

BIULETYN INFORMACYJNY nr 6 (138) • POZNAŃ, CZERWIEC 2006



ISSN 1233-2216

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



A nam nie jest Titicaca!
Katarzyna i Piotr Dylewiczowie

Protest lekarzy
10 maja – Warszawa

Diagnoza wstępna

Spis treści

PROTEST



Rozszerza się protest lekarzy. Nic więc dziwnego, że jest to temat dominujący we wszystkich spotkaniach oficjalnych i towarzyskich, także na ostatnim posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej. Piszemy o tym dalej. Drukujemy również ważne stanowiska w tej sprawie.

Dla postronnego obserwatora rzecz wydaje się absurdalna: oto lekarze strajkowali, bo chcieli lepiej zarabiać i żeby w ogóle było więcej pieniędzy na zdrowie. Rząd im to obiecał, a oni nadal nie chcą wrócić do pracy. O co więc tu chodzi? Część dziennikarzy pisze, że lekarze nie potrafią się opamiętać, że przekroczyli wszelkie granice, bo protest odbywa się kosztem pacjentów, że ciągle im mało, że to skandal, a nawet, że lekarze są terrorystami, którzy z chorych dzieci uczynili zakładników...

Rząd i minister Religa obiecali – to prawda. Ale właśnie tylko obiecali. Nie pokazano przekonująco, że pieniądze faktycznie będą i jak rząd zamierza je wygospodarować, pomijając już fakt, że ma ich być mniej niż chcieliśmy. Nakłania się więc nas, żebyśmy wierzyli w gołosłowne obietnice. To po pierwsze.

Po drugie, wszyscy słyszeli, że 30% podwyżki miało być już od jesieni. Teraz w rządzie mówi się o 1 stycznia 2007 r. Im bliżej terminów realizacji, tym większe rozmydlenie obietnic? Jak zawsze? Jak jednak w takim wypadku można obietnice brać za dobrą monetę?

I jeszcze jedno. W prasie opinie na nasz temat są różne. Pojawiają się relacje obiektywne, ale są też teksty tendencyjne, takie jakie znamy od lat, starające się lekarzy zdyskredytować, poniżyć i pokazać jako nieodpowiedzialnych, domagających się nie wiadomo jakich pieniędzy. Jeżeli więc w jednych gazetach nazywa się lekarzy terrorystami, a w innych się nas broni, to nie wiem, czy te drugie opowiadają się za nami, czy występują przeciw rządowi...

W tym numerze publikujemy obszerny tekst poświęcony analizie zarobków lekarzy. Nie jest to budująca lektura. Ten artykuł powinni przeczytać wszyscy lekarze, ale przede wszystkim ci, którzy protestów lekarzy nie rozumieją albo udają, że nie rozumieją...

Andrzej Baszkowski

Posiedzenie Rady Okręgowej 4

Protest lekarzy trwa 5

Na jakie zarobki lekarzy
stać Polskę 11

Lewo – prawo
– RAZEM – marsz! 15

A nam nie jest Titicaca! 16

Kto rządzi w szpitalu 18

Niezwykły Gość 22

Nowa siedziba Pogotowia
Ratunkowego w Poznaniu 23

List do redakcji 24

SHORT CUTS 25

Peryskop 29

Fraszki 30

Posiedzenie Rady Okręgowej z 28 kwietnia 2006 r.



WOJCIECH
BUXAKOWSKI

Zebrań prowadził przewodniczący RO Stefan Sobczyński. Na wstępie omówił przygotowania i zakres protestu przygotowywanego na 10.05.06 r. W tej sprawie RO podjęła uchwałę, zalecającą wszystkim członkom WIL przystąpienie do protestu.

Sprawy osobowe

Podjęto uchwały w kilku sprawach. Ze względu na poufny charakter nie zostały one przedstawione w omówieniu.

Dyskusja na temat terminu Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy

XXIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w trybie uchwały zobliłgował ORL do zwołania Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy

w celu zatwierdzenia sprawozdania finansowego i wykonania budżetu za rok 2005. Nie określił jednak konkretnego terminu. Zgodnie z opinią radcy prawnego, przewodniczący oraz skarbnik WIL wnioskowali, aby NZL odbył się do końca czerwca 2006 r. Jedyne możliwy termin to 10.06.06 r. Większość członków RO uważała jednak, że zjazdu w tym terminie nie uda się przeprowadzić, ponieważ nie będzie kworum. W tym czasie odbywają się liczne sympozja i konferencje, a część kolegów ma już zaplanowane urlopy. Niektórzy członkowie RO uważali także, że NZL powinien również zająć się szczegółową oceną efektów akcji protestacyjnej i dlatego powinien odbyć się w terminie późniejszym.

Wniosek przewodniczącego został odrzucony zdecydowaną większością głosów. W praktyce oznacza to, że zjazd zostanie zwołany jesienią. W opinii radcy prawnego WIL nie grożą nam z tego tytułu żadne sankcje prawne.

Posiedzenie Rady Okręgowej z 26 maja 2006 r.

Obrań prowadził przewodniczący Rady Okręgowej WIL, Stefan Sobczyński. Po przyjęciu porządku obrad, który został rozszerzony o dyskusję na temat aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia, przewodniczący przedstawił nowego dyrektora biura WIL, którym został mecnas Łukasz Nowak, dotychczasowy radca prawny. Powołanie dyrektora ma usprawnić pracę biura oraz funkcjonowanie Prezydium ORL, jak i samej ORL.

Sprawy osobowe

Rada Okręgowa rozpatrzyła sprawę koleżanki, która w wykonywaniu zawodu miała przerwę dłuższą niż 5 lat. W takich wypadkach RO ma obowiązek skierować lekarza na przeszkolenie w zakresie i czasie ustalonym przez Komisję Kształcenia. Stosowną uchwałę podjęto.

Odnaczenia i tytuły honorowe

Tradycją WIL było honorowanie osób szczególnie zasłużonych dla Izby Medalem Honorowym WIL. W trakcie prac nad nowym regulaminem przyznawania tego wyróżnienia dopatrzone się istotnych wad formalnych. W związku z tym opracowano projekt uchwały, która te uchybienia likwidowała. Zaproponowano dwa rodzaje odznaczeń:

- Zasłużony dla WIL – dla osób szczególnie zasłużonych dla naszego samorządu,
- Honorowy Członek WIL – dla lekarzy w uznaniu ich wybitnej działalności zawodowej.

Projekt nie zyskał jednak akceptacji Rady Okręgowej. Na prośbę kolegi Baszkowskiego RO uznała, że należy wrócić do tradycyjnego odznaczenia Medal Honorowy WIL, które przyznano już wielu zasłużonym osobom. Postanowiono projekt dopracować i przedstawić na następnym posiedzeniu RO.

Regulaminy komisji

W trybie uchwały i bez istotnych zastrzeżeń przyjęto regulaminy komisji: praktyk, zdrowia publicznego i finansowej.

Finanse

Podjęto uchwały upoważniające NRL do negocjacji i zawarcia z Ministerstwem Zdrowia umowy na przekazanie funduszy budżetowych na pokrycie kosztów czynności przejętych przez samorząd lekarski od organów administracji państwowej.

W związku z upływem kadencji na wniosek przewodniczącej Komisji Bioetycznej powołano nowy skład komisji.

Na wniosek Komisji Kształcenia powołano:

- przedstawicieli do Komisji Egzaminacyjnej na II stopień specjalizacji,
- członków do zespołów ekspertów, powołanych w celu zaopiniowania wniosków w sprawach:
 - a) uznania równoważności tytułu specjalisty uzyskanego za granicą,
 - b) uznania stażu odbytego za granicą,
 - c) uznania dorobku naukowego i zawodowego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem programu właściwej specjalizacji.

Dyskusja na temat aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia

Głównym tematem były protesty oraz ich ocena pod względem skuteczności oraz rozważanie możliwości zastosowania bardziej radykalnych form, ze strajkiem włącznie. Koleżanka Bobrowska i kolega Śliwiński poinformowali, jakie procedury należy wypełnić, aby rozpocząć legalny strajk. Uważają, że w Wielkopolsce do takiej akcji jest przygotowanych jedynie od 2 do 4 szpitali. W szpitalach o kontraktowej strukturze zatrudnienia nie ma żadnej możliwości strajku, można jedynie wypowiedzieć umowę. Kolega Musiałek stwierdził, że wszystkie formy strajków są niebezpieczne dla lekarzy (ponieważ wnikają ich w konflikt z prawem) i pacjentów, w związku z czym WIL jako *urząd administracji państwowej* nie może do takich działań nawoływać. Wypowiedzi zalecają-

cych ostrożność lub wręcz wycofanie się z akcji protestacyjnej było więcej. Wśród członków RO przeważa jednak pogląd, że choć protesty nie spełniają w pełni naszych oczekiwań i podlegają krytyce członków samorządu, to jednak przyniosły częściowy efekt w postaci rządowego programu naprawczego ochrony zdrowia, w którym przynajmniej niektóre postulaty uwzględniono. Nikt nie ma wątpliwości, że z dobrego serca rząd tego nie uczynił. Jako podsumowanie dyskusji przyjęto zaproponowane przez

kolegę Krzysztofa Hajdę stanowisko RO w sprawie poparcia protestów i strajków. Drukujemy je oddzielnie.

Na tym obrady zakończono.

Uprzejmie informuję, że protokoły oraz zapisy magnetofonowe posiedzeń RO są dostępne w sekretariacie WIL.

WOJCIECH BUXAKOWSKI

Protest lekarzy trwa

A nawet się zaostrza. Codziennie notujemy nowe fakty, nowe oświadczenia zarówno ze strony rządowej, jak i protestujących. Niestety, do momentu zamknięcia tego numeru nie mieliśmy żadnych informacji na temat rodzącego się porozumienia. Przedstawiamy więc oświadczenia, komunikaty i stanowiska zainteresowanych organizacji, w tym uchwałę Okręgowej Rady Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z 26 maja 2006 r.



fol. Przemysław Kozanecki

Oświadczenie ministra zdrowia



fol. Dziaki

Szanowni państwo,
dyrektorzy szpitali,

uprzejmie informuję, że 23 maja Rada Ministrów zaakceptowała przedłożoną przez ministra zdrowia *Informację dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia*. Dokument jest kompleksowym opracowaniem dotyczącym systemu opieki zdrowotnej w Polsce i zawierającym propozycje działań zmierzających do naprawy systemu.

Program przedstawiony przez ministra zdrowia zakłada, że w latach 2007–2009 nakłady na ochronę zdrowia wzrosną do 4,9% PKB. Będzie to niespotykany nigdy w przeszłości, znaczący wzrost poziomu finansowania. W połączeniu z wdrożeniem programu naprawy spowoduje to znaczącą zmianę funkcjonowania służby zdrowia w Polsce, zwiększy dostępność obywateli do świadczeń zdrowotnych i poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Zwiększenie funduszy pozwoli na znaczący wzrost wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej otrzymają dodatkowo środki w wysokości od-

powiadającej 30% funduszu wynagrodzeń wraz z pochodnymi już od 1 października 2006 r.

Zakłada się, że nakłady publiczne na ochronę zdrowia (z budżetu państwa oraz w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego) wzrosną w latach 2007–2009 głównie z tytułu:

- objęcia finansowaniem z budżetu państwa od 2007 r. kosztów leczenia przedszpitalnego w ramach realizacji ustawy o ratownictwie medycznym – 1,2 mld zł;
- urealnienia wysokości składek na ubezpieczenie zdrowotne finansowanych z budżetu państwa za niektóre grupy osób, poprzez zmianę podstawy naliczania składki. Będzie ono przeprowadzone etapowo w ciągu 3 lat, począwszy od 2007 r.;
- wzrostu wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne w przyszłym roku od 0,25% do 9%. W latach 2008–2009 wynosić ona będzie 9%;
- przewidywanego wzrostu przychodów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, związanego ze wzrostem gospodarczym i wzrostem dochodów ludności;
- wprowadzenia od 2008 r. obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Szacuje się, że składka w pierwszym roku obowiązywania wyniesie 0,5% podstawy wymiaru, a w następnym roku wzrośnie do poziomu docelowego 1,2%. Dzięki temu dodatkowe wpływy wyniosą ok. 1,7 mld zł w 2008 r. i 4 mld zł w 2009 r.

Ponadto od 2007 r. wprowadzony zostanie zwrot kosztów za leczenie powypadkowe ofiar wypadków komunikacyjnych. Roczny przyrost środków finansowych na ochronę zdrowia z tego tytułu wyniesie ok. 325 mln zł.

Ubezpieczenia dobrowolne wprowadzone zostaną od 2008 r., po określeniu koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Wpływy do systemu ochrony zdrowia z tego tytułu oszacowano na 2,2 mld zł w 2009 r.

Wartość PKB obliczono, biorąc za podstawę plan na 2006 r. oraz jego planowany wzrost w 2007 r. – w wysokości 4,6%, a w latach 2008 i 2009 – 5% (wg programu konwergencji).

Przy powyższych założeniach, łączne nakłady na ochronę zdrowia wyniosą w:

2007 r. – 46,7 mld zł (4,6% PKB),

2008 r. – 50,5 mld zł (4,7% PKB),

2009 r. – 54,9 mld zł (4,9% PKB).

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zapoznanie pracowników szpitala z zaakceptowanym przez Radę Ministrów programem wzrostu nakładów na ochronę zdrowia.

Za państwa pośrednictwem pragnę również zwrócić się do wszystkich pracowników z prośbą o współpracę i pomoc w tworzeniu dobrego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Komunikat po spotkaniu 23 maja 2006 r. przedstawicieli środowisk medycznych z ministrem zdrowia

23 maja 2006 r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie przedstawicieli środowisk medycznych, podczas którego kierownictwo resortu odpowiedziało na postulaty zgłaszane przez partnerów społecznych, dotyczące w szczególności:

1. Podwyższenia wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia.

Stanowisko rządu – zgodnie z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od 1 października 2006 r. wynagrodzenia pracowników zakładów wzrosną o 30% w porównaniu z 2005 r.

Komitet Porozumiewawczy – podtrzymuje postulat natychmiastowego wzrostu. Powinien on objąć wszystkich pracowników medycznych bez względu na miejsce i formę zatrudnienia. Nie popiera stanowiska rządu.

OPZZ – akceptuje propozycję rządu, jeżeli podwyżki będą obowiązywać od 1 października 2006 r.

Forum Związków Zawodowych – akceptuje propozycję rządu, jeżeli podwyżki będą obowiązywać od 1 października 2006 r.

NSZZ Solidarność – akceptuje propozycję rządu, jeżeli podwyżki będą obowiązywać najpóźniej od 1 października 2006 r. (niezbędne są gwarancje prezesa Rady Ministrów i ministra finansów). W pracach Międzyresortowego Zespołu należy się zająć opracowaniem rozwiązań wzrostu wynagrodzeń również dla pracowników niepublicznych zakładów.

2. Stworzenia mechanizmów zapewniających wzrost wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia do poziomu gwarantującego ich godny poziom.

Stanowisko rządu – na wniosek Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia zarządzeniem prezesa Rady Ministrów z 22 maja 2006 r. został powołany Międzyresortowy Zespół do Spraw Opracowania Zasad Zatrudniania i Wynagradzania w Ochronie Zdrowia. Jego zadaniem będzie przygotowanie propozycji rozwiązań legislacyjnych dotyczących zasad zatrudniania i wynagradzania w ochronie zdrowia.

Komitet Porozumiewawczy – jest to krok w kierunku realizacji przedstawionego postulatu. Zespół powinien rozpocząć pracę bezzwłocznie i zakończyć ją w jak najkrótszym czasie. Uregulowania przygotowane przez zespół powinny mieć rangę ustawy. Przedstawiciele podmiotów reprezentowanych w Komitecie powinni uczestniczyć w pracach zespołu (zgoda ministra zdrowia).

Członkowie Zespołu Trójstronnego – (OPZZ, NSZZ Solidarność, Forum Związków Zawodowych) – popierają powstanie zespołu. Dokument opracowany przez zespół powinien mieć rangę ustawy regulującej kwestie zatrudniania, wynagradzania i awansu zawodowego pracowników ochrony zdrowia.

3. Przyjęcia przez Radę Ministrów projektu ustawy gwarantującej wzrost publicznych nakładów na ochronę zdrowia do 6% PKB.

Stanowisko rządu – minister zdrowia poinformował o zaakceptowaniu przez Radę Ministrów propozycji dotyczących wzrostu wynagrodzeń i zwiększenia w ciągu kolejnych trzech lat publicznych nakładów na ochronę zdrowia do 4,7% PKB. Zdaniem rządu, propozycje te stanowią najwyższy możliwy poziom wzrostu nakładów.

Komitet Porozumiewawczy – zaprogramowanie do 2009 r. wzrostu publicznych nakładów na zdrowie do 4,7% PKB jest dalekie od oczekiwań, ale zmierza we właściwym kierunku.

Minister zdrowia zwrócił się do przedstawicieli środowisk medycznych, uczestniczących w spotkaniu o zaprzestanie akcji protestacyjnej i podjęcie konstruktywnych działań zmierzających do wypracowania rozwiązań systemowych, których założenia zostały zaprezentowane w trakcie spotkania.

Komitet Porozumiewawczy zwrócił się do ministra zdrowia o podjęcie działań na rzecz natychmiastowego zaspokojenia roszczeń środowisk medycznych. Rząd nie może zagwarantować podwyżek wynagrodzeń w trybie natychmiastowym.

Oświadczenie Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej



KONSTANTY
RADZIWIŁŁ

W ciągu ostatnich miesięcy narasta w Polsce kryzysowa sytuacja w ochronie zdrowia. Utworzenie nowego rządu, deklarującego społeczną wrażliwość i budowanie Polski solidarnej, stało się podstawą do silniejszego niż dotychczas wyrażania przez środowisko medyczne postulatów wzrostu publicznych nakładów na ochronę zdrowia.

Jednocześnie w sytuacji szybkiego wzrostu gospodarczego i poziomu wy-

nagrodzeń w innych gałęziach gospodarki narasta poczucie krzywdy i wyzysku pracowników medycznych, których wynagrodzenia pozostają od lat na niezmiennie kompromitująco niskim poziomie.

Doprowadziło to w wielu placówkach opieki zdrowotnej do wszczęcia sporów zbiorowych, a w ostatnich tygodniach, w związku z niespełnieniem żądań pracowniczych, do strajków.

W sytuacji, gdy środowiska medyczne, występując w oczywistym społecznym interesie, domagają się stworzenia w Polsce systemu ochrony zdrowia bezpiecznego

dla obywateli i umożliwiającego godne warunki pracy reszty pracowników medycznych, pojawiły się ostatnio spiskowe oskarżenia o polityczne lub wręcz mafijne przyczyny zgłaszania postulatów i organizowania protestów, a także kryminalne wręcz zarzuty w stosunku do osób uczestniczących w strajkach. Są one nie tylko oburzające i niegodne, ale też całkowicie bezpodstawne. Obrażają tysiące osób zabiegających o naprawę systemu ochrony zdrowia.

Apeluję do wszystkich, którym leży na sercu dobro i bezpieczeństwo polskich pacjentów o pomoc w rzeczywistym naprawieniu systemu ochrony zdrowia. Rzucanie bezpodstawnych oszczerstw nie tylko nie przybliży, ale wręcz utrudnia rozwiązywanie narosłych problemów.

Oświadczenie Krajowego Komitetu Strajkowego Lekarzy i Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

W związku z przyjęciem przez Radę Ministrów dokumentu *Informacja dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia* i w związku z wypowiedziami przedstawicieli rządu w tej sprawie Krajowy Komitet Strajkowy Lekarzy i Zarząd Krajowy OZZL oświadcza, co następuje:

Wiele propozycji przedstawionych w ww. dokumencie idzie – zdaniem OZZL – w dobrym kierunku. Są to:

- uruchomienie systemu ratownictwa medycznego,
- wprowadzenie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych,
- usprawnienie systemu publicznych ubezpieczeń zdrowotnych,
- utworzenie systemu informacji w ochronie zdrowia,
- wprowadzenie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych,
- wprowadzenie finansowania kosztów leczenia osób, które uległy wypadkom komunikacyjnym w ramach obowiązkowych ubezpieczeń OC,
- opracowanie projektu ustawy o ustroju ochrony zdrowia.

OZZL sceptycznie jednak przyjmuje powyższy dokument. Złożyło się na to kilka powodów:

- 1) Nie został jednoznacznie określony status dokumentu. Czy *Informacja dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia* i zawarte w niej propozycje są prawnie obowiązującymi rządu RP zobowiązaniami do dokonania określonych działań?
- 2) Zdaniem OZZL, w proponowanym programie zmian w ochronie zdrowia brakuje wielu ważnych elementów, jak:
 - demonopolizacja płatnika za świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych,
 - wprowadzenie sprawiedliwej konkurencji między szpitalami, przychodniami i innymi zakładami opieki zdrowotnej, likwidacja tzw. konkursu ofert, likwidacja limitowania świadczeń, wprowadzenie zasady, że *pieniądze idą za pacjentem* (a nie za kontraktem),

W ostatnich dniach rząd przedstawił założenia do programu zmian w systemie ochrony zdrowia, w tym także poprawy jego finansowania. Jest to krok we właściwym kierunku, chociaż nadal daleki od spełnienia wyrażonych przez środowiska medyczne oczekiwań. Wydaje się jednak, że brakuje w nim propozycji doraźnych rozwiązań, mogących przybliżyć zakończenie akcji strajkowej.

Samorząd lekarski, jednoznacznie popierając żądania podwyżek dla kadry medycznej, troszczy się także o bezpieczeństwo chorych. Dlatego apeluję o umiarkowanie i powstrzymanie niepotrzebnych słów. Stawiam także swoją osobę do dyspozycji tym wszystkim, którym zależy na znalezieniu najlepszego wyjścia z trudnej sytuacji, w jakiej znalazła się nasza ojczyzna.

- wprowadzenie mechanizmu pozwalającego na urealnienie wyceny świadczeń,
- zrównoważenie wielkości funduszy przeznaczanych na ochronę zdrowia z zakresem finansowanych świadczeń zdrowotnych,
- wprowadzenie zasady, że zakłady opieki zdrowotnej funkcjonują jak przedsiębiorstwa i podlegają rygorom prawa handlowego.

Ważne przy tym jest, aby wszystkie te elementy były wprowadzone jednocześnie.

Przedstawiony program nie odpowiada na pytania, jak rozwiązać najważniejsze problemy służby zdrowia w Polsce:

- zadłużanie szpitali,
- limitowanie świadczeń, kolejki do świadczeń, eliminowanie wielu chorych z możliwości leczenia,
- istnienie szarej strefy i korupcji,
- niskie wynagrodzenia personelu medycznego.

- 3) Wiele informacji podawanych przez przedstawicieli rządu w związku z przyjętym dokumentem ma charakter nierzetelny, niespójny lub nieprawdziwy, co podważa ich wiarygodność. Można odnieść wrażenie, że rządzącym chodziło bardziej o efekt propagandowy niż o fakty.

Podajemy konkretne przykłady nierzetelności w informacjach rządu:

- a) Pan premier poinformował, że nakłady na opiekę zdrowotną ze środków publicznych wzrosną w przyszłym roku mniej więcej o 20% w porównaniu z obecnym. Tymczasem w tym roku tylko z NFZ przeznaczony na ochronę zdrowia ponad 36 mld zł, a dodatkowe 3 mld zł z budżetu państwa, czyli razem ponad 39 mld zł. 20-procentowy wzrost musiałby zatem oznaczać dodatkowych 8 mld zł. Wzrost ma jednak wynieść od 4 do 5 mld zł (wg ministra

Piechy), powyżej 5 mld zł (wg ministra Religi i premiera Marcinkiewicza) lub ponad 6 mld zł (wg minister Gilowskiej). To, że przedstawiciele rządu podają tak różne wartości, dodatkowo wzmacnia podejrzenia o niewiarygodność.

- b) Poinformowano, że do 2009 r. nakłady na opiekę zdrowotną z **funduszy publicznych** wzrosną do 5% PKB, tymczasem w podanych wyliczeniach zaliczono do tej kwoty również dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, które nie są pieniędzmi publicznymi, tylko **prywatnymi**. Dodano również pieniądze z ubezpieczenia OC kierowców, które również nie są środkami publicznymi. W czasie spotkania w Ministerstwie Zdrowia, po posiedzeniu Rady Ministrów, poinformowano, że nakłady z funduszy publicznych na ochronę zdrowia wyniosą w roku 2009 – 4,7% PKB!
- c) Przedstawiano propozycję rządu jako niezwykle wielką poprawę finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych, niespotykaną w ostatnich 17 latach. To może wywołać wrażenie, że Polska osiągnie najwyższy w historii poziom nakładów na ochronę zdrowia. Nie powiedziano natomiast, że Polska miała już na początku roku wyższy poziom nakładów ze środków publicznych, liczony odsetkiem PKB, wynosił on nieco ponad 5% PKB. Przez ostatnich kilkanaście lat służbie zdrowia zabierano pieniądze!!!
- d) Przedstawiono obietnicę wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego o 30% od października tego roku, ale jednocześnie nie wskazano mechanizmu umożliwiającego przekazanie dodatkowych pieniędzy do zakładów opieki zdrowotnej, a na propozycję zwiększenia wyceny punktu (wyceny świadczeń zdrowotnych) przez NFZ nie odpowiedziano.
- 4) Przewidywany wzrost nakładów publicznych na ochronę zdrowia (jeśli przyjąć, że wiarygodny) jest nieadekwatny do potrzeb i deklarowanego zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze funduszy publicznych i nie rozwiąże najtrudniejszych problemów finansowych służby zdrowia. Przypomnijmy, że zadłużenie szpoz-ów szacowane jest nawet na 10 mld zł. Trzeba sobie też uświadomić, że **nawet po przyznaniu 30-procentowych podwyżek wynagrodzenie większości lekarzy specjalistów będzie nadal niższe niż przeciętne wynagrodzenie w kraju.**
- 5) Propozycja ustawy wprowadzającej wzrost wynagrodzeń personelu medycznego w roku 2007, opracowana przez zespół przy Komisji Trójstronnej, jest nie do przyjęcia z wielu powodów, które podawaliśmy wcześniej:
- a) nie dotyczy wszystkich pracowników medycznych, tylko tych, którzy są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, co powoduje nieusprawiedliwione zróżnicowanie uzależnione od formy zatrudnienia,
- b) dotyczy tylko zakładów opieki zdrowotnej, mających status szpoz (samodzielnych publicznych za-

- kładów opieki zdrowotnej), co powoduje nieusprawiedliwione zróżnicowanie zakładów,
- c) sposób dystrybucji pieniędzy kłóci się z dotychczasowym systemem,
- d) ustawa jest oceniana jako niekonstytucyjna przez wielu prawników.

Wobec powyższego:

Krajowy Komitet Strajkowy Lekarzy i Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, chcąc zakończyć strajki i niepokoje w ochronie zdrowia, a jednocześnie doprowadzić do zasadniczych zmian w systemie ochrony zdrowia, a nie tylko do doraźnego uspokojenia nastrojów, **wzywa rządzących do bezpośrednich rozmów z reprezentacją strajkujących lekarzy.**

Proponujemy podjęcie negocjacji w sprawie konkretnego rozwiązania doraźnego: natychmiastowego zwiększenia stawek za świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ i rozwiązań systemowych. Proponujemy, by podstawą tych drugich był projekt tzw. racjonalnego systemu opieki zdrowotnej, opracowany wspólnie przez niemal 20 opiniotwórczych organizacji reprezentujących środowiska medyczne i spoza służby zdrowia.

Domagamy się dekomunikacji służby zdrowia w Polsce.

Krajowy Komitet Strajkowy Lekarzy i Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

KRZYSZTOF BUKIEL
PRZEWODNICZĄCY ZK OZZL

BYDGOSZCZ, 25 MAJA 2006 R.

Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z 26 maja 2006 r.

w sprawie poparcia akcji protestacyjnej ze strajkiem włącznie lekarzy członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

§1

1. Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu popiera akcję protestacyjną ze strajkiem włącznie i wzywa członków izby do czynnego w niej udziału.
2. Apeluje się do zarządzających publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej oraz ich organów założycielskich o pomoc i wsparcie we wszelkich działaniach podjętych w ramach ogólnopolskiej akcji protestacyjnej środowisk medycznych.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY ORL
STEFAN SOBCZYŃSKI
SEKRETARZ ORL
WOJCIECH BUXAKOWSKI

Oświadczenie członków Rady Koalicji Teraz Zdrowie

Warszawa, 25 maja 2006 r.

W związku z pojawiającymi się w mediach zniekształcanymi informacjami na temat celów i metod działania Koalicji *Teraz Zdrowie* oświadczamy:

1. Koalicja *Teraz Zdrowie* powstała w wyniku spontanicznego i swobodnego porozumienia pomiędzy kilkoma organizacjami związanymi z systemem ochrony zdrowia w Polsce, które zdecydowały połączyć swoje wysiłki na rzecz inicjowania naprawy polskiego systemu ochrony zdrowia.
2. Członkowie założyciele 13 grudnia 2005 r. roku podpisali Deklarację Koalicji, w której zapisali cele i metody działania Koalicji *Teraz Zdrowie*. Pełen tekst deklaracji był i jest publicznie dostępny na stronie www.terazzdrowie.pl
3. Deklaracja Koalicji została podpisana przez przedstawicieli organizacji zrzeszających pacjentów, pracowników medycznych, menedżerów opieki zdrowotnej oraz producentów leków i wyrobów medycznych. Koalicja jest porozumieniem pacjentów oraz wszystkich podmiotów bezpośrednio lub pośrednio dostarczających pacjentom świadczenia medyczne.
4. Na stronie www.terazzdrowie.pl wszystkie zainteresowane organizacje i instytucje mogą poprzeć postulaty koalicji.
5. 10 lutego 2006 r. Koalicja *Teraz Zdrowie* rozpoczęła publiczną, otwartą i w pełni transparentną działalność polegającą na:
 - a. uruchomieniu i prowadzeniu witryny www.terazzdrowie.pl.
 - b. inicjowaniu i organizowaniu publicznych debat na temat aktualnej sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia. Podczas dyskusji prezentowane są dwa kluczowe postulaty Koalicji Teraz Zdrowie: (1.) przeprowadzenia systemowej reformy ochrony zdrowia i (2.) zwiększenia finansowania systemu ochrony zdrowia ze środków publicznych do 6% PKB rocznie.
6. Spotkania – konferencje Koalicji *Teraz Zdrowie* są organizowane dzięki organizacyjnemu i finansowemu wysiłkowi wszystkich członków Rady Koalicji. Koszty utrzymania strony są solidarnie pokrywane przez członków Rady Koalicji.
7. Członkowie Koalicji *Teraz Zdrowie* dotychczas zorganizowali 16 konferencji: **Warszawa** (10.02.), **Opole** (3.03.), **Białystok** (9.03.), **Toruń** (25.03.), **Olsztyn** (30.03.), **Poznań** (10.04.), **Zielona Góra** (11.04.), **Lublin** (19.04.), **Kraków** (20.04.), **Gdańsk** (24.04.), **Rzeszów** (15.05), **Tarnów** (16.05), **Bydgoszcz** (18.05), **Kielce** (18.05.), **Łódź** (19.05), **Częstochowa** (24.05.).
8. W spotkaniach udział wzięło **ponad 2000 osób** z wielu środowisk zawodowych, społecznych i politycznych, w tym **przeszło 20 parlamentarzystów** reprezentujących kluby PiS, PO, SLD, Samoobrony, LPR, posłów niezależnych oraz Koło Senatorów Ludowych i Niezależnych.
9. Wypowiadający się podczas konferencji parlamentarzyści prawie jednogłośnie wysoko ocenili poziom merytorycznych argumentów prezentowanych podczas spotkań



- i wyrażali uznanie dla podjęcie przez członków Koalicji wysiłków na rzecz reformy systemu. Kilkoro posłów i senatorów zgłosiło publicznie akces do koalicji.
10. Licznymi i ważnymi uczestnikami konferencji są przedstawiciele samorządów szczebla powiatowego i wojewódzkiego: starostowie, marszałkowie, radni.
 11. Na wszystkie konferencje zapraszamy przedstawicieli lokalnych i centralnych mediów (prasa, radio, telewizja), którzy szeroko omawiają przebieg inicjowanej przez Koalicję dyskusji.
 12. W prowadzonej przez Koalicję działalności publicznej posługujemy się wyłącznie rzetelnymi, sprawdzonymi źródłami danych (np. raport **Poles Apart?** Stockholm Network, 2005 r.; **Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce**. Raport CASE Doradcy we współpracy z Instytutem Zdrowia Publicznego *Collegium Medicum* UJ, Warszawa, czerwiec 2005 r.; **Informacja o wynikach kontroli utworzenia i funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia**, NIK, Warszawa, lipiec 2005 r.; oficjalna strona Ministerstwa Zdrowia: www.mzios.gov.pl; **Satysfakcja pacjentów z funkcjonowania publicznej służby zdrowia w Polsce**, Pracownia Badań Społecznych, Sopot 2005 r.
 13. Członkowie Rady Koalicji spotkali się dwukrotnie (w styczniu i lutym 2006 r.) z ministrem zdrowia, prof. Zbigniewem Religą w celu przedstawienia celów, metod działania oraz postulatów koalicji.
 14. Koalicja *Teraz Zdrowie* jest porozumieniem (nie jest stowarzyszeniem, nie ma osobowości prawnej). Jej uczestnicy mają pełną autonomię do samodzielnych działań pod własną nazwą i w ramach swoich macierzystych organizacji.
 15. Koalicja *Teraz Zdrowie* nie inicjowała, nie wspierała i nie organizowała strajków personelu medycznego. Wynika to z fundamentalnej zasady, którą przyjęła od początku swojego istnienia. Zasada ta mówi, że Koalicja nie będzie realizowała partykularnych interesów żadnego z jego członków.
 16. Podczas lutego spotkania członków Rady Koalicji z ministrem zdrowia prof. Zbigniewem Religą, członkowie Rady przekazali ministrowi oświadczenie informujące o organizacyjnej odrębności Koalicji od działań



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

KALENDARZ PREZESA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

od 25 kwietnia 2006 r.
do 31 maja 2006 r.



- 25 kwietnia** Poznań – spotkanie z przedstawicielem Kancelarii Adwokackiej
- 28 kwietnia** Poznań – udział w obradach Prezydium i ORL
- 4 maja** Poznań – udział w spotkaniu Wielkopolskiego Regionalnego Komitetu Porozumiewawczego na Rzecz Wzrostu Wynagrodzenia Pracowników Służby Zdrowia
- 8 maja** Poznań – spotkanie w Urzędzie Wojewódzkim z wiceministrem zdrowia Andrzejem Wojtyłą w sprawie restrukturyzacji szpitali w Poznaniu
- 10 maja** Warszawa – udział w proteście pracowników medycznych zrzeszonych w Krajowym Komitecie Porozumiewawczym na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia
- 12 maja** Poznań – udział w obradach Prezydium ORL
- 16 maja** Poznań – spotkanie z przedstawicielem Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu
- 18 maja** Poznań – udział w VIII Naukowo-Szkoleniowej Konferencji Saldent 2006 *Nowe trendy w stomatologii*
- 18 maja** Poznań – udział w Międzynarodowych Targach Dentystycznych SALDENT 2006
- 26 maja** Poznań – udział w posiedzeniu Prezydium i ORL
- 31 maja** Poznań – udział w spotkaniu z wojewodą Zbigniewem Hoffmanem w sprawie kształcenia specjalistycznego lekarzy i sposobu jego finansowania

strajkowych personelu medycznego. Aby odrębność ta była czytelna dla opinii publicznej, Rada Koalicji podjęła decyzję o odwołaniu i przełożeniu na inny termin konferencji, których daty zbliżone były do dat akcji strajkowych personelu medycznego. O tej decyzji poinformowano także ministra zdrowia. Osobne oświadczenie dystansujące się wobec strajków lekarzy i pielęgniarek złożył ministrowi zdrowia Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

17. W żadnych materiałach pisemnych przygotowanych przez Koalicję, w żadnym miejscu na stronie www.teraz-zdrowie.pl, a także podczas wszystkich organizowanych przez Koalicję publicznych konferencji nie były eksponowane jakiegokolwiek znaki towarowe towarów medycznych lub leków. Jedynymi i wyłącznymi eksponowanymi znakami są logo członków Rady Koalicji.
18. Koalicja jest zdecydowana konsekwentnie realizować swój zasadniczy cel zapisany w Deklaracji Koalicji: *Pierwszorzędnym celem Koalicji jest poprawa sytuacji pacjentów w zakresie jakości i dostępu do opieki zdrowotnej, a także wszystkich podmiotów zaangażowanych w ochronę zdrowia i setek tysięcy pracowników tego sektora. Wierzymy, że osiągnięcie tego celu możliwe jest tylko poprzez kompleksową reformę organizacji systemu ochrony zdrowia, z jednoczesnym znaczącym zwiększeniem jego finansowania ze środków publicznych do poziomu odpowiadającego możliwościom gospodarczym Polski i nie mniejszym niż 6% PKB.*
19. Koalicja *Teraz Zdrowie* gotowa jest do podjęcia każdej merytorycznej dyskusji na temat koniecznych zmian i reform w systemie ochrony zdrowia w Polsce.
20. Członkowie Koalicji *Teraz Zdrowie* są przekonani, że zainicjowana przez koalicję obywatelska debata nad faktycznym stanem systemu ochrony zdrowia w Polsce i koniecznymi reformami systemu została pozytywnie oceniona przez opinię publiczną i przyczyniła się do podniesienia poziomu kultury debaty publicznej. W poczuciu obowiązku i współodpowiedzialności za stan systemu ochrony zdrowia w Polsce Koalicja *Teraz Zdrowie* będzie systematycznie kontynuowała swoje działania.

CZŁONKOWIE RADY KOALICJI:

Elżbieta Buczkowska

– Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

ks. Arkadiusz Nowak

– Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Konstanty Radziwiłł

– Naczelna Izba Lekarska

Andrzej Wróbel

– Naczelna Izba Aptekarska

Mateusz Żelewski

– Ogólnopolska Izba Gospodarcza
Wyroków Medycznych POLmed

Krzysztof Bukiel

– Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy

Marek Wojtowicz

– Stowarzyszenie Menedżerów
Opieki Zdrowotnej

Paweł Żelewski

– Stowarzyszenie Innowacyjnych
Firm Farmaceutycznych

Na jakie zarobki lekarzy stać Polskę

Uwaga! Przeczytanie poniższego tekstu nie spowoduje automatycznie podniesienia zarobków, ale może spowodować trwałe zmiany w mentalności i sposobie myślenia. U osób wrażliwych należy się także liczyć z chwilowym pogorszeniem stanu psychicznego.



graf. 2 x JR

w dzień zwykły. Jeśli do pracy etatowej doliczyć nadgodziny (zgodnie z prawem polskim i europejskim), a następnie przemnożyć wszystko przez średnią stawkę, jaką (wg GUS) otrzymują inne zatrudnione w Polsce osoby z wykształceniem wyższym (168 godz. x 25,41 zł/godz. etatu plus 101,36 nadgodzin, głównie świątecznych i nocnych), otrzymamy sumy, na jakie jesteśmy okradani. Po przeliczeniu rodzina lekarza pozbawiana jest należnych dochodów brutto średnio w wysokości 4667,11 zł miesięcznie, co daje 56 tys. zł rocznie. Inaczej jeszcze – od chwili wstąpienia Polski do UE średnio dochody rodziny lekarza zostały uszczuplone co najmniej

Od czasu opublikowania ostatnich danych w październiku 2004 r., gdy stawka lekarzy zatrudnionych w publicznych szpitalach wynosiła średnio 10,47 zł za godzinę etatową (1760 zł za etat) i sytuowała się (*Rocznik statystyczny*, 2005 r.) pomiędzy pracownikami z wykształceniem podstawowym (9,54 zł za godz.) a pracownikami z wykształceniem gimnazjalnym (11,27 zł za godz.), nic nie zmieniło się na korzyść. Podobne pensje jak lekarze – 1760 zł/etat brutto *uzusowane* (liczone bez nadgodzin) – mają robotnicy pomocniczy transportu i targań: 1740 zł/etat (też bez nadgodzin). Ci drudzy nie są jednak zmuszani do dodatkowej ciągłej pracy w nocy i w święta. Według danych (dotychczas oficjalnie niepublikowanych), lekarz zatrudniony w szpitalu pracuje oprócz etatu jeszcze ok. 101 godz. – głównie w nocy i w dni wolne, i to dopiero razem daje sumę wystarczającą mu na przeżycie. O nadgodzinach (które jako tzw. dyżury są niezbędne w szpitalach z powodu niedoborów kadrowych) się nie wspomina, a opłacane są one niezgodnie z kodeksem pracy i z dyrektywą europejską. Lepiej stawki lekarza zatrudnionego w publicznym szpitalu nie porównywać z tymi, jakie zwykle stosuje się w wypadku osób z wykształceniem wyższym, bo jest ona przeszło 2 razy niższa (10,47 zł/godz. *versus* 25,24 zł/godz.). Lekarz otrzymuje więc średnio 15 zł brutto mniej za każdą przepracowaną godzinę

o 112 tys. zł, a w ciągu ostatnich 15 lat przemian co najmniej o 840 tys. zł. Jako ciekawostka – wg danych GUS z 2004 r. – prawnicy zatrudnieni w sektorze publicznym zarabiają 5485,92 zł/etat, co daje stawkę ok. 33 zł/godz. (3,15 razy więcej niż stawka lekarza pracującego w szpitalu). Uszczuplenie dochodów rodziny lekarza w tym wypadku należy określić na 7116,5 zł brutto/mies., czyli 85 398 zł rocznie. Jeśli jesteś lekarzem i wyliczenia powyższe przyspieszyły twoje tętno lub podwyższyły twoje ciśnienie, nie denerwuj się. Możesz w ramach relaksu przeliczyć to samodzielnie, korzystając z publikowanych przez GUS danych na temat zarobków (*Rocznik statystyczny*, 2005 r. – strona 267 i następne lub w Internecie http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/praca_ludnosc/index.htm). Będziesz miał pewność, że naprawdę twoja rodzina jest okradana z kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie. Koleżanko i kolego doktorze! Aby usprawiedliwić okradanie waszej rodziny z wartości waszej pracy, ciągle oszczędzanie na doskonaleniu zawodowym oraz na czasie poświęconym chorem, możesz dowolnie wybrać jeden z poniższych argumentów: • już niedługo będzie lepiej; • minister apeluje o cierpliwość, bo od zaprzysiężenia go minęło dopiero 5 mies., od wstąpienia do UE 2 lata, od początku przemian ustrojowych lat 17, a od zakończenia II wojny światowej dopiero 61 lat;

• kolejna nowelizacja kolejnej ustawy wszystko ulepszyc;
 • w NFZ nie ma pieniędzy – to przez lekarzy nie ma pieniędzy, bo zużywają je na leczenie; • są nadzieje, że w przyszłym roku będzie lepiej, bo spadną ceny luksusowych samochodów służbowych i ceny marmurów do kas chorych i ZUS; • dzięki osobistej interwencji ministra już znaleziono rezerwy pozwalające na podwyżki (na razie do poziomu stawki godzinowej absolwenta szkoły zawodowej, ale za kilka lat będzie jeszcze lepiej);
 • zdrowie jest najbardziej cenioną wartością; • zawód lekarza uważany jest za najbardziej odpowiedzialny (następny to pilot samolotów pasażerskich); • aby zostać lekarzem specjalistą i zarabiać stawkę godzinową absolwenta gimnazjum, byłś dodatkowo jeszcze utrzymywany (z pieniędzy podatników) przez liceum i jedno z najdłuższych studiów; • dzięki wieloletniej specjalizacji po studiach mogłeś pojeździć po kraju, spotykając profesorów niedbających o pieniądze i stawiających etykę zawsze na pierwszym miejscu; • zawód lekarza jest na drugim miejscu w rankingu najbardziej prestiżowych (tuż po profesorskim uniwersytecie); • podobno jesteś pijakiem; • wszyscy mówią, że żyjesz z łapówek; • lekarz pracuje za urągające jego godności stawki, bo zgadza się na ciągłe urąganie jego godności – widocznie tylko na to zasługuje; • pracujesz tyle godzin w miesiącu (także w nocy i w święta), bo sam/a tego chcesz – brak lekarzy ani przymus ekonomiczny nie odgrywa żadnej roli; • w Polsce na lekarza przypada o 30% więcej pacjentów (dane GUS) niż w innych krajach UE, ale to twoja opieszałość lub pośpiech są winne powstawaniu kolejek do lekarza; • bezpłatne wypełnianie coraz większej liczby kwitów zleczanych ci przez różne urzędy nie jest co prawda potrzebne chorym ani tobie, lecz ułatwia znakomicie zarządzanie twoją pracą i poprawia dostęp pacjenta do twojej pomocy; • emigrując, możesz liczyć co prawda na 15-krotny wzrost zarobków, ale będziesz miał/a mniej pracy; • emigrując, nie będziesz czuć odpowiedzialności za reformę polityki zdrowotnej ani sytuacji finansową NFZ lub szpiz, pozabawiona/y też zostaniesz głosu w dyskusji o podwyższeniu składki zdrowotnej, udziału nakładów na tzw. służbę zdrowia w PKB, płatnościach za punkt rozliczeniowy i stawkę kawitacyjną – zostaną ci nudne rozmowy wieczorami z rodziną i troska o dobrą edukację dzieci; • jeśli obują cię w kamasze i zdegradują z oficera rezerwy do kaprała służby terminowej – automatycznie twoje wynagrodzenie wzrośnie o 30%; • jeśli wciela do wojska wszystkich lekarzy, stan osobowy naszej armii wzrośnie o 80% (dzięki globalizacji poprawi się koniunktura w Chinach – nasze wojsko nie ma tyłu kamaszy); • zostając w Polsce nadal możesz się czuć odpowiedzialny za zdrowie społeczeństwa i wszystkich potencjalnych pacjentów w najbliższej i najdalszej okolicy (wszędzie indziej lekarz odpowiedzialny jest tylko za pacjentów, którzy poprosili go o leczenie); • w pracy wymagają od ciebie cudów za stawkę godzinową robotnika niewykwalifikowanego, ale za to po godzinach jako jedyny cieszysz się powszechnym społecznym zainteresowaniem w ramach akcji *Pokaż, Lekarzu, co Masz w Garażu*; • składałeś przysięgę Hipokratesa; • wszyscy słyszeli o doktorze Judymie (prawie wszystkim myli się z Hipokratesem) i stąd wyciągają wniosek, że lekarz powinien pracować za darmo; • w gazetach (szczególnie w *Gazecie Wyborczej*) piszą, że mało zarabiasz, ale dorabiasz, *sprzedając skóry*; • każdy głupi wie, że istnieje etyka lekarska, i jest to jedyna etyka, o której każdy głupi wie oraz mówi; • z etyki lekarskiej może cię bezpłatnie doszkolić pierwszy z brzegu dziennikarz lub minister zdrowia; • lekarz jest gwiazdą mediów – szczególnie programów *Uwaga* (TVN) i *Interwencja* (Polsat), ale TVP też się stara; • o lekarzy stara się od kilku lat obecny prezes Izby Lekarskiej – pamiętamy go z występu w reklamówce kas chorych sprzed 7 lat (schodził po schodach swojej przychodni, zachwalając reformę zdrowia); • obecnie prezes Izby Lekarskiej stara się bardzo o lekarzy w politycznych dyskusjach telewizyjnych (trudne do odróżnienia od *reality show*); • lecząc cho-

rych, lekarze przede wszystkim im szkodzą, co głosi od kilku lat prezes Stowarzyszenia *Primum Non Nocere*; • lekarze, gdy nie leczą chorych, też są groźni i zagrażają bezpieczeństwu Polski – na szczęście dzielny minister zdrowia już o tym wie i będzie temu przeciwdziałać; • tylko lekarzy wiceminister zdrowia Bolesław P. chce pozbawić jednej z podstawowych swobód obywatelskich – prawa do protestu i prawa do wynagrodzenia zgodnie z wykształceniem i wysiłkiem włożonym w pracę oraz zgodnie z ponoszoną odpowiedzialnością; • specjalnie dla lekarzy minister zdrowia chce wprowadzić nakaz pracy w 142. rocznicę zniesienia pańszczyzny w Polsce i 44. rocznicę zniesienia niewolnictwa w Arabii Saudyjskiej; • emigrując z Polski, nie możesz się czuć bezpieczny – gdy system pracy przymusowej dla lekarzy okaże się niewydolny, planowana jest ekstradycja lekarzy pracujących za granicą; • tracone przez ciebie i twoją rodzinę dochody pozwalają ciągle utrzymywać się na powierzchni P.T. Politykom z Prawa i z Lewa od zawsze Dbającym o Zdrowie Narodu – są to panie i panowie: Balicki, Furman, Kopacz, Łapiński, Maksymowicz, Miller, Nauman, Piecha, Pinkas, Radziszewska, Radziwiłł, Religa, Ryś, Sikorski, Szkopek, Andrzej Wojtyła, a także wielu, wielu innych mniej sławnych, lecz równie zasłużonych; • może i twoja stawka godzinowa jest niska, lecz dzięki temu więcej zostaje dla dzieci i rodzin apelujących do ciebie ministrów, dyrektorów i urzędników; • 15 zł, które co godzinę tracisz ty i twoja rodzina, pozwala politykom, dyrektorom i urzędnikom na **ciągłe ulepszanie systemu ochrony zdrowia** (pamiętasz sentencję Stefana Kisielewskiego sprzed 50 lat: *żyjemy w ustroju bohatersko walczącym z przeciwnościami nieznanymi żadnemu innemu ustrojowi?*); • gdy ty upominasz się o należną stawkę i wynikający z niej lepszy byt własnej rodziny, znaczy to, że automatycznie grasz zdrowiem chorych; • gdy politycy i urzędnicy upominają cię, byś zgadzał się na stawki godzinowe porównywalne ze stawkami *robotników pomocniczych transportu i tragarzy* (dane i nomenklatura GUS), wynika to z ich dbałości o dobro wspólne; • nie bierz dowodów wdzięczności od pacjentów – weź przykład z ministra zdrowia; • wobec pacjentów koleżanko/kolego posługujesz się własnym nazwiskiem, a posługiwanie się nazwiskiem ministra zdrowia nie ma sensu – średnio urzęduje około roku i przez pierwszy rok *przygląda się sytuacji w temacie zdrowie*; • minister cię rozumie, współczuje, popiera i uznaje twoje racje, bo przecież on jest *zaczynem człowiekiem*, a jego uznanie, obietnice lub pogrożki zastąpią pieniądze dla twojej rodziny; • następny minister zdrowia lub premier będzie głądzić podobnie; obiecywać lub straszyć, gdy zobaczy, że zamiast myśleć o bieżących i już utraconych dochodach własnej rodziny, dajesz się wpuścić w ślepią uliczkę dyskusji o składce zdrowotnej, stawce za punkt rozliczeniowy, dochodach budżetu, planowanych działaniach, uchwalanych ustawach lub też o rezerwach i dotacjach NFZ, restrukturyzacji, długach i przekształceniach nzo-ów i szpiz-ów. Po tym, jak koleżanko lub kolego doktorze zostawisz troskę o budżet państwa, budżet NFZ, restrukturyzację szpiz, płatność za procedury, wysokość stawki kapitałowej i punktu rozliczeniowego itd. lepiej zarabiającym i bardziej dbającym o swoje rodziny niż ty politykom, dyrektorom i urzędnikom, pomyśl o sobie. Wycień, ile warta jest twoja praca – miej odwagę powiedzieć głośno, na ile ty ją wyceniasz. Czy wartość godziny twojej pracy etatowej brutto powinna być porównywalna z przeciętną stawką godzinową osób z wykształceniem (dane z *Rocznika statystycznego*, 2005 r.): podstawowym i niepełnym podstawowym 9,54 zł/godz., gimnazjalnym 11,27 zł/godz., zasadniczym zawodowym 9,91 zł/godz., średnim ogólnokształcącym 12,56 zł/godz., średnim zawodowym 12,65 zł/godz., policealnym 13,10 zł/godz., wyższym z tytułem inżyniera lub licencjata 20,37 zł/godz., wyższym z tytułem doktora lub magistra lub równoważnym 25,24 zł/godz. Jeśliśbyś uważał/a, że twoja praca winna być wyceniona podob-

nie jak praca prawnika zatrudnionego w sektorze publicznym (opłacany z budżetu), to weź pod uwagę jeszcze stawkę 33 zł/godz. brutto. Wyceniając godzinę pracy, nie daj zapędzić się w kozi róg, rozważając budżet pośredniczącego między pacjentem a tobą nowotworu, jakim jest NFZ, a po kosztownej wymianie szyldów instytucja okradająca lekarzy i pacjentów będzie się nazywała jeszcze inaczej. Czy naprawdę to ciebie, lekarza okradanego przez polityków i lekceważonego z racji niskich zarobków przez pacjentów, powinno obchodzić, jaki będzie budżet tej pasożytniczej instytucji? Czy może jednak jest to problem sówicie wynagradzanych polityków, dyrektorów i urzędników? Ustalając stawkę, miej koleżanko/kolego na uwadze słowa wicepremier Gilowskiej: *Go-spodarka to system naczyń połączonych.*

Przelicz!

W gospodarce narodowej, *systemie naczyń połączonych*, jest 12,720 mln zatrudnionych, spośród których tylko 9% ma pełne wykształcenie wyższe. Tych 12 720 000 osób średnio otrzymuje po 2338 zł za 172 godziny pracy miesięcznie! (wszystkie dane wg GUS). Dlaczego to właśnie ty masz rezygnować z należnych swojej rodzinie dochodów? Zapytaj też najbliższe ci osoby, czy masz prawo rezygnować z należnej ci stawki? Przed pochopnym samoo graniczeniem – wysokości stawki lub terminu wypłaty normalnej stawki – miej na uwadze, że prawdopodobnie nigdy nie odzyskasz kwot, z których byliście okradani! Czy jeśliby złodziej co miesiąc zakradał się do twojego domu i burząc spokój rodziny, okradałby was co najmniej z 5 tys. zł, czy też byłbyś bierny? Czy też odkładałbyś decyzję o przywróceniu stanu normalnego? Czy też byś negocjował ze złodziejem harmonogram okradania was z mniejszych kwot? Czy w ogóle przysłoby ci do głowy, by prosić o okradanie np. tylko z 3 tys. zł miesięcznie? A może byłbyś usatysfakcjonowany, gdyby okradający twoją rodzinę w świetle jupiterów podpisał jakieś porozumienie z Komitetem na rzecz Wzrostu? Czy wystarczyłoby ci to, że złodziej uchwalił nową ustawę np. 204, nie przestając **natychniać i całkowicie zabierać Ci owoców Twojej pracy?** Jeśli **gospodarka to system naczyń połączonych**, dlaczego wypływające zawsze na wierzchołku... inaczej *klasa próżniacza* (by nie użyć brzydki pachnącego słowa), powoduje, że właśnie twoja stawka jest dziś tak niska i osiągnęła dno w *systemie naczyń połączonych*? Gdy ustalisz swoją stawkę godzinową, wiedz także, że powinna być ona wyższa o 50% w nocy i o 100% w dni wolne (np. X zł brutto za godzinę pracy w dzień, 1,5X zł brutto za godzinę w nocy i 2X zł za godzinę w dni wolne – zamiast X wstaw jedną ze średnich stawek godzinowych podanych przez GUS – wybierz poziom wykształcenia). Nie lękaj się zarabiać jak lekarz, nie jak wyrobnik. Nie lękaj się przed samym sobą przyznać, że zasługujesz na pieniądze swoją pracą, a materialne efekty pracy przeznacz na zabezpieczenie przyszłości własnej i swojej rodziny. Nie lękaj się też się o liczbę godzin pracy. Na lekarza przypada w Polsce 456 obywateli – natomiast w Grecji 220, a we Włoszech 229. Największe z krajów UE obciążenie pracą jest w Norwegii – 357 i Portugalii – 377 obywateli (dane brytyjskie mówią o 463 osobach na lekarza – dotyczą jednak tylko państwowego NHS). Po niezbędnych i odkładanych długo zmianach pracy wystarczy dla ciebie i ewentualnych kolegów

z Ukrainy i Białorusi. Na przyjazd do pomocy lekarzy z Rosji specjalnie nie licz, bo już teraz zarabiają u siebie więcej niż mogliby nominalnie zarabiać w Polsce. Za to postsowieckie islamskie republiki środkowoazjatyckie mogą być rzeczywistym źródłem napływu lekarzy – nie lękaj się – pracy wystarczy dla wszystkich. Nie lękaj się o przywiązanie do etatu – 2 marca 1864 r. ukaz carski zniósł przywiązanie chłopów do ziemi i nikt wielce nie rozpaczał. Ty też nie będziesz płakać za utraconą białą pańszczyznę. To, że nie ma perspektyw na porozumienie z politykami zabierającymi pieniądze tobie i rzekomo w twoim imieniu ludziom chorym, nie oznacza, że wina leży po twojej stronie – tak tylko głoszą ludzie korzystający z nędzy leczonych i leczących. Czy pamiętasz koleżanko/kolego

z przełomu roku 1988/1989 wezwania polityków do opamiętania się, bo *kraj pogrąży się w chaosie*? Od tego czasu w wewnętrznym chaosie, apatii i frustracji pogrążyli się lekarze. Ówczesni oraz nowi politycy obrośli w tuszcz i piórko, lejąc krokodylę łzy nad rzekomo zagrożonymi przez lekarzy pacjentami. Nie wiąż, koleżanko/kolego, żadnej nadziei z mitycznymi już negocjacjami, spotkaniami, debatami sejmowymi – czy od zwolnionego z okazji żniw plenum KC PZPR przybyło choć jedno ziarno? Nie trać swojego życia na strajki i protesty, ignorowane i wyszydzone przez władze, gdy mogą zniechęcić do ciebie pacjentów!

To nie pacjentom odmawiasz pomocy, lecz władzom odmawiasz prawa do dalszego odbierania cię z należnej stawki godzinowej! Nie licz specjalnie na inicjatywę Izby Lekarskich i Komitetu Wzrostu te – skądinąd poczciwe – instytucje mogą tylko skoordynować działania twoje i kolegów. Zdecyduj, czy bardziej zobowiązana/y jesteś troszczyć się o bliskich czy domagać się nowych ustaw typu 203. Nie lękaj się samodzielnie przemyśleć swojej stawki godzinowej jako człowiek wolny, pracujący w wolnym zawodzie. Po raz ostatni już cytując *Rocznik*

statystyczny z 2005 r. (tabela 165 na str. 233)

– w Polsce 31 grudnia 2004 r. zatrudnionych na umowie o pracę było 10,114 mln osób, a pracujących na własny rachunek i pracodawców (częściowo się pokrywają)

5,261 mln. Nie stanie się nic złego, jeśli zwolnią się etaty, na których byłaś/eś odbierany ze swego wynagrodzenia. Ta sama praca z dnia na dzień może być wykonana przez lekarzy pracujących na własny rachunek lub praktykach grupowych – obejmujących, np. jedno stanowisko pracy, jedną przychodnię, jeden oddział lub jeden szpital – pozwalają na to obowiązujące już dziś przepisy! Stracą tylko urzędnicy zajmujący się pieniędzmi przeznaczanymi na zdrowie. Lecz zyska twoja rodzina i pacjenci. Ty, koleżanko/kolego, nie troszcz się o przyszłość tracących grunt pod nogami polityków, urzędników kas chorych, dyrektorów szpitali (być może także niektórych bardzo krótkowzrocznych ordynatorów). Troszcz się jednak o przyszłość swoją, swojej rodziny oraz tych chorych, którzy właśnie tobie zwrócili się o pomoc. Nie zgadzaj się na rozwiązania w *ćwierć drogi* typu 30% od października, *jeśli NFZ znajdzie rezerwy!* Rezerwy NFZ są problemami NFZ – nie ty bierzesz pieniądze za wypicie piwa nawarzonego przez urzędników ciągłych reformatorów. Pamiętaj! Prowizorki są zwykle najtrwalsze – ustawa 203 też miała być wstępnym krokiem do podwyższenia zarobków – dotychczas nie wiadomo, kto ma za nią odpowiadać. Żelazna i podstawowa re-



guła negocjacji brzmi – **w każdym negocjacji pierwsze ustępstwo jest największe!** Nie daj się wtłoczyć w grupę *pracowników służby zdrowia* – pracownicy techniczni i pomocnicy szpitali także zarabiają niewiele, lecz ich stawki nie odbiegają tak skandalicznie od wynagrodzeń innych pracowników, mających takie samo wykształcenie jak oni. Potrzebna jest zmiana mentalności lekarza – twojej mentalności! Jesteś człowiekiem wolnym, a zawód, który wykonujesz od czasów Hipokratesa, najlepiej wykonywany jest w sposób wolny! Zawodami wolnymi są też m.in. adwokat i architekt, a prawo do sądu i prawo do dachu nad głową także przysługuje każdemu człowiekowi. Nikt jednak nie okrada ich z wartości pracy tak, jak okradani są lekarze. Nie lękaj się zmian, bo będą to zmiany na lepsze! Niech stawka godzinowa lekarza będzie porówny-

do zastanowienia się, o jakie stawki godzinowe warto się upominać. **Akceptuj stawkę godzinową tylko w walucie akceptowanej przez twój bank.** Nie zgadzaj na podwyżki procentowe ani kwoty bazowe, bo na tym oszukiwano cię najczęściej. **Nie zgadzaj się na stawkę wirtualną** wyrażoną w procentach PKB, stawce kapitałowej, punktach rozliczeniowych lub czymś podobnym – **kurs wymiany będzie określany przez tych, którzy do dziś okradają twoją rodzinę.** Dane zaczerpnięte zostały wyłącznie z *Rocznika statystycznego* z 2005 r. (częściowo dostępne są w Internecie http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/praca_ludnosc/index.htm). Dane dotyczące liczby nadgodzin wypracowywanych przez lekarzy pochodzą z Ministerstwa Zdrowia (poufne, niepublikowane dane o dyżurach lekarskich zbierane po wyroku Europejskiego Trybunału

To, że nie ma perspektyw na porozumienie z politykami zabierającymi pieniądze lekarzom i rzekomo w ich imieniu ludziom chorym, nie oznacza, że wina leży po stronie lekarzy

walna ze stawką prawnika lub przedstawiciela innego wolnego zawodu! Jeśli, koleżanko/kolego doktorze, chcesz sam/a zrezygnować z wyższych stawek godzinowych, bo masz dodatkowe nieopodatkowane dochody, jesteś ordynatorem, dyrektorem szpitala lub sympatykiem kas chorych, zrezygnuj w swoim imieniu (jeśli to mała, podpisz lojalnie na przyszłość). Nie zabraniaj jednak kolegom ani podwładnym dbać o dobro swoich rodzin – być może kiedyś koło fortuny odwróci się i to Ty – obecny VIP – będziesz prosić ich o pomoc. Po przeczytaniu, szanowna koleżanko/szanowny kolego, sam/a sobie odpowiedz, na jakie zarobki lekarza stać Polskę. Tekst wyślij e-mailem, pocztą lub po wydrukowaniu przekaz osobiście możliwie największej liczbie lekarzy – niech będzie to także dla nich przyczynkiem

Sprawiedliwości). Dane na temat oszczędności ministra zdrowia podano za tygodnikiem *Wprost* (15 stycznia 2006 r.), dostępnych w Internecie <http://www.wprost.pl/ar/?O=85873>.

Dedykuję lekarzom, dziś zaczyna się ich święto. Dzień sądu lub dzień pobudki. Jestem również pod wrażeniem siły, z którą rozpoczęła się „walka” o normalność. Tak naprawdę jest to walka o prawdziwy i – jak powiedziałby nasz papież (a nie demagogi czy inni socjaliści) – ludzki kapitalizm. Osobiście życzę im powodzenia. Życzę sobie stuprocentowej prywatyzacji. Życzę sobie likwidacji NFZ oraz ZUS. Definitywnie!

PIOTR SZEWCZYK

Czy lekarze mogą strajkować?

Niektórzy koledzy mają wątpliwości ze względów zarówno formalnych, jak i etycznych.

Strajk jest zawsze dolegliwy dla społeczeństwa. Bez względu na to czy strajkują maszyniści na PKP, poczta, górnicy, tramwajarze, czy lekarze. Niestety, taka jest jego istota. Chodzi przecież o to, żeby wymóc na rządzących wzięcie pod uwagę żądań protestujących. Jeżeli zawiodą inne formy protestu pozostaje strajk. Postulatami, apelami, rozmowami, oflagowaniem, marszami protestacyjnymi nic nie udało się wskórać. Przynajmniej lekarzom. Dolegliwość, jaką powoduje strajk, może spowodować niezadowolenie społeczeństwa. A tego rząd się boi. Może nie liczyć się z lekarzami, ale musi się liczyć z wyborcami. I być może będzie bardziej skłonny do słuchania i działania. Tak zawsze było, jest i będzie. Po to wymyślono strajki.

Jednak niektórzy lekarze mają wątpliwości, czy wolno nam nie pracować. Część mówi: no dobrze, coś tam dostaniemy, więc skończmy z tym. Jest przecież *Kodeks etyki lekarskiej*, który sami uchwaliliśmy. Jak nie leczyć i jednocześnie sprawić, by nie odczuli tego pacjenci? A my przecież prężyliśmy, że będziemy im pomagać.

Dzięki dobrej organizacji można zmniejszyć dolegliwości związane z akcjami protestacyjnymi, ale nie ma mowy, żeby je wyeliminować. Taka jest prawda. Lekarzy boli, że gazety nazwały ich terrorystami i bandytami, bo o tydzień przesunęły terminy przyjęć pacjentów. Natomiast te same gazety przez lata nie protestowały, gdy niedostatki w służbie zdrowia powodowały, że zapisywano pacjentów w kilkumie-

sięcznych kolejkach. Ilu z nich nie doczekało leczenia? To przecież także przeciwko takiej sytuacji protestują lekarze. Dlaczego nikt tego nie widzi?

Strajk jest częścią sporu zbiorowego pomiędzy pracownikami i pracodawcą. Spór zbiorowy, a także strajk może prowadzić tylko związek zawodowy. Żeby strajk był legalny, muszą być spełnione wszystkie warunki, w tym referendum w sprawie strajku. Z opracowania prof. dr. hab. Henryka Lewandowskiego z Katedry Prawa Pracy Uniwersytetu Łódzkiego wynika, że jeżeli strajk dotyczy tylko lekarzy, to także należy przeprowadzić głosowanie, ale tylko wśród lekarzy, a nie wszystkich pracowników np. szpitala.

Formę głosowania określa związek zawodowy reprezentujący pracowników w sporze zbiorowym.

Pracownicy, którzy nie mają w swoim zakładzie pracy związku zawodowego, mogą zwrócić się do innego związku zawodowego o reprezentowanie ich praw i interesów w sporze zbiorowym z pracodawcą. To prawo przysługuje także lekarzom.

Wynika więc, że lekarze, podobnie jak inni pracownicy, mogą strajkować. Dobrze, że mają opory przed proklamowaniem strajku. To znaczy, że swój zawód postrzegają również jako powołanie. Strajk to nie jest ich widzimisię. Musi być poczucie wielkiej krzywdy i bezsilności, żeby lekarze zdecydowali się nie otwierać swoich gabinetów. Tak jak dzieje się to dziś.

Delegatura leszczyńska



Lewo – prawo – RAZEM – marsz!

PRZEMYSŁAW
KOZANECKI

10 maja w środku dnia sypreny, gwizdy i donośne głosy zdeterminowanych uczestników marszu protestacyjnego o opcjach politycznych, jak w tytule – czyli z prawicy i lewicy, bez różnicy, bo z gardłem ściśniętym pętlą marnych wynagrodzeń, jakie otrzymują za harowę, niezrządkiem niewystarczających do pierwszego – echem odbijały się od Zamku Królewskiego, budynków przy Krakowskim Przedmieściu, Wiejskiej i od siedziby premiera. Raczej nie czułem piknikowej atmosfery, siłą rzeczy zwykle typowej dla masowych imprez, a było nas kilka tysięcy. I nic dziwnego, bo przynajmniej w mojej prywatnej opinii – BASTA! Kolejne lata czczych obietnic, trudności obiektywnych albo i nieobiektywnych – zdaje sobie przecież sprawę, że rzetelne rusze-

nie problemu finansowania opieki zdrowotnej i – głównie! – radykalna poprawa naszych płac grozi wywróceniem każdego rządu i każdej koalicji – nie dają już poczucia oczekiwania na lepsze czasy, ale poczucie zwyczajnej wściekłości. Jej warszawsko-majowy upust, bardzo pokojowy w końcu, bo bez bijatyki, dymu i kamieni, oby pogończył decydentów, a nie wzbudzał frakcyjnych walk koalicjantów rządowych i kunktatorskich ruchów przesuwających terminy dyskusji czy decyzji, bo to ślepy już jest tor. Jasno trzeba powiedzieć: wrzód pękł, kataplasy nie pomogą, czas na radykalne decyzje! Klęski nie będzie, bo ona już jest.

Przedstawiciele wszystkich związków zawodowych działających w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Lesznie i Delegaturze Leszczyńskiej WIL zwały grupą przemaszewali wspomnianą trasą, napędzani może iluzoryczną nadzieją na poprawę sytuacji, ale nieiluzorycznie zdeterminowani żądaniem zmian. I nie odpuscimy.



A nam nie jest Titicaca!



Na ten wyjazd zbieraliśmy siły (i środki!) przez 35 lat.

Do jeziora dotarliśmy od strony peruwiańskiej. Wyruszyliśmy z Cuzco wzdłuż życiodajnej rzeki Urubamba. W dół rzeki, w stronę Ukajali i Amazonii prowadzi droga do Machu Picchu, natomiast w górę pradawny szlak inkaski wiedzie aż do źródeł Urubamby na przełęcz La Raya, położoną na wysokości 4300 m n.p.m. Potem już droga na płaskowyżu andyjskim Altiplano prowadzi do brzegów największego jeziora Ameryki Południowej, jednego z najwyższych (3812 m n.p.m.) położonych żeglownych jezior na świecie. Peruwiański port to miasto Puno. Popołudniową porą docieramy do nadbrzeżnego hotelu *Posada del Inca*, szybko gasimy pragnienie i brak tlenu dwoma szklaneczkami herbaty z liści koki i wyruszamy szybką łodzią motorową na pływające wyspy, które od wieków Indianie z plemienia Uru mozolnie budują z wszechobecnej trzciny i ciągle odnawiają. Wieczór



spędzamy w miejscowej restauracji, obowiązkowo degustując steki z alpaki i *trucha criolo* – największego pstrąga świata, hodowanego w jeziorze.

Następnego dnia przejazd do Copacabany, już po stronie boliwijskiej. Jezioro jest dla Boliwii ostatnim symbolem morza – przegrywając kolejne wojny, utracili dostęp do Pa-

cyfiku na rzecz Peru i Chile i dziś flotę wojenną utrzymują symbolicznie na jeziorze. Copacabana to najważniejsze sanktuarium Ameryki Południowej. Znajduje się tam słynący łaskami cudowny wizerunek Ciemnej Madonny. Boliwijczycy mają żal do watykańskich urzędników, że nie pozwolili na odwiedzenie świątyni naszemu Ojcu Świętemu, który przebywał w pobliskim La Paz. Ale podobno boliwijskie wysłużone helikoptery były zbyt niebezpieczne.

Pod kościołem tłumnie zgromadzone rodziny boliwijskie, które przybyły, żeby poświęcić swoje samochody. Święci je franciszkanin w klasycznej bejsbolówce.

Wsiadamy na katamaran, by dotrzeć do Wyspy Słońca, od której zaczęło się inkaskie imperium. Na tej wyspie, na skale Titicaca – co oznacza szarą pumę – przyszedł na świat, jak wierzą Indianie, biały bóg, Wirakocza, pierwszy Inca Manco Capac i jego siostra Mama Huaca. Wyspa do dziś pozostaje świętym miejscem dla Indian Keczua, zamieszkujących stronę peruwiańską i plemion Ajmara ze strony boliwijskiej.

Płynąc po zalanych promieniami słońca jeziorze na trzciniowej łodzi, na której wzorował się Heyerdahl, budując tratwę *Kon-Tiki*, wysyłamy sms do współpracowników w Poznaniu. Po chwili dostajemy odpowiedź: **a nam nie jest Titicaca.**

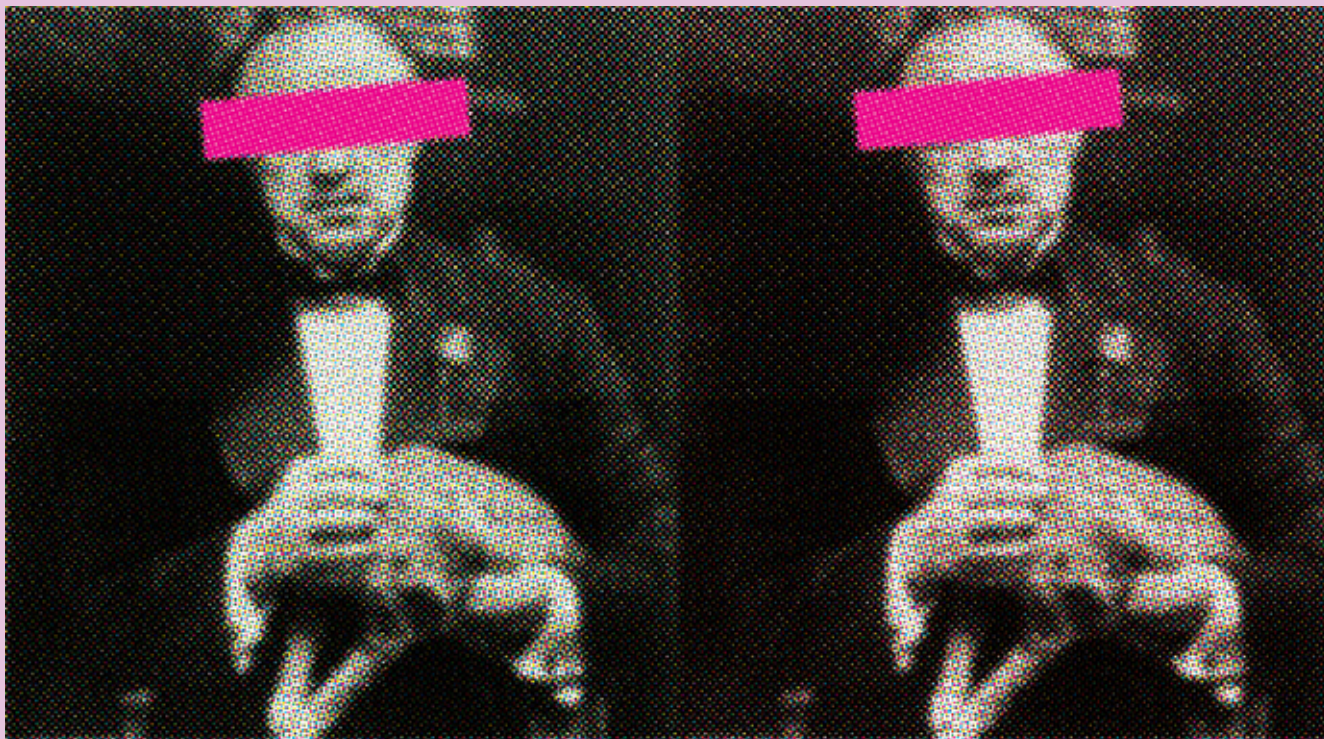
KATARZYNA I PIOTR DYLEWICZOWIE



Dlaczego w Polsce ciągle obowiązuje model ordynatorski?

Kto rządzi w szpitalu

Wydawałoby się, że najważniejszą osobą w szpitalu powinien być dyrektor. Tymczasem zdarza się, że placówką faktycznie zarządzają ordynatorzy, a najczęściej profesorowie – kierownicy klinik, którzy traktują oddział jak państwo w państwie. Winien temu jest system. Podczas gdy na świecie funkcjonują obok siebie systemy konsultancki, mieszany i ordynatorski, w Polsce jedynym dozwolonym jest ten ostatni.



graf. natasha

Stały postęp nauk medycznych, rozwój nowych technologii oraz coraz większa innowacyjność terapii wymusza zmiany w systemach zarządzania ochroną zdrowia. Tymczasem praktyka naszego systemu zarządzania pokazuje, że polskim lekarzom najbliższy jest model, który narodził się w Prusach i Rosji.

ekonomiczną i farmakoekonomiczną oraz bilansowaniem kosztów. Za leczenie odpowiedzialne są grupy lekarzy kierowane przez konsultanta. W ten sposób zdejmuje się większość odpowiedzialności z odpowiednika polskiego ordynatora, a pacjentowi stwarza się możliwość wyboru konsultanta, a nie oddziału. Dzięki takiemu rozwiązaniu

„W szpitalach miejskich, wojewódzkich i powiatowych niemal tradycją stało się dziedziczenie funkcji ordynatora z ojca na syna”

Jak za króla Ćwieczka

Na mocy rozporządzenia ministra zdrowia na ordynatora złożono 38 obowiązków. Przede wszystkim odpowiada on za leczenie ludzi, ale także wykonuje różne zadania organizacyjne, administracyjne, koordynuje pracę lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, psychologów, laborantów i aptekarzy oraz uczy swoich asystentów zawodu. Ponadto odpowiada za zabezpieczenie przeciwpożarowe i zagrożenia epidemiologiczne. Krótko mówiąc – człowiek orkiestra.

W systemie konsultanckim funkcję zarządzającego pełni *clinical manager* – osoba zajmująca się logistyką, analizą

konsultant nie musi być omnibusem, a zarazem traci część swojej władzy, której polskie mechanizmy zostały kiedyś przez dr. Jarosława Pinkasa nazwane feudalnym nastawieniem do swoich pracowników. – *Zgadzam się z takim określeniem, bo z czasów pracy w Polsce system ten wspominam jako dosyć ponure rozwiązanie, w którym jeden człowiek decydował o dostępie do stołu operacyjnego, specjalizacji i możliwości zrobienia doktoratu. Zarazem jeśli ordynator był skrajnie nieuczciwy, to stosując negatywną selekcję, bronił swojej pozycji i stanowiska, gwarantując sobie nieusuwalność* – mówi dr Jacek Molicki, doświadczony pediatra-neonatolog, który przez 8 lat pra-

Siedmiu wspaniałych

W skład 7-osobowej komisji wybierającej ordynatorów wchodzi przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej, 2 przedstawiciele Okręgowej Izby Lekarskiej (specjalistów w dziedzinie, której dotyczy konkurs) i lekarz specjalista, ordynator podobnego oddziału, którego dotyczy konkurs. Jest też konsultant wojewódzki w danej dziedzinie (przedstawiciel towarzystwa naukowego z danej dziedziny). W ostatecznym wyborze ordynatora uczestniczą jeszcze 2 osoby (nie muszą być one specjalistami w danej dziedzinie). Jest to dyrektor zakładu opieki zdrowotnej, dyrektor szpitala ogłaszającego konkurs i przedstawiciel Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położonych.

cował w jednym z największych ośrodków akademickich w Holandii.

Włodarze szpitala

Mimo wielu negatywnych opinii na temat systemu ordynatorskiego, w Polsce nawet próby dyskusji nad zmianą obecnego układu są dławione w zarodku. Pierwszy raz próbę taką podjęto za rządów AWS. – *Doszliśmy wtedy do wniosku, że określenie faktycznej władzy w szpitalu zależy od autorytetu dyrektora placówki. Szef z długoletnim stażem potrafi swoich ordynatorów trzymać w karchach. Niestety, osoby słabsze poddają się i wtedy może się zdarzyć, że to szefowie klinik stają się faktycznymi włodarzami szpitala* – mówi Andrzej Ryś, wiceminister zdrowia w rządzie Jerzego Buzka.

O potrzebie sprawowania władzy oraz wyjątkowej solidarności układu profesorsko-ordynatorskiego najlepiej świadczy sposób uchwalania statutu Akademii Medycznej w Warszawie. Na posiedzeniu zjawilo się, jak nigdy przedtem, 100 proc. profesorów. I to ich głosami zdecydowano, że kadencja kierownika kliniki trwa 8 lat, a konkursu na kolejną kadencję nie będzie. Profesorowie ustalili, że warunkiem przedłużenia umowy będzie okresowa ocena dorobku (dodajmy: dokonywana przez kolegów). W ten sposób elita wykluczyła się z postępowania, które przewidziano dla innych kategorii ordynatorów. Bo przecież kierownicy klinik są także ordynatorami.

Ordynator dziedziczny

Tak postępują profesorowie. W szpitalach miejskich, wojewódzkich i powiatowych niemal tradycją stało się z kolei dziedziczenie funkcji ordynatora z ojca na syna. – *To nie przypadek. Taki model gwarantuje pracę, przedłużenie układu oraz władzy nad szefem szpitala. W ten sposób układ ordynatorski staje się źródłem patologii* – mówi anonimowo szef jednego z wielkopolskich szpitali. – *Co gorsze, wybieranie ordynatorów odbywa się na zasadzie konkursów, w których dyrektor szpitala ma*



for. Dzięk

Andrzej Ryś, wiceminister zdrowia w rządzie Jerzego Buzka: – Szef placówki z długoletnim stażem potrafi swoich ordynatorów trzymać w karchach. Niestety, osoby słabsze poddają się i wtedy może zdarzyć się sytuacja, że to szefowie klinik stają się faktycznymi włodarzami szpitala

tylko jeden głos. W ten sposób szef placówki nie ma możliwości dobierania sobie współpracowników. Robi to za niego komisja – dodaje Marek Haber, dyrektor szpitala w Suchej Beskidzkiej, człowiek, który jako jeden z niewielu zdecydował się wprowadzić w swoim szpitalu system konsultancki.

O degrengoladzie obecnego układu mówił w poprzedniej kadencji senator Wojciech Pawłowski. W swoim wystąpieniu najpierw przypomniał, że *szara strefa* w polskiej medycynie pochłania 12 mld zł, a pieniądze te bierze do swoich kieszeni, postępując niezgodnie z prawem, a czasem i niezgodnie z etyką, mała grupa ludzi. Zdaniem Wojciecha Pawłowskiego, to skutek zachowania systemu ordynatorskiego, który senator określił jako najgorszy z możliwych.

W ten dosyć zawołowany sposób senator III RP wskazywał tych, których tzw. opinia społeczna zaczęła nazywać mafią lekarską. W obraźliwym określeniu wzajemnie wspierającej się rodziny medyków kryje się jednak ziarno prawdy. Potwierdzają to sami lekarze. – *Nie uczestniczyłem w setkach konkursów, ale te, z którymi miałem w ten czy inny sposób okazję się zetknąć, przynosiły rozstrzygnięcia, ale nie merytoryczne. Wszystkie były ułożone wcześniej i przykro mi, ale nadal tak się to odbywa* – stwierdził kiedyś dr Wojciech Puzyna, dyrektor Szpitala Ginekologicznego im. św. Zofii w Warszawie.

Model feudalny

Dyrektor Puzyna już dawno zastąpił system ordynatorski konsultanckim. Dlaczego? – Po pierwsze, bo w Polsce dominuje feudalny model ordynatury. Po drugie, bo główni konsultanci odpowiadają tylko za leczenie, kształcenie młodszych lekarzy i organizację pracy zespołu lekarskiego. I po trzecie, bo na stanowiska głównych konsultantów nie przeprowadza się konkursów.

Model konsultancki jest stosowany np. w Holandii, w Anglii i w Stanach Zjednoczonych. – *To system o zabarwieniu niemal demokratycznym. W holenderskich szpitalach nie ma funkcji ordynatora, są natomiast stanowiska supervisorów, lekarzy z odpowiednim stażem i specjalizacją, którzy rotacyjnie sprawują kontrolę nad terapią oraz*

Ordynatorski czy konsultancki?

mgr Małgorzata Kalińska,

dyrektor Samodzielnego Dziecięcego Szpitala w Warszawie

Moim zdaniem, obowiązujące przepisy i praktyki stosowane podczas konkursów na stanowiska ordynatorów nie spełniają warunków pozwalających wybrać najlepszych. Tak naprawdę nie dają również dyrektorowi możliwości zatrudnienia osoby, która gwarantowałaby zabezpieczenie pracy oddziału pod względem medycznym, organizacyjnym i ekonomicznym.

prof. Krzysztof Bielecki,

ordynator chirurgii Szpital im. W. Orłowskiego w Warszawie

W medycynie nie ma miejsca na demokrację. Możecie mnie odsądzić od czci i wiary, ale ja nie chciałbym być pacjentem na oddziale, gdzie panuje pełna demokracja, luz, blues, każdy robi, co chce, każdy jest konsultantem (...) Czy chcecie lecieć samolotem, gdzie nie ma pierwszego pilota i kapitana? Ja bym nie wsiadł do takiego. Ordynator jest autorytetem moralnym. W każdym zawodzie, w każdym dziale gospodarki i życia społecznego zdarzają się patologie. Trzeba je znaleźć i z całą bezwzględnością konsekwentnie karać.

dr Grzegorz Luboiński z Centrum Onkologii w Warszawie

Jeden z moich kolegów, uzyskawszy stopień doktora habilitowanego, powiedział: *No, stary, teraz do emerytury już nie muszę absolutnie nic robić, nikt mnie nie ruszy.* I takie są realia polskiej medycyny.

dr Grzegorz Krzyżanowski, przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi, ordynator oddziału zabiegowego

System konkursów powstał dlatego, żeby odejść od poprzedniego systemu, w którym to sekretarz partii powoływał niemalże każdego ordynatoraczy kierownika kliniki. Macie państwo zastrzeżenia do systemu konkursowego? – Ja mam zastrzeżenia do systemu przetargów publicznych. Mam także zastrzeżenia do wszystkich systemów, w których określone grono decyduje, kto ma wygrać. W każdym systemie znajdziemy nieprawidłowości i każdy system należy ulepszać. Nie wolno potępiać całego systemu. On zapewne nie jest doskonały, ale określmy w nim kryteria, którym ordynator powinien odpowiadać.

dr Andrzej Włodarczyk,

przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Wielu członków komisji konkursowej jeszcze przed rozstrzygnięciem konkursu wie już, kto ma być ordynatorem. Takie są realia. Zdarzało się, że miałem telefony z sugestiami, kto jest lepszy, a kto gorszy.

Tadeusz Bokwa, dyrektor warszawskiego Szpitala dla Dzieci

Jestem lekarzem z ponad 25-doświadczeniem zdobytym początkowo w szpitalu klinicznym, a następnie w szpitalu typu miejskiego na stanowisku ordynatora. Od kilku lat pełnię funkcję dyrektora szpitala (...) Uważam, że na czele zespołu musi stać kierownik, ordynator, osoba, która odpowiada całościowo za dany oddział. Ale w ramach tego zespołu widzę miejsce dla konsultantów (...) Ogromny postęp w medycynie w ostatnich latach, wprowadzanie nowych urządzeń leczniczych, stosowanie nowych technik operacyjnych, powstawanie nowych specjalności, zmusza do tworzenia zespołów zajmujących się leczeniem wad, chorób określonego narządu na najwyższym poziomie. Uważam, że na czele takiego minizespołu powinien stać lekarz specjalista w randze konsultanta.

Cytaty pochodzą z zapisu dyskusji poświęconej problematyce funkcjonowania systemu ordynatorskiego w zakładach opieki zdrowotnej, jaka odbyła się w siedzibie Fundacji im. Stefana Batorego.

przydzielaniem zabiegów. Supervisorem może zostać każdy członek zespołu, pod warunkiem że spełnia określone warunki. Jest też stanowisko profesorskie, osoby nadzorujące, ale jej rola sprowadza się do zwracania uwagi na nowe publikacje, rodzaje terapii czy wskazywanie popełnionych błędów – mówi Jacek Molicki. – *W moim szpitalu lekarze mają umowy cywilnoprawne. Taki sposób zatrudnienia wyklucza nadzór, czyli ordynatora. Zamiast niego jest koordynator, zajmujący się ustalaniem pracy zespołów lekarskich. Odpowiedzialność za ewentualne błędy spada na lekarzy, a nie na dyrektora, który pracując z ordynatorami, których nie miał możliwości wybierać, jest także odpowiedzialny za część medyczną* – stwierdza Marek Haber.

Jacek Molicki dodaje, że zaletą systemu konsultanckiego jest podnoszenie jakości leczenia oraz ograniczenie możliwości tworzenia patologicznych układów. To przecież ordynatorzy decydują o zakupach sprzętu, stosowaniu określonych leków oraz zatrudnianych osobach (często są to członkowie rodzin i znajomi). Znane są wypadki zamykania przez ordynatorów niektórych pracowni i otwierania własnych klinik, które współpracują z oddziałami, np. na zasadzie umów o outsourcingu. Najgorsze – skarżą się na to młodzi lekarze – ordynator staje się na oddziale panem życia i śmierci (zawodowej). Może bowiem uniemożliwiać lekarzom wyjazdy na szkolenia, nie dopuszczać do interesujących zabiegów, a w efekcie utrudniać uzyskanie specjalizacji. Wszystko to w obawie przed rosnącą u boku konkurencją oraz po to, by uzyskać władzę niemal absolutną. Tymczasem, np. w USA szef kliniki jest zainteresowany jak najlepszym szkoleniem młodych medyków. Dlaczego? Bo jedną z najważniejszych zasad tamtego systemu jest to, że specjaliści kształceni na rezydenturach muszą podjąć pracę w innym stanie albo przynajmniej w innym mieście. Jak najlepsze wykształcenie staje się rodzajem referencji dla szefa kliniki, w której lekarz uzyskał specjalizację.

W Polsce niewielu dyrektorów jest w stanie przeforsować model konsultancki. Jednym z nich był prof. Zbigniew Religa. Jeszcze jako szef Instytutu Kardiochirurgii zdecydował się na likwidację oddziałów i wyznaczenie zespołów, które niezależnie wykonywały zabiegi, zajmowały się terapią oraz innymi zadaniami zakontraktowanymi przez NFZ. Na taki eksperyment mógł jednak pozwolić sobie obecny minister zdrowia. Jego śladem podąża co najmniej kilkunastu dyrektorów polskich szpitali. Reszta pozostaje na szachownicy w pozycji lauffra – szach i mat.

Kto naprawdę zarządza szpitalem

– sonda redakcyjna

fot. Marusz Forecki/TAMTAM



Przemysław Daroszewski, dyrektor Szpitala MSWiA w Poznaniu

– W szpitalu rządzi i powinien zawsze rządzić dyrektor, bo to on jest odpowiedzialny za jego funkcjonowanie. Natomiast w zakresie rządzenia merytorycznego, czyli za prawidłowe wykonywanie działań medycznych, leczenie, diagnostykę, zabiegi operacyjne, organizację funkcjonowania oddziału odpowiada ordynator oddziału. Oczywiście, działalność każdego z oddziałów, bez względu, na ich liczbę w danym szpitalu musi być skierowana w jedną stronę. I do tego, żeby spinać to funkcjonowanie – czasem rozbieżnych oddziałów – powołany jest dyrektor. Jeśli ordynatorzy będą ze sobą niezdrowo konkurowali w zakresie całościowym, to nie uda się prowadzić takiego szpitala. Dlatego dyrektor musi wskazywać cele, wizje rozwoju szpitala i organizować jego pracę w całości. Jedną z moich pierwszych decyzji po objęciu stanowiska dyrektora było powołanie komisji konkursowej na stanowiska ordynatorów i okazało się, że to już nie jest funkcja dożywnia, wszyscy nowi ordynatorzy podpisali 6-letnie umowy. W moim szpitalu obowiązuje system ordynatorski i jak na razie dobrze się sprawdza.

Krystyna Mackiewicz, dyrektor Szpitala nr 2 im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu

– Jak mówi stare powiedzenie, rządzi ten, kto ma pieniądze, a pieniądze ma dyrektor. Musi on jednak bardzo mocno wyrzucić swoje piętno na funkcjonowaniu szpitala. Bo można zrobić wszystko, ale bez autorytetu i pieniędzy nie da się zrobić nic. W naszym szpitalu funkcjonują dwa systemy – zarówno ordynatorski, jak i konsultacyjny. Jednak ponad 90 proc. to systemy ordynatorskie. Zaletą systemu ordynatorskiego jest to, że jest to jednostka szkoleniowa i naukowo-badawcza. Obecnie nikt nie finansuje szkolenia podyplomowego i w tym zakresie te jednostki odgrywają znaczącą rolę. Inaczej nie byłoby kogo oddelegować do szkolenia specjalistów, ponieważ w przypadku systemu konsultacyjnego bardzo trudno zobowiązać, na podstawie umowy cywilnoprawnej, grupę specjalistów do szkolenia podyplomowego innych jednostek. Wadą systemu ordynatorskiego jest to, że jest to zarządzanie z pozycji historii.



fot. Marusz Forecki/TAMTAM

Norbert Krajczy, dyrektor Szpitala w Nysie

– Moim zdaniem w szpitalu rządzi dyrektor, chociaż oczywiście wspólnie z całym zespołem ordynatorów oddziałowych. A dlatego m.in., że rozliczani jesteśmy z realizacji świadczeń – szczególnie z kontraktów z NFZ – wspólnie. Z systemem konsultanckim jest tak samo, jak z wprowadzeniem kontraktów dla lekarzy. Nie wprowadziłem tego systemu w swoim szpitalu, bo uważałem, że w przypadku publicznej służby zdrowia, gdzie byt tzw. jednostki uzależniony jest od płatnika, a on co chwilę zmienia nie tylko wymagania, ale i pewne kryteria, stwarza dużą niestabilność. Ponieważ nie mam kłopotów finansowych, a co za tym idzie – jestem rzetelnym pracodawcą, istniejące na moim terenie związki zawodowe nie mają już w stosunku do dyrektora pozycji roszczeniowej, ale to ja mogę od nich wymagać współpracy i wspólnego rozwiązywania problemów. Obserwowałem pracę w systemie konsultanckim w szpitalu partnerskim w Northampton w Wielkiej Brytanii i uważam, że takie systemy w Polsce to sprawa przyszłości. Musi się zmienić mentalność i myślenie jeszcze wielu moich kolegów o tym, że ordynator to, owszem, ważna funkcja, ogromna odpowiedzialność, ale to nie są czasy, w których najważniejszy jest gabinet ordynatora.



fot. Archiwum

Jacek Profaska, dyrektor Szpitala Dziecięcego przy ul. Krysiewicza w Poznaniu

– To dyrektor jednoosobowo odpowiada za funkcjonowanie szpitala i to on w nim rządzi. Również on powinien mieć decydujący głos w mianowaniu ordynatora, a nie komisja, chociaż Wielkopolska Izba Lekarska żąda, aby były przeprowadzane konkursy na stanowiska dyrektora. Uważam jednak, że dyrektor powinien mieć w tej sprawie najwięcej do powiedzenia, a nie tylko posiadać w 6-osobowej komisji jeden głos. Ordynatorzy powinni podporządkowywać się pewnym rygorom i tam, gdzie dyrektor wypracował sobie szacunek i władzę, tam tak jest. Niestety, jeszcze w wielu szpitalach pokutuje stary, właściwie historyczny model, gdzie ordynator jednego oddziału jest święty i wydaje mu się, że od niego wszystko zależy. To się jednak powoli zmienia. W moim szpitalu na urologii od 6 lat funkcjonuje system konsultacyjny i bardzo go sobie chwale. Niestety, do tego systemu trzeba dojrzeć, a nie wszyscy jeszcze to potrafią. W tym modelu nie ma miejsca na zazdrość i chore ambicje, bo wtedy nie ma szans na jego wprowadzenie. Generalnie uważam, że system konsultancki jest lepszy.



fot. Archiwum

Niezwykły Gość

W ubiegłym miesiącu gościliśmy w Polsce Benedykta XVI. To była przejmująca wizyta. Trudno byłoby o niej nie wspomnieć w naszym biuletynie. Odnotujmy dwa wydarzenia – spotkanie z młodzieżą i pobyt w Oświęcimiu.

Spontaniczność tego pierwszego spotkania wszystkich zaskoczyła. Radość wiwatującego tłumu ujęła papieża. Chyba już na zawsze pożegnaliśmy *pancernego kardynała* – oto czego potrafi dokonać młodość.



Podczas wizyty w obozie koncentracyjnym Auschwitz-Birkenau panowała cisza. W pamięć zapadnie nam samotna sylwetka papieża Niemca, pogrążonego w milczącej modlitwie pod ścianą straceń.

Dramatyczne pytanie papieża: *Panie, dlaczego milczałeś? Dlaczego na to pozwoliłeś?* jeszcze długo odbijało się echem od obozowych baraków.



Nie jest trudno być dobrym, wystarczy tylko chcieć

To są słowa, którymi zawsze kierował się ojciec Marian Żelazek. Ten niezwykły misjonarz werbista większość swojego długiego życia spędził w Indiach, niosąc pomoc najbardziej potrzebującym i najbardziej pokrzywdzonym przez los – trędowatym.

Miałam zaszczyt i wielkie szczęście, że mogłam go spotkać (13 lat temu w Indiach). W misji w Puri pracowałam w jego ośrodku dla trędowatych, a później wielokrotnie widywałam się z nim w Polsce, którą w ostatnich latach często odwiedzał.

Mój pobyt w Indiach nie był tylko pracą. Codziennie po zakończeniu przyjmowania pacjentów długo rozmawiałam z ojcem Marianem. Chociaż w zasadzie to on mówił, a ja słuchałam wspomnień o rodzinie, młodości, a zwłaszcza



fol. 2 x Anna Tarajkowska

tych najtragiczniejszych, z pobytu w obozach koncentracyjnych. Wspominał swoje pierwsze lata w Indiach, spędzone wśród Adibasów, pierwotnych mieszkańców tego kraju. Słuchałam tych historii jak zaczarowana. Ojciec był wspaniałym gawędziarzem. W sposób niezwykle barwny i zajmujący snuł swoje opowieści. Miały one i inny wymiar. Ojciec Marian w bardzo prostych słowach potrafił mówić o dobroci, o zrozumieniu drugiego człowieka, o wyrozumiałości nawet dla złego, które też nas przecież otacza. Jego słowa zawsze skłaniały do zastanowienia się nad sobą, nad własnym życiem, a czasem do zrewidowania poglądów.

Wielokrotnie byłam w Indiach, patrzyłam na pracę ojca Mariana. Widziałam, jak ludzie go traktowali, jak go kochali. Jestem nawet skłonna powiedzieć, że co czcili. Był dla nich po prostu dobrym ojcem, opiekunem, żywicielem i lekarzem nie tylko duszy, ale również ciała. Wszyscy, którzy u niego przebywali, chcieli się nauczyć tego dobra i miłości do ludzi.

Ojciec Marian odszedł, jak chciał – w Puri, w Indiach, do ostatniej chwili przebywając w swojej misji wśród trędowatych. Owoce jego działalności pozostały w Puri. Trzeba wierzyć, że jego praca, jego dzieło będzie kontynuowane, że razem z chętnymi kolegami lekarzami będziemy mogli – tak jak dotychczas – pojechać do Puri i leczyć mieszkańców wioski i dzieci, które przez tyle lat były pod naszą opieką.

Pamięć o ojcu Marianie Żelazku pozostanie w nas wszystkich, którzy go znaleźliśmy, a dla wszystkich niech jego słowa o dobroci będą sposobem na godne życie.

ANNA TARAJKOWSKA

Nowa siedziba Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu

Prawie każdy lekarz zetknął się w swojej karierze zawodowej z pogotowiem, jeśli nie na dyżurach w zespołach specjalistycznych czy ogólnych, to na pewno w czasie zajęć z ratownictwa medycznego w szkole ratownictwa. Nikt jednak nie zastanawiał się wtedy nad historią tej gałęzi medycyny, a tym bardziej nie uświadamiał sobie, że pogotowie ratunkowe działa w Poznaniu już prawie 80 lat.

Pierwszą stacją Pogotowia im. Marszałka Piłsudskiego otwarto dopiero 11 listopada 1928 r., 10 lat po uzyskaniu przez Polskę niepodległości, w gmachu Straży Ogniowej przy ulicy Grunwaldzkiej 16 z numerem alarmowym 66 66. Stacja dysponowała wtedy 1 karetką (z lekarzem, sanitariuszem i kierowcą). 1 lutego 1929 r. pogotowie przeniesione zostało do budynku hotelu Polonia (dziś 111. Szpital Wojskowy) przy ulicy Stolarskiej, gdzie mieściło się do listopada 1932 r. Jeszcze w tym samym roku ulokowano je w centrum miasta, w Masztalarni Zamku przy ulicy Fredry. Dzięki dotacji z ubezpieczalni społecznych zakupiono 3 karetki, zwiększył się też zakres usług, poprzez transporty chorych.

W kalendarzach miejskich publikowano wtedy odezwy do społeczeństwa: *Kto niepotrzebnie wzywa pogotowie, krzywdzi swoich bliskich, staje się winnym przez to, że utrudnia pracę pogotowia, ponieważ jest ono przeznaczone tylko do wypadków nieszczęśliwych, każde niepotrzebne zawezwanie karetki opóźnia pomoc lekarską w istotnie groźnych wypadkach, gdzie cenna może być każda minuta.* Myślę, że ta idea niewiele straciła na aktualności.

W czasie II wojny światowej pod egidą Niemieckiego Czerwonego Krzyża utworzono niemiecką stację pogotowia ratunkowego przy ulicy Chudoby, a następnie przeniesiono ją do szpitala Przemienienia Pańskiego przy placu Bernardyńskim. Po wojnie początkowo pogotowie mieściło się przy ulicy Głogowskiej 95, później przy ulicy Śniadeckich, a od stycznia 1951 r. do grudnia 2005 r. przy ulicy Chełmońskiego 20.

Różne były losy początkowo Miejskiej, a potem Miejskiej i Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego, różna była historia tworzenia poszczególnych zespołów zarówno reanimacyjnych, ogólnych, jak i wypadkowych.

W ostatnich latach zaszło wiele zmian. 1 stycznia 1999 r. pogotowie zostało przekształcone w spzoz, a jesienią tego

samego roku przemianowano je na Rejonową Stację Pogotowia Ratunkowego. 1 lipca 2000 r. połączono RSPR z Wielkopolską Kolumną Transportu Sanitarnego, wtedy też pojawiła się koncepcja przeniesienia głównej siedziby firmy z ulicy Chełmońskiego 20 na ul. Rycerską 10. Pomysł był o tyle łatwiejszy do realizacji, że akceptował go Zarząd Województwa Wielkopolskiego. Decyzja ta spowodowana była bardzo wysokimi kosztami eksploatacyjnymi budynku, jego niekorzystnym usytuowaniem wśród gęstej zabudowy mieszkalnej i trudnościami z wyjazdem karetek. W 2004 r., po rozstrzygnięciu konkursu na projekt architektoniczny, RSPR uzyskała zgodę na budowę, a w 2005 r., dzięki przychylności banku PKO BP, otrzymała kredyt długoterminowy na realizację tej inwestycji. W czerwcu zeszłego roku firma Posbau rozpoczęła prace budowlane. Uroczyste otwarcie placówki odbyło się 15 grudnia 2005 r. w obecności marszałka województwa wielkopolskiego, prezydenta Poznania, starosty powiatu poznańskiego i innych dostojnych gości.

Pogotowie uzyskało wsparcie Sejmiku Województwa Wielkopolskiego na docieplenie i doposażenie istniejącego budynku. W trakcie budowy zrealizowany został projekt utworzenia Centrum Powiadamiania Ratunkowego, które całkowicie zostało doposażone przez samorząd miasta Poznania i powiatu poznańskiego. Dzięki wsparciu samorządu RSPR uzyskała sprzęt teleinformatyczny i nowoczesne stanowiska dyspozytorskie.

Dobudowanie nowego budynku administracyjnego, Centrum Powiadamiania Ratunkowego, tlenowni i docieplenie starego budynku z wymianą stolarki okiennej kosztowało ok. 2,5 mln zł, z czego 1,8 mln zł jednostka zapłaciła z kredytu zaciągniętego w PKO BP, a pozostałą kwotę wyłożył Sejmik Wojewódzki.

Na zakończenie kilka liczb obrazujących ogrom pracy zespołów RSPR. W 2004 r. wyjechaliśmy do 11 800 wypadków, do 58 600 zachorowań i wykonaliśmy 51 000 transportów, a w ambulatoriach udzieliliśmy pomocy 15 300 chorym.

DR N. MED. WITOLD DRABER

DYREKTOR REJONOWEJ STACJI POGOTOWIA RATUNKOWEGO



List do redakcji

Szanowny Panie Redaktorze!

Zgadzam się z Panem, że istnieją *wydarzenia (i sprawy), o których zapominać nie wolno*. Czytając ostatnią *Diagnozę wstępną*, bardzo się ucieszyłem, że napisał Pan o *szacunku pamięci*. Należę, niestety, do tych najstarszych, którzy coraz bardziej mgliście, jak Pan to pięknie nazywa, okupację, a nawet ułamek dwudziestolecia międzywojennego pamiętają. Szacunek pamięci zobowiązuje mnie więc do wyjaśnienia, że przekonanie, że *przed wojną było gorzej*, zostało nam narzucone przez tych, którzy przyszedli po wojnie i zupełnie świadomie z pamięci naszych rodziców i dziadków ową pamięć chcieli wymazać, a nas tego szacunku pozbawić.

Nie wiem, czy przed wojną było w Polsce gorzej, czy lepiej, na pewno jednak było trudniej. Jeśli się ograniczyć do ochrony zdrowia, trzeba pamiętać, że sprawnie działająca jej administracja znajdowała się przed 1918 r. w rękach Niemców, którzy po zwycięstwie powstania Wielkopolskiego opuścili, instrukcji obsługi nie zostawiając. Nasi dziadkowie i ojcowie postawili ją na niezłym poziomie w stosunkowo

krótkim czasie. Bezrobotnych, wedle *Małego rocznika statystycznego* z 1938 r. było 603 tys. wśród pracowników fizycznych i 78 tys. wśród pracowników umysłowych, co daje **łącznie ok. 4% zdolnych do pracy**. Prosty rachunek wskazuje, że jest to 4,5 razy mniej niż dziś. Na marginesie jeszcze jedna informacja z *Rocznika statystycznego*: w 1938 r. analfabetyzm w województwach wschodnich (nienależących dziś do państwa polskiego) wynosił 68%, w miastach Polski środkowej 1,9%, a w naszym mieście pewnie połowę tego.

O sytuacji materialnej doktorów wolę zamilczeć. Ojciec mojej znajomej lekarki, też lekarz (ogólny), był jednym z najbogatszych obywateli podpoznańskiej miejscowości, dziś jego córka specjalistka... zamilczę.

Myślę, że ci, którzy dali się przekonać, że przed wojną było gorzej, to przeważnie ci sami, którzy wykrzykują, że za komuny było lepiej. Ja do nich nie należę i mam nadzieję, że Pan Redaktor przesadził, stawiając wstępną diagnozę, że jest ich przytłaczająca większość.

ROMAN TROJANOWICZ



W dniach 22–24.09.2006 r. w Pabianicach k. Łodzi odbędzie się

II Ogólnopolski Motocyklowy Złot Lekarzy

DoctoRRiders®
Pabianice 2006

Zgłoszenia przyjmowane są pod adresem

OIL w Łodzi
ul. Czerwona 3
93-005 Łódź
tel. +48 42 683 17 91 w. 120
e-mail: ela.sadura@hipokrates.org
www.oil.lodz.pl

W zgłoszeniu proszę podać imię, nazwisko, datę urodzenia, adres zamieszkania, miejsce pracy, specjalizację oraz adres, telefon i e-mail kontaktowy, markę motocykla, rok produkcji, liczbę osób towarzyszących.

WSTĘP NA TEREN ZŁOTU TYLKO NA PODSTAWIE IMIENNYCH ZAPROSZEŃ

Termin przyjmowania zgłoszeń upływa 15 czerwca 2006 r.

Organizator zapewnia wyżywienie zlotowe i nocleg na kanadyjkach w 10-osobowych namiotach wojskowych, wieczorne spotkania, konkursy, koncert, paradę, ochronę.

Istnieje możliwość zakwaterowania w hotelach **na koszt własny** (ceny promocyjne).

Hotel MAX (na terenie zlotu, klasa turystyczna), ul. Bugaj 110, tel. +48 42 215 96 67

Hotel Włóknierz * (100 m od terenu zlotu), ul. Grota-Roweckiego 3, tel. +48 42 215 15 01, +48 42 212 10 58, www.hotel.pabianice.pl

Hotel Piemont *** (2 000 m od terenu zlotu), ul. Kilińskiego 25, tel. +48 42 227 14 14, www.piemont.com.pl

Rejestracja uczestników zlotu 22 września 2006 r. od godziny 12.00.

Oplata zlotowa wynosi: 100 zł od każdego uczestnika (kierowca), 50 zł od osoby towarzyszącej (*plecak*, kierowca-kobieta).

Wpłat prosimy dokonywać na konto:

PKO BP SA I Oddział w Łodzi
98 1020 3352 0000 1602 0010 0362

z dopiskiem *złot motocyklowy* do 15 czerwca 2006 r.





Wolne głosy

KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL

Lekarze są bezczelni!!! Rząd wykonał ciężką pracę (z przewagą pracy – jak mówią złośliwcy), zaangażował autorytety, z autorytetem premiera na czele, przedstawił triumfalnie na konferencji prasowej efekty tej rządowej burzy mózgów (!!) w poszukiwaniu straconych gdzieś w zakamarkach budżetu kwot niezbędnych do uspokojenia strajkowych nastrojów środowiska medycznego, a ci *pozbawieni honoru terrorystyści* (patrz: *wspaniałe* dzieło *asów* dziennikarstwa polskiego zamieszczone 25 maja w *Fakcie* – czołowym dzienniku kształtującym opinię naszych współobywateli intelektualnie sprawnych inaczej), *inspirowani z zewnątrz* (tu, zresztą już po raz kolejny, popisał się *przychylny* lekarzom, tygodnik *Wprost* – informując w numerze 1224, zapewne zdziwionych lekarzy, że ich protest nie wynika z poczucia wieloletniej krzywdy i niedocenienia przez rządzących wysokich umiejętności zawodowych, tylko jest efektem manipulacji firm farmaceutycznych, które chcą *rękami lekarzy* wyjąć z *ognia* budżetu *gorące kasztany* zwiększonych zysków), uznali efekty tych prac za niezadowolające i niemające pokrycia w rzeczywistości, co zaskutkowało nie tylko odmową przerwania protestu, ale wręcz zapowiedzią jego dalszej eskalacji! I to pomimo akceptacji propozycji rządowych oraz decyzji o przerwaniu strajku przez tak *reprezentatywne* dla lekarzy związki zawodowe, jak *Solidarność* czy *OPZZ*, oraz (o zgrozo!!!) mimo wizyty w Polsce Benedykta XVI.



O tym, jak jest najczęściej postrzegana przez ludzi mediów (a prawdopodobnie i inne kręgi społeczeństwa) etyka lekarska oraz jej przestrzeganie przez lekarzy, najlepiej świadczy pojawiająca się od pewnego czasu w prasie reklama pewnego banku (którego logo zostało w niej zatarte):



Jakże łatwo jest obrzucić błotem lekarza. I właściwie można to zrobić bezkarnie. Co prawda NRL zapowiadała utworzenie zespołu, który miał bronić lekarzy przed takimi atakami, ale na razie o efektach jego działania nic nie słyhać. Bardzo dużo takiego błota, a często i pomyj, spadło na lekarzy przy okazji ostatnich protestów służby zdrowia. Do tego, że to robią dziennikarze, jesteśmy już przyzwyczajeni, choć *wydzyn* redakcji „Faktu” (podwójny cudzysłów jest tutaj zastosowany celowo, gdyż z faktami zawartość tego tabloidu nie ma za wiele wspólnego), która wielu lekarzy nazwała terrorysta-

mi i zamieściła ich zdjęcia, nie sprawdzając, czy ich zarzuty opierają się na faktach, czy też są tylko *faktami* prasowymi, jest do tej pory jednym z najbezpieczniejszych ataków na naszą grupę zawodową. Jednakże tym razem do obrzucających dołączyły osoby, po których można by się spodziewać, jeśli nie tego, że zrozumieją problem i stan faktyczny, to przynajmniej bardziej wyważonego języka. Takim niemiłym zaskoczeniem była wypowiedź Jurka Owsiaaka, który w wywiadzie dla pewnego dziennika nazwał zamykanie szpitali *czystym ku...twem*, a dla lekarzy miał taką radę: *Nawet gdyby się waliło i paliło, rola lekarza może być tylko jedna: musi pracować i już*. Wypowiedź Owsiaaka, choć bulwersująca, jest jednak mniej szkodliwa, gdyż traktuje lekarzy bezosobowo jako grupę, a do grupy błoto jakby trudniej przywiera i za bardzo go nie widać. Gorsza sprawa jest wtedy, gdy ktoś zostanie zaatakowany z imienia i nazwiska, a najgorsza, gdy atak dotyczy tylko tej osoby i nie ma ona żadnych współników. Jak zapewne część z państwa pamięta, prawie rok temu w taki sposób zaatakowano kierownika Kliniki Kardiologii w Białymstoku. W świetle jupiterów, w towarzystwie mikrofonów dziennikarzy radiowych i równie licznych publikacjach prasowych uznano docenta Tomasza Hirnle (zwanego wtedy Tomaszem H.) za łapówkarza, narażając go na śmierć zawodową i towarzyską. Jak się dzisiaj okazało, bezpodstawnie, gdyż padł on ofiarą intrygi uknutej przez podwładnego, który postanowił się pozbyć niewygodnego szefa. W dziennikarskim śledztwie dowiedziano, że zarzuty były fałszywe i sfabrykowane przez pozbawionego skrupułów lekarza oraz pomagających mu policjantów. Nie wiem, jak się ta sprawa skończy, jeżeli jednak potwierdzą się zarzuty wobec lekarza, który uknuł intrygę, to mam nadzieję, że białostocki OROZ i Sąd Lekarski staną na wysokości zadania i pozbawią tego pana na zawsze prawa wykonywania zawodu, gdyż nie ma kwalifikacji moralnych, by należeć do naszej korporacji.



Zjeść ciasteczko i mieć ciasteczko. To znane i nieco wyswiechtane zdanie bardzo dobrze ilustruje stosunek społeczeństwa polskiego, a w szczególności polityków wszelkiej maści, do spraw ochrony zdrowia. Nasi kochani rodacy chcą bowiem mieć usługi medyczne na najwyższym światowym poziomie,



dostępne bez ograniczeń i o każdej porze. Do tego życzą sobie, by zajmowali się nimi uśmiechnięci, wypoczęci, dobrze wykształceni i stale doszkalający się lekarze, którzy mieliby także dostatecznie dużo czasu na poznanie ich problemów. Ktoś przytomny w tym momencie zauważy: No i mają rację! I gdzie tu problem? Niestety, problem zaczyna się w momencie stwierdzenia, że nie ma nic za darmo i by takie ciasteczko mieć, trzeba niestety do niego dopłacić. Wtedy okazuje się, że społeczeństwo nie zgadza się na żadne dopłaty, jak oznajmiają politycy i z prawa, i z lewa. Samo społeczeństwo, oczywiście ta jego część, która potrafi jeszcze logicznie myśleć pomimo zmasowanego ataku *tablomediów*, uważa, że nie miałyby nic przeciwko pewnym opłatom, gdyby dzięki temu został uporządkowany rynek usług medycznych i poprawiła się *dostępność* do lekarza. Niestety, osób rozumiejących, że takie opłaty, wbrew pozorom, ułatwiają dostęp do lekarza, a nie są barierą, jest niewiele. Także nie wszyscy lekarze to rozumieją, o czym świadczą propozycje dopłat, zakładające równocześnie liczną grupę osób wyłączonych z tych opłat. Tymczasem nie powinno być żadnych wyłączeń, w tym najczęściej wymienianych rencistów i emerytów, a także dzieci i bezrobotnych. Jeśliby kogoś nie było stać na dopłatę, powinna za niego zapłacić opieka społeczna. Jednakże wtedy musiałaby zacząć naprawdę działać w terenie i wykazać się inicjatywą oraz rozeznaniem problemów podległych mieszkańców, a nie okupować stołki w biurze, jak to powszechnie się dzieje, a okazuje się przy różnych bulwersujących sprawach, gdy na pytanie, dlaczego pracownik opieki nie interweniował, padała odpowiedź: *Bo nie było sygnału*. A tak wskutek *oporu społecznego* jesteśmy skansenem w Europie, jednym z niewielu państw, gdzie wizyta u lekarza *ubezpieczenia* nic nie kosztuje. W związku z tym liczba wizyt stale rośnie, lekarze są przeciążeni pracą, ich zarobki maleją i to nie tylko relatywnie, a szpitale, by jakoś się utrzymać na powierzchni, zmuszone są do wykonywania coraz większej liczby procedur, nie zawsze uzasadnionych logicznie i ekonomicznie. A politycy nadal robią obywatelom wodę z mózgu, mówiąc, że i bez opłat i dopłat uda się zracjonalizować system (?) ochrony zdrowia w Polsce. Ale być może, woda ta, kapiąc, zrobi wreszcie wyrwę w kamieniu świadomości społecznej i doczekamy się rzeczywistych i sensownych zmian w polskiej ochronie zdrowia.

Sprostowanie

W artykule *Short cuts* (*Biuletyn WIL* z maja 2006 r.) autor Krzysztof Ożegowski zarzucił mi podawanie nieprawdziwych informacji na temat stawek, za jakie Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ kontraktuje tzw. *jednodniówki*. Nie wdając się w polemikę ze sformułowaniami autora, przytoczę tylko fakty.



Postępowanie konkursowe w zakresie hospitalizacji jednodniowych stanowi postępowanie niezależne w stosunku do kontraktowania lecznictwa szpitalnego. Na zakres ten przewidziane są odrębne kwoty, odmienne są również kryteria oceny świadczeniodawców. Świadczeniodawcy sektora publicznego i niepublicznego podlegają tym samym kryteriom oceny, które w rezultacie dają określone miejsce w rankingu ofert. Podtrzymuję twierdzenie, że ceny za punkt w tegorocznych *jednodniówkach* są podobne. Średnia cena za punkt to 7,80 zł, minimalna 7 zł, a maksymalna 8 zł. Prawdziwość moich słów można sprawdzić na stronie internetowej Funduszu, gdzie zawarte są szczegóły umów ze wszystkimi świadczeniodawcami: <http://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=15>.

Autor może też sprawdzić, że wszystkie umowy na lecznictwo szpitalne zostały zawarte przy cenie za punkt wynoszącej 10,30 zł, a w terapeutycznych programach lekowych i w przypadkach, gdy świadczeniodawca nie spełniał warunków wymaganych przez Fundusz – 10 zł. Ceny 11 zł za punkt w umowach na leczenie szpitalne – wbrew temu, co pisze autor – nie ma. O to, czym różni się leczenie szpitalne od tzw. procedur jednodniowych, doktor Ożegowski może zapytać kolegów, którzy realizują te usługi. Ze swojej strony deklaruję, że w przyszłości chętnie pomogę doktorowi w odszukiwaniu prawdziwych informacji, proszę tylko o telefon.

Postoję z szacunkiem

BERNADETA IGNASIAK

RZECZNIK PRASOWY
WIELKOPOLSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W POZNANIU

ZAPROSZENIE DO WSPÓLNEGO MUZYKOWANIA...

Komisja ds. Kultury WIL zainicjowała stworzenie w tym roku **zespołu kameralnego**, działającego pod patronatem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. W związku z tym zwracamy się do grających na instrumentach klasycznych koleżanek i kolegów z całej Wielkopolski z gorącą prośbą o przyłączenie się do tego projektu. Zaproszenie jest skierowane do osób, które chciałyby czerpać radość ze wspólnego muzykowania i rozwijać swoją pasję, a przyłączenie się do zespołu daje taką możliwość. W szczególności zapraszamy lekarzy i lekarzy dentyistów grających na instrumentach smyczkowych oraz dętych drewnianych i na fortepianie.

Chcielibyśmy zapewnić, iż zdając sobie sprawę z niedogodności (głównie czasowych) związanych z wykonywaniem naszego zawodu, dołożymy wszelkich starań, aby dostosować częstotliwość i terminy spotkań do wszystkich członków zespołu. Zainteresowanych prosimy o kontakt telefoniczny lub internetowy.

Z koleżeńskim pozdrowieniem
Ela Czechowska (altówka)

Kontakt:
tel. 0 608 292 023
e-mail: elaczech@interia.pl



Wielkopolska Izba Lekarska
oraz
Wydawnictwo Medyczne Termedia
wydawca m.in. *Przewodnika Lekarza*

mają zaszczyt zaprosić na cykl seminariów, które odbędą się
w sali konferencyjnej PAN w Poznaniu, ul. Wieniawskiego 17/19

WYBRANE CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA I METABOLICZNE

9 września, godz. 8.30–14.30

PROBLEMY WIEKU PODESZŁEGO – DIAGNOSTYKA I TERAPIA

16 września, godz. 8.30–14.30

PRZEWLEKŁE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO – PROBLEM DIAGNOSTYKI I TERAPII

30 września, godz. 8.30–14.30

Za udział w każdym z seminariów uczestnicy otrzymują 5 punktów edukacyjnych, potwierdzonych certyfikatem.

Koszt uczestnictwa – 20 zł

W sprawach merytorycznych i organizacyjnych prosimy o kontakt:

Mariusz Bryl
tel. +48 61 822 77 81 wew. 31
tel. kom. 0 510 044 095
e-mail: m.bryl@termedia.pl
www.termedia.pl/konferencje

Termedia sp. z o.o.
ul. Wenedów 9
61-614 Poznań

Pełen dostęp do
Archiwum Internetowego

www.termedia.pl



Nowa inwestycja ENEL-MED w stolicy Wielkopolski

Rośnie zapotrzebowanie na wysokiej jakości świadczenia medyczne, w związku z tym powstaje coraz więcej prywatnych placówek oferujących usługi na najwyższym poziomie. Adam Rozwadowski, właściciel i dyrektor generalny Centrum Medycznego ENEL-MED, opowiada o nowym oddziale firmy w Poznaniu, potrzebach kadrowych i planach inwestycyjnych na najbliższe lata.



Jest pan absolwentem Wydziału Elektrycznego Politechniki Gdańskiej, skąd pomysł na centrum medyczne?

Adam Rozwadowski: Wcześniej prowadziłem firmę energetyczną, która przynosiła zyski, ale rynek się zmieniał. Na początku lat 90. pomyśleliśmy, że warto zainwestować w bardziej stabilną branżę. Zakładaliśmy, że biznes medyczny, który jest dochodowy w Europie Zachodniej, okaże się sukcesem także w Polsce. A ponieważ stomatologia już wtedy była sprywatyzowaną dziedziną medycyny, postanowiliśmy od niej zacząć. Zainwestowaliśmy w najnowocześniejsze technologie, wybudowaliśmy obiekt o powierzchni ponad 2 tys. m². Sukcesy w stomatologii dały nam impuls do rozwijania innych dziedzin medycznych. W ciągu 13 lat zbudowaliśmy firmę, która znajduje się w czołówce placówek oferujących usługi medyczne w Polsce.

Kamienie milowe rozwoju ENEL-MED to...

Pierwszy to otwarcie kliniki stomatologicznej. Następnymi ważnymi etapami w rozwoju ENEL-MED było uruchomienie systemu abonamentowego, otwarcie szpitala z 2 nowoczesnymi salami operacyjnymi, w którym wykonujemy wiele skomplikowanych procedur chirurgicznych oraz utworzenie sieci Centrów Diagnostyki Obrazowej.

Jakie stawiacie sobie państwo zadania na najbliższe lata?

Rozpoczynamy nowy etap w rozwoju ENEL-MED. Otwieramy placówki w dużych miastach wojewódzkich. Pierwszym jest Poznań – najważniejszy z rynków pozawarszawskich. Kolejne powstaną w Krakowie i Wrocławiu, gdzie planujemy inwestycje do połowy przyszłego roku. Nasz program na lata 2007–2008 zakłada uruchomienie nowych oddziałów w Łodzi i Trójmieście.

W lipcu otwieracie państwo nową placówkę w Poznaniu, w Centrum Handlowym Kupiec Poznański. Co ENEL-MED zaoferuje mieszkańcom Wielkopolski?

Oczywiście system abonamentowy opieki medycznej dla firm – konsultacje specjalistów prawie ze wszystkich dziedzin medycznych. W zakresie diagnostyki udostępnimy rentgen kostno-płucny, USG z funkcjami dopplera i echa serca, próbę wysiłkową, holter, gastroskopię i kolonoskopię, badania tomograficzne i rezonans magnetyczny. Wielkopolanom oferujemy również pełny profil stomatologii – od zachowawczej po implantologię. Proponujemy także unikatowy w Polsce program – *24 h dla zdrowia*, gdzie pacjent w ciągu 24-godzinnej pobytu w naszym ośrodku ma możliwość dokładnego zdiagnozowania wszystkich problemów zdrowotnych.

ENEL-MED znany jest z inwestycji w sprzęt medyczny. Czy w Poznaniu znajdują się nowoczesne, specjalistyczne urządzenia?

Oczywiście. Naszą nową placówkę wyposażymy w najnowocześniejszy sprzęt, jaki jest dostępny na rynku europejskim.

Jakie są potrzeby kadrowe poznańskiego oddziału?

Potrzebujemy lekarzy prawie wszystkich specjalności. Chcemy, żeby byli to pracownicy mocno związani z firmą, utożsamiający się z nią, a nie tacy, którzy traktują pracę w ENEL-MED jako dorabianie do pensji. Szukamy specjalistów o wysokich kwalifikacjach zarówno zawodowych, jak i interpersonalnych.

Co ENEL-MED oferuje swoim pracownikom?

Bardzo dobre warunki pracy zarówno jeśli chodzi o sprzęt, jak i wynagrodzenia. Pracownikom proponujemy szkolenia z zakresu nowoczesnych technik medycznych, uczestnictwo w zjazdach i sympozjach.

Czy planujecie państwo nawiązanie współpracy z poznańskimi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej?

Już rozpoczęliśmy taką współpracę, instalując w ubiegłym roku tomograf komputerowy w Szpitalu Raszei, i oczywiście chcemy ją kontynuować, wzorem naszych dotychczasowych doświadczeń. W wielu szpitalach wstawiliśmy własny nowoczesny sprzęt diagnostyczny. To samo zrobimy w Poznaniu. Ponadto chcemy zaproponować zakładom diagnostyki obrazowej w szpitalach poznańskich usługi teleradiologii – opis badań z zakresu radiologii klasycznej, tomografii komputerowej i rezonansu. Nasze Centrum Teleradiologii współpracuje w ten sposób z 11 szpitalami w Polsce. Jest to niezwykle korzystna oferta, pozwalająca na zlikwidowanie kosztownych dyżurów nocnych i świątecznych, ponieważ placówka nie płaci za dyżur, tylko za konkretny wykonany opis.

Oferta pracy w poznańskiej placówce CM ENEL-MED na stronie 29



Twoja recepta na zdrowie!

www.enel.pl

Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Poznaniu, Dział Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia uprzejmie informuje, że Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” w porozumieniu z Krajowym Centrum ds. AIDS realizuje

cykle specjalistycznych szkoleń w zakresie problematyki HIV/AIDS i narkomanii

adresowanych do pracowników służby zdrowia.

Wszelkie informacje na temat szkolenia znajdziecie Państwo na stronie internetowej fundacji www.reshumanae@neostrada.pl

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie, ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan zatrudni:

- MGR FARMACJI – na stanowisko kierownika apteki szpitalnej,
- LEKARZA MEDYCZYNY – o specjalizacji specjalisty rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej
- LEKARZA MEDYCZYNY – o jednej ze specjalizacji: (internista, pediatra, chirurgia, ratownictwo medyczne) – do pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

Bliższych informacji udziela dyrektor SPZOZ – tel. (065) 512 16 40
Mieszkań nie zapewniamy.

Prywatna praktyka stomatologiczna w ŚREMIE podejmie współpracę z

lekarzem stomatologiem

Telefon 0 602 333 510



Twoja recepta na zdrowie!
www.enel.pl

CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED

W związku z planowanym otwarciem nowego oddziału w Poznaniu (na terenie Centrum Handlowego Kupiec Poznański)

zatrudni:

LEKARZY WSZYSTKICH SPECJALNOŚCI

Nr ref.: 14/05/EB/06

Oczekujemy:

- II stopnia specjalizacji
- co najmniej 8-letniego stażu pracy w zawodzie, w tym doświadczenia w zakresie posiadanej specjalizacji
- dodatkowym atutem będzie komunikatywna znajomość jęz. angielskiego

Osoby zainteresowane naszą ofertą prosimy o przesłanie CV na adres podany poniżej:

Centrum Medyczne ENEL-MED

ul. Stępińska 22/30
00-739 Warszawa

lub na adres e-mailowy: rekrutacja@enel.pl
tel. (022) 460 17 17

Uprzejmie informujemy, że skontaktujemy się tylko z wybranymi kandydatami.

Prosimy o dopisanie klauzuli: "Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997 (DzU Nr 133, poz.883)"

Peryskop

Serotonina bierze udział w regeneracji wątroby

Serotonina, związek regulujący nastrój i stany emocjonalne, może też mieć wpływ na regenerację wątroby – zaobserwowali naukowcy z Niemiec, Francji i Szwajcarii. Zdaniem autorów najnowszej pracy opublikowanej w *Science*, odkrycie to może poprawić wyniki przeszczepów wątroby. Wiadomo, że wątroba jest zdolna do regeneracji nawet po dużym uszkodzeniu. Teraz naukowcy ze Szpitala Uniwersyteckiego w Zurychu, we współpracy z naukowcami z Francji i Niemiec wykazali, że proces regeneracji wątroby jest kontrolowany przez serotoninę. Związek ten jest znany głównie ze swojej roli w regulowaniu pracy neuronów w obszarach odpowiedzialnych za emocje i nastrój. Wiadomo jednak, że pełni ona ważne funkcje również poza mózgiem. We krwi podstawowym źródłem serotoniny są płytki krwi – fragmenty komórek regulujące procesy krzepnięcia.

Teraz naukowcy wykazali, że myszy z zaburzeniami czynności płytek mają problemy z regeneracją wątroby. Podobnie było u gryzoni, które nie produkowały enzymu odpowiedzialnego za syntezę serotoniny w płytkach. Gdy zwierzętom podawano lek łączący się z receptorami dla serotoniny na komórkach wątroby, narząd zaczynał się regenerować. Podobne efekty dawało zaopatrzenie płytek krwi w serotoninę. Badacze zauważyli ponadto, że po wycięciu fragmentu wątroby na jej komórkach pojawiały się receptory dla serotoniny. Zdaniem autorów pracy wyniki te wskazują, że serotonina uwalniana z płytek krwi inicjuje procesy regeneracji wątroby. (www.onet.pl)

Genetyczna różnorodność komórek rakowych

Genetyczna różnorodność komórek przedrakowych zwiększa ich szanse na przekształcenie się w nowotwór – donoszą naukowcy na łamach najnowszego numeru *Nature Genetics*. Naukowcy z *Wistar Institute* pod kierunkiem dr. Carlo Malley'a odkryli, że im większa jest różnorodność genetyczna komórek przedrakowych, tym większa szansa na przekształcenie się nowotworu złośliwego. Na podstawie badania genetycznej różnorodności komórek przedrakowych można zatem przewidzieć dalszy ich los.

Naukowcy przebadali dane dotyczące zespołu przełyku Barretta. Jest to stan przedrakowy, cechujący się nieprawidłowościami w komórkach nabłonka przełyku, występujący u 10–20 proc. osób cierpiących na refluks żołądkowo-przełykowy, wywołany drażnieniem ścianek przełyku przez sok żołądkowy. Analiza została przeprowadzona na danych pochodzących od 268 pacjentów, których obserwowano przez 4,4 roku. W tym czasie u 37 z nich rozwinął się pełny nowotwór. Naukowcy badali korelację między genetyczną zmiennością komórek przedrakowych a ryzykiem rozwinięcia się pełnego nowotworu. Okazało się, że im bardziej zróżnicowane genetycznie były komórki przedrakowe, tym ryzyko raka było większe. Zwiększona genetyczna różnorodność komórek rakowych może też tłumaczyć oporność raka na leczenie – część komórek nowotworowych poddaje się terapii, ale część może mieć mutacje uodporniające komórki na działanie leków lub nasłonecznienia. (www.onet.pl)

Fraszki

Zew natury

Człowiek marzy
o luksusie,
a gdy w życiu uda mu się,
już ma komfort i jest syty,
wspomina... prymityw.
Kiedy urlop blisko – pora,
by z decyzją się uporać.
Wybrać hotel *all inclusive*
za granicą? Może w kraju,
w cichej daczce, gdzieś pod gruszą,
gdzie pokusy zgrzebne kuszą
i jest miło niczym w raj?
Obie wersje mam już za nic –
niechaj żyje caravaning!
To sześć kółek, świat otwarty –
trzymasz w rękę wszystkie karty!
Puścisz wodze swej fantazji
i wyruszasz – choć do Azji!
Żadna błaga, prosty fakt –
turecki to trakt.

Możesz zwiedzać tam Istambuł –
poczuć dumę, iżeś tam był.
Duszę trzeba mieć Cygana –
dzisiaj tu, a jutro tam.
Możliwości nieprzebrane:
zachwyt budzi każdy ranek
pośród śpiewu ptaków –
serce nasz w plecaku!
A pod ręką cały kram:
to sypialnia, kuchnia, bufet
(własną skórę można upiec).
A jeśli masz coś z mieszczycha,
w miastach szczęścia możesz szukać.
Lecz najlepiej czuć się młodo:
świetny kontakt mieć z przyrodą,
gdzie jest morze albo góry,
lub jeziora, jakieś knieje –
zdążać dokąd wiatr zawieje!
Rok po roku latka lecą –
warto przypominać nieco.
Tu z przygody Wam się zwierzę –
jaszczureczka – miłe zwierzę –
zaufała nam bez granic
i spod maski samochodu
nie chciała wyjść za nic.
Sprytna sztuka – powie każdy
(lecz jak peszy podczas jazdy).
Przeminęły już dwie doby –
ona siedzi. Co z nią zrobić?
Jaszczureczko, wyjdźże! – więcej!
Niezawodny sposób – spray!
Powiedz może z łaski swej,
taki czyn to fair? OK?

Morał:

Gdyś muśnięcie szczęścia poczuł,
nie bądź pewny swego losu.



ALOJZY ADAMSKI



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 12 000 egz.

siedziba WIL: 61-734 POZNAŃ, ul. Nowowiejskiego 51

centrala tel. (061) 852 58 60; prezes (061) 851 87 66; praktyki indywidualne (061) 851 87 62
rejestracja (061) 851 87 58; księgowość (061) 851 87 59, faks/tel. (061) 851 87 62

e-mail izba@wil.org.pl

www.wil.org.pl

**Konto WIL: PKO BP SA
4 Oddział w Poznaniu
45 1020 4027 0000 1102 0404 3501**

ADRESY DELEGATUR WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

DELEGATURA W KALISZU

62-800 Kalisz, ul. Nowy Świat 1-5
przewodniczący – dr Krzysztof Hajdo
tel./faks (062) 766 41 43, tel. (062) 502 66 16
pekretarki – Maria Linkowska, Ilona Błaszczyk
kalisz@wil.org.pl

DELEGATURA W KONINIE

62-502 Konin, ul. Makowa 2
przewodniczący – dr Krzysztof Połec
tel./faks (063) 245 66 10, 0 600 027 158
sekretarka – Izabela Tomaszewska
konin@wil.org.pl, www.wil.konin.pl

DELEGATURA W LESZNIE

64-100 Leszno, ul. Sygietyńskiego 47
przewodniczący – Przemysław Kozanecki
tel. (065) 526 67 44, tel./faks (065) 526 65 59
sekretarka – Hanna Krukowiecka
leszno@wil.org.pl, www.wil.leszno.pl

DELEGATURA W PILE

64-920 Piła, ul. Kryniczna 2
przewodnicząca – Teresa Kwiecińska-Koźmińska
sekretarki – Bogumiła Janitz, Małgorzata Szyliniec
tel./faks (067) 212 04 87
pila@wil.org.pl, www.delegaturapilska.poznet.pl

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Kolejowa 24A
przewodniczący – Wiesław Wawrzyniak
tel. (062) 735 44 80, 0 600 027 035

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL
redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: Janusz Skowronek, Piotr Śliwiński, Krzysztof Ożegowski,
Andrzej Cisto, Krzysztof Hajdo, Krzysztof Połec, Przemysław Kozanecki,
Wiesław Wawrzyniak

Na zlecenie WIL wydany przez

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: termedia@termedia.pl, <http://www.termedia.pl>

druk: CGS drukarnia sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów w nadesłanych tekstach. Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca

Lekarz stomatolog

poszukuje pracy
w Poznaniu
i w okolicach
tel. 0 608 653 598

Sprzedam

**zestaw do
wykonywania
zabiegu artroskopii**

☎ 0 501 468 579

NZOZ zatrudni w Swarzędzu

**LEKARZY
STOMATOLOGÓW**

warunki pracy do uzgodnienia
tel. (061) 817 41 10

**Pediatra II°,
emerytka,**

podejmie pracę w niepełnym
wymiarze w okolicach
Poznania. Tel. (061) 813 39 38,
0 600 144 117

Sprzedam

**sprawny unit
Ergostar Z-90**

z fotelem i kompresorem

☎ (061) 817 22 42
lub 0 603 335 285

PODEJMĘ WSPÓLPRACĘ Z

**LEKARZEM
ORTODONTĄ**

TEL.: 0 605 074 655

Do wynajęcia

**gabinety lekarskie
w centrum Konina**

tel.: 0 607 405 322

POZNAŃSKA AGENCJA

MEDYCZNA HELP
zatrudni od zaraz

**LEKARZA
STOMATOLOGA**

tel. 0 501 468 579

SALDO®

Biurowo Rachunkowe
ul. Prądnicza 4,
tel./faks (061) 843 26 16

FACHOWE
DORADZTWO
i
ROZLICZENIA
PODATKÓW
LEKARZY I NZOZ

Praca na własny rachunek
w Londynie dla

**stomatologa
i lekarza**

tel: (061) 868 69 23 po 21⁰⁰

NZOZ w Swarzędzu zatrudni
lekarza stomatologa

z min. 5-letnim stażem pracy
na 1/4 lub 1/2 etatu.
Tel. 0 607 564 084
(może być również rencista
lub emeryt)

Sprzedam
**kasetę
okulistyczną**

tel. 0 603 122 306

**Przychodnia
lekarska 100 m²**

o najwyższym standardzie,
nowo otwarta do wynajęcia
tel. (061) 295 22 82
kom. 0 605 076 539

**lekarz
stomatolog**

poszukuje pracy na terenie
Poznania i okolic
☎ 0 602 601 339

Nowoczesny NZOZ zatrudni

stomatologa

(Mile widziana znajomość
języka angielskiego
lub niemieckiego)
0 603 069 735



POŻYCZKA PREMIUM

OPROCENTOWANIE 11,5%

5 000 – 80 000 PLN

KWOTA POŻYCZKI	Okres spłaty 12 miesięcy	Okres spłaty 24 miesiące	Okres spłaty 36 miesięcy
10 000 PLN	885,76	468,20	329,65
20 000 PLN	1 771,53	936,40	659,29
50 000 PLN	4 428,82	2 341,00	1 648,23
80 000 PLN	7 086,11	3 745,59	2 637,17

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:

Infolinia 0 801 88 88 11

(opłata jak za połączenie lokalne)

www.skokil.pl

Przedstawiciel przy WIL w Poznaniu:

Paula Filas tel. (061) 852 58 60

NZOZ TOP-DENT
zatrudni
STOMATOLOGA

w Poznaniu

kom. 0 607 288 774

Dyrekcja Szpitala Wojskowego
w Poznaniu **pilnie zatrudni**

**2 lekarzy
dermatologów**

Bliższych informacji udziela dział
kadr pod numerem (061) 857 47 70

**Lekarz rehabilitacji
medycznej**

podejmie współpracę
z poradnią lub oddziałem
na terenie Wielkopolski
tel. 0 609 769 138

**MIEJSCE
NA TWOJĄ
REKLAMĘ**

NZOZ w Poznaniu
zatrudni

**lekarza
stomatologa**

tel. 0 603 396 698

NZOZ w Poznaniu zatrudni

**LEKARZY
DENTYSTÓW**

z min. 2-letnim stażem pracy.

Oferujemy:

- stałość zatrudnienia i bardzo dobre warunki płacowe
- szerokie możliwości rozwoju zawodowego
- nowoczesnie wyposażone stanowiska pracy

CV prosimy wysłać na adres:
nowaklinika@interia.pl

Dodatkowe informacje
pod numerem telefonu:
(061) 874 16 48 oraz 0 513 184 533

Wydzierżawię

gabinet stomatologiczny

w Żninie

praktyka prywatna i kontrakt z NFZ,
możliwość wynajęcia mieszkania
tel. 0 602 635 395

NOWA STRONA

internetowa WIL
pod starym adresem

www.wil.org.pl

W serwisie – obok aktualności – między innymi
strony poświęcone prawu, kontraktom,
na bieżąco aktualizowany rejestr uchwał
zjazdów i rady, serwis stomatologiczny
oraz automatyczna giełda sprzętu i pracy

Wielkopolska Izba Lekarska
serwis internetowy

rejestracja | przypomnienie hasła | kontakt | strona główna

login: _____ hasło: _____

Czwartek, 23 lutego 2006 r. Romany | Damiana

Aktualności

Postowie „paktu” przeciw indagowaniu Premiera o „kamasze Dorna” ...
W związku z protestem lekarzy po obradach dla środowiska wypowiedzi wicepremiera L. Dorna, pose...
więcej →

Pierwsze posiedzenie Komisji Zdrowia Publicznego i Lekarzy Ubezpieczeń Zdrowotnych V kadencji ...
Decyzją Rady Okręgowej WIL z dnia 27.01.2006 Przewodniczącą Komisji Zdrowia Publicznego i Lekarzy ...
więcej →

Zmiana systemu rozliczeń z NFZ ...
Na stronie Oddziału Wielkopolskiego NFZ ukazał się więcej →

Komunikat ws. powołania konsultantów wojewódzkich ...
W związku z zamiarem Wojewody Wielkopolskiego powołania konsultantów wojewódzkich w następując...
więcej →

Postanowienie SN - podwyżka za dyżury ...
Komunikat OZZL
Zarząd Krajowy OZZL informuje, że Sąd Najwyższy w dniu 19 st...
więcej →

Serdecznie witamy

Minister Releja obiecuje za 4 lata wydatki na zdrowie w wymiarze 6% PKB, a doradnie 30% wzrost płac w służbie zdrowia od 2007. Dotyczy obywateli, czy to tylko polityka? Tymczasem **internetowa dyskusja** nad podstawowym postulatem placowym trwa w najlepsze. Wielu dyskutantów ostrzega przed stanem, gdy pacjentom za jakiś czas zostanie tylko porada u ...Gozdzikowej.

Na naszych stronach

Rejestr uchwał
Uchwały, stanowiska, apele...
więcej →

Prawo, Kontrakty
Prawo, kontrakty, kodeks etyki...
więcej →

Dane dotyczące delegatur
więcej →

Giełda pracy i sprzętu

Uruchomiliśmy bezpłatną giełdę pracy i sprzętu. Szukasz pracy albo lekarza do pracy?, masz sprzęt do sprzedania albo szukasz właśnie czegoś okazynego? Wjeżdź do giełdy znajduje się na stronie głównej. Trzeba się zalogować (wznieść) oczywiście zarejestrować. Dodawanie ogłoszeń wymaga pełnej rejestracji z podaniem numeru prawa wykonywania zawodu lub jeśli ogłoszenie daje firma - Regon. Po zalogowaniu funkcja "dodaj ogłoszenie" dostępna jest na pasku pod banerem.

Stale serwisy

- Rejestr uchwał
- Prawo, Kontrakty
- Kształcenie
- Stomatolodzy
- Redakcja
redakcja@wil.org.pl
- Reklama

VIA MEDICA
PLANALINE MEDICAL

VIA MEDICA
PROFESSIONAL MEDICAL

Aktualności | Biuletyn WIL | Delegatury | Fundacja WIL | Komisje | Kontakt | O nas | Organy Izby | Składki | Zdrowie Publiczne | Serwisy |

Copyright © 2005 wil.org.pl

Created by Akedo