe

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
Tel: +44 1409 221 999
<http://www.cherrytreebase.com>



LOKALE

■ Indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, mieszcząca się w Szczecinie przy ul. Felczaka (obok Urzędu Miejskiego) posiada wolny gabinet lekarski do wynajęcia z możliwością także podnajmu na godziny. Wiadomość: tel: 0 606 234 000 lub po 21 tel: 812 62 34

■ Pomieszczenia w centrum Polic nadające się do ad-

ptacji na gabinety lekarskie wydzierżawię lub sprzedam. Wiadomość tel 0 601 152 096.

■ Wynajmę 4 gabinety lekarskie lub całość piętra w pawilonie przy ul. Goleniowskiej (róg ul. Wrzesińskiej) w Szczecinie Dąbiu. W budynku zlokalizowana jest apteka. Tel. 503148920

PRACA

■ Szpital Miejski w Szczecinie pilnie poszukuje do pracy w Oddziale Chorób Wewnętrznych na zasadzie umowy cywilnoprawnej lekarza internisty.

■ N.Z.O.Z „Leks” Nowogard, zatrudni lekarza do pracy w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Zapewniamy bardzo dobre warunki finansowe. Kontakt telefoniczny 693-368-894.

■ Zatrudnię lekarza stomatologa Szczecin, tel. 0501 078 328.

■ Okulistę zatrudnię w salonie optycznym w Szczecinie na Prawobrzeżu, tel. 0501 156 430.

■ Lekarza stomatologa zatrudnię. Nowa Sól woj. lubuskie. Bardzo dobre warunki pracy (RVG, mikroskop, ciekła gutaperka) i płacy. Oferuję mieszkanie. Kontakt 068 3875941, 509 791 401- Halina Malinowska-Rewers.

REMONTY OD A DO Z

O FIRMIE

Drodzy klienci, mamy przyjemność przedstawić Państwu naszą firmę działającą na terenie województwa zachodnio-pomorskiego (Szczecin i okolice). Dysponujemy ponad 15 letnim doświadczeniem w branży usług remontowo-budowlanych, zarówno w kraju jak i zagranicą. Zawsze staramy się dostosować ofertę do potrzeb klienta. Profesjonalnie doradzamy w zakresie wyboru materiałów jak metod. Stosujemy zarówno klasyczne jak najnowsze technologie.

Jesteśmy solidni, bierzemy odpowiedzialność za terminowość i jakość naszych usług.

Cenę ustalamy kierując się zdrowym rozsądkiem, pracochłonnością i jakością wykonywanych usług.

Nasze motto to „ Najlepsza jakość za rozsądną cenę”

Serdecznie zapraszamy do zapoznania się z całością naszej oferty. Zainteresowanych zachęcamy do współpracy i prosimy o kontakt z nami.

ZAKRES USŁUG

Wykonujemy usługi remontowo-budowlane w zakresie:

Suchej zabudowy wewnątrz w tym:

- ściany działowe • sufitry podwieszane proste, łukowe oraz niestandardowe • poddasza - docieplenia • wszelkiego rodzaju niestandardowe zabudowy

Prace malarskie:

- szpachlowanie • malowanie • tapetowanie • tynki ozdobne • wszelkiego rodzaju techniki malarskie

Montujemy: okna, drzwi

Łazienki doradzamy w zakresie rodzaju materiałów i kolorystyki wnętrza

- układamy glazurę, terakotę, marmurem • wykonujemy biały montaż

KONTAKT

Robert Podgórski

ul. Piotra Skargi 49/2, 71-422 Szczecin, tel./fax 91 45 39 620, tel. kom. 509 902 510, robertpodgorski@poczta.fm





**Zadławiony
protestem**

**Ratownictwo
medyczne**



Medycyna ratunkowa



**Komitet Redakcyjny
„Vox Medici”**

przeprasza

**panią doktor
Agnieszkę Borowiec-Cinzer**

**za umieszczenie jej fotografii
w dziale satyrycznym
i opatrzenie tej fotografii
podpisem bez uzgodnienia tego
z panią doktor.**



Twoje zyski rosną wiosną!



Aparat SONY
Cyber-shot S600



iPod nano



Odtwarzacz MP3
Philips SA 157

Gwarantowane oprocentowanie 6% na lokacie z funduszami inwestycyjnymi.

Ale to nie wszystko! Otwórz Konto Osobiste Citibank, przelewej 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 ułokowanych w ramach oferty specjalnej. Jednostki uczestnictwa funduszy nie są depozytem bankowym. Inwestycje w fundusze są obarczone 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 S.A. Fundusze nie są gwarantowane przez Skarb Państwa lub jakiegokolwiek instytucje rządowe. 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