



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Sierpień–Wrzesień 2010

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 169

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Koniec wakacji



Drodzy Państwo!

Po 2-miesięcznej przerwie (mam nadzieję ostatniej tego typu), wywołanej zaburzeniami w wydawaniu „Gazety Lekarskiej” (z którą związani jesteśmy kolportażem), oddaję w Wasze ręce kolejny numer naszego Biuletynu.

Wiele się w minionym okresie zdarzyło. Do najważniejszych należy walka z, zupełnie niezrozumiałą dla całego środowiska ochrony zdrowia Opolszczyzny, decyzją Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącą zmiany na stanowisku Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Dyr. Łukawieckiego miał zastąpić nieznany nam wszystkim bliżej dyr. Filip Nowak. Zarówno dyrektorzy szpitali, jak i samorządy zawodów medycznych (w dalszej części Biuletynu zamieszczam Stanowisko Prezydium ORL w Opolu w tej sprawie) oraz organy założycielskie wszystkich jednostek ochrony zdrowia w naszym województwie oprotowali tę decyzję – i co? I nic! Politycy po raz kolejny rozegrali tę partię szachów wg własnych reguł. Od rządzenia są oni – my mamy tylko grzecznie słuchać i głośować. A swoją drogą, ciekaw jestem, jak ta cała awantura wpłynie na pozycję PO w naszym regionie w nadchodzących wyborach samorządowych? No, ale dość polityki!! Wracajmy do naszego Biuletynu.

Znajdziecie w nim sylwetki kolejnych laureatów „Prymariuszy Opolskich” – dr Danuty Henzler i dr Ryszarda Kwiecińskiego. Zamieściłem także pierwszy z cyklu, przygotowanych przez

Urząd Marszałkowski, materiałów o wykorzystaniu środków unijnych w ochronie zdrowia na Opolszczyźnie (bardzo ciekawy – radzę przeczytać).

Ponadto pomieściłem w *Biuletynie* statut nowej (starej?) Kasy Koleżeńskiej wraz z deklaracją członkowską, kilka sprawozdań oraz refleksje członków izbowej Komisji Etyki. Jest również kolejna porcja wiedzy o naszej przeszłości autorstwa niezmordowanego prof. Janusza Kubickiego i bardzo osobiste i ciepłe wspomnienie o dr Wandzie Zyg.

W części materiałów dotyczących interpretacji obowiązujących przepisów prawa, znajdziecie Państwo opinię prawną dotyczącą płacenia składek członkowskich przez członków izb lekarskich – tekst, który po raz kolejny wyjaśnia tę sprawę. Są również dwa materiały polemiczne: jeden dotyczący tego, czy warto starać się o uznanie lekarza za funkcjonariusza publicznego i drugi o tym, czy oddział może funkcjonować bez ordynatora. Ponadto jest tekst ważny dla właścicieli praktyk prywatnych i NZO-ów o sterylizacji i dezynfekcji. Jest także przedruk z naszej Opolskiej mutacji „Gazety Wyborczej” o wypisywaniu samemu sobie zwolnienia lekarskiego.

W końcowej części Biuletynu – jak zwykle – ogłoszenia o imprezach, o pracy itd. oraz nowości wydawnicze. Życząc miłej lektury, żegnam się do następnego numeru już za miesiąc.

Jerzy B. LACH

W związku z ukazaniem się w poprzednim numerze Biuletynu Opolskiej Izby Lekarskiej zdjęcia dr n. med. Eligiusza BOGDANOWICZA z niewybrednym komentarzem, pragnę Pana Doktora bardzo serdecznie przeprosić za ten, godny pożałowania, incydent.

Jako osoba przygotowująca do druku i nadzorująca wydawanie Biuletynu ponoszę pełną odpowiedzialność za ten fakt, choć materiał ten został zamieszczony w ostatniej chwili (już w trakcie przygotowywania do druku tego numeru Biuletynu) bez mojej wiedzy i zgody przez dr Aleksandra Wojtyłkę. Tym nie mniej nie usprawiedliwia faktu ukazania się tego materiału, a ja – będąc odpowiedzialnym za całość Biuletynu – biorę na siebie pełną odpowiedzialność za całe to zdarzenie.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

KOLEŻANKI I KOLEDZY!

Również i ja muszę zabrać głos w sprawie, o której już wspomniał powyżej Jurek Lach. Chodzi o sprawę zdjęcia dr med. Eligiusza Bogdanowicza, zamieszczonego w poprzednim numerze Biuletynu.

Jako osoba, która przewodniczyła komisji konkursowej na stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgii Dziecięcej WCM Opole w ubiegłym roku, a następnie była naocznym świadkiem trudnego układania relacji między nowym ordynatorem a resztą zespołu lekarskiego Oddziału, wreszcie wzięła udział w spotkaniu zespołu lekarskiego Oddziału z początkiem bieżącego roku, w momencie gdy zobaczyłem to zdjęcie, a zwłaszcza podpis pod nim, stwierdziłem, że dr

Wojtyłko – decydując się na ich publikację (od zdenerwowanego Jurka Lacha dowiedziałem się, że to była autonomiczna, z nikim nie konsultowana decyzja Alka) – nie mógł zrobić ruchu bardziej bezsensownego i bardziej głupiego. Jak można się było spodziewać od razu pojawiły się komentarze, których obiektem został dr Bogdanowicz, komentarze, które „rozjątrzyły powoli gojącą się ranę”.

Wiem, że „mleko już się rozlało”, ale tym bardziej chcę dr Bogdanowicza przeprosić za to co się stało. Mam nadzieję, że od teraz wszyscy lekarze Oddziału Chirurgii Dziecięcej będą mogli spokojnie pracować bez obawy o dodatkowe, pozamerytoryczne emocje.

Jerzy JAKUBISZYN

JESZCZE RAZ O UBEZPIECZENIACH

Po opublikowaniu w poprzednim numerze *Biuletynu* materiałów, dotyczących nowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów, dotarły do mnie głosy, że nie wszystkie podane przeze mnie informacje były jednoznaczne i że w dalszym ciągu część Koleżanek i Kolegów ma pytania i wątpliwości związane z tym problemem. Postaram się więc jeszcze raz wszystko wytłumaczyć.

Na początku musimy powrócić do stanu, jaki miał miejsce przed końcem lutego 2010 r., czyli przed podpisaniem z brokerem kolejnej umowy na kolejne 12 miesięcy.

Od początku roku – czyli od wejścia w życie nowej ustawy o izbach lekarskich – było wiadomo, że każdy lekarz i lekarz dentysta, wykonujący zawód na terenie Polski będzie musiał przystąpić do obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Rodzaj wykonywanej przez niego pracy miał decydować o tym, czy będzie mu potrzebna jedna, czy więcej polis ubezpieczenia OC.

Jak wiadomo, od wielu lat funkcjonowało obowiązkowe ubezpieczenie OC dla lekarzy, którzy podpisywali kontrakty z publicznymi zakładami opieki zdrowotnej (na konsultacje specjalistyczne, na dyżury, na ambulatoryjną specjalistykę itd.).

Od 2 lat funkcjonowało drugie niezależne obowiązkowe ubezpieczenie OC dla lekarzy, mających bezpośredni kontrakt z NFZ.

W zasadzie sytuacja, w której lekarz miałby być zmuszony do posiadania tych dwóch ubezpieczeń równocześnie nie powinna mieć miejsca, bowiem zgodnie z ustawą „funduszową” lekarz będący – w rozumieniu ustawy – świadczeniodawcą (czyli mający bezpośredni kontrakt z NFZ) nie może być zatrudniony (w żadnej formie) przez innego świadczeniodawcę (w tym przez publiczne zoz-y).

Cała pozostała aktywność zawodowa lekarzy i lekarzy dentystów – czyli wszystko poza kontraktami z szpitalami i bezpośrednimi kontraktami z NFZ – do końca 2009 r. mogła być (ale nie musiała – decyzja należała do lekarza) ubezpieczona ubezpieczeniem dobrowolnym. Z tej możliwości ubezpieczenia dobrowolnego za pośrednictwem Izby skorzystało kilkuset lekarzy i lekarzy dentystów.

Od 1 stycznia 2010 r. zaczęło obowiązywać trzecie obowiązkowe ubezpieczenie OC, odnoszące się do tej całej pozostałej aktywności zawodowej. Ponieważ jednak nie było odpowiedniego rozporządzenia wykonaw-

czego, które precyzowałoby zasady tego ubezpieczenia, a obowiązku tego ubezpieczenia nie można było zrealizować w momencie podpisywania umowy z brokerem czyli 1 marca 2010, ustaliłem z nim (a za jego pośrednictwem z PZU), że na kolejne 12 miesięcy zostaną zawarte polisy ubezpieczenia dobrowolnego tak, jak to miało miejsce rok wcześniej i na takich samych warunkach, jak to miało miejsce rok wcześniej. Zdawaliśmy sobie jednak sprawę, że to wyczekiwanie rozporządzenie wykonawcze jest tuż tuż i trzeba będzie znaleźć wówczas jakieś wyjście z sytuacji.

Rozporządzenie weszło w życie w dniu 12 czerwca br. Od tego dnia ubezpieczenie dobrowolne zostało ograniczone jedynie do udzielania pierwszej pomocy w nagłych sytuacjach oraz do szkód w mieniu w prywatnej praktyce. Ponieważ ubezpieczenie dobrowolne, wprawdzie bardzo znacznie okrojone, ale nadal funkcjonowało, nie można było wszystkich polis tego ubezpieczenia z dniem 12 czerwca anulować, a składki przerzucić na nowe ubezpieczenie obowiązkowe. Wspólne pertraktacje (Izba, broker, PZU) doprowadziły do wypracowania rozwiązania, które za niewielką dopłatą pozwalało utrzymać polisy dobrowolne i jednocześnie zawrzeć nowe polisy obowiązkowe.

W poprzednim *Biuletynie* podawałem kwoty tych dopłat – trzy warianty w zależności od wykonywanej specjalności:

- 83 zł dla anestezjologów, wszystkich lekarzy zabiegowych, neonatologów, onkologów, specjalistów medycyny ratunkowej, a także lekarzy dentystów chirurgów stomatologicznych i chirurgów szczękowo-twarzowych;
- 41 zł dla wszystkich pozostałych lekarzy dentyków;
- 23 zł dla wszystkich pozostałych lekarzy.

Już po napisaniu materiałów do *Biuletynu* wyniknęła jeszcze sprawa tak zwanej klauzuli nadwyżkowej. Otóż już w ubiegłym roku można było zawierać taki wariant ubezpieczenia dobrowolnego, który pozwalał skorzystać z wyższej sumy gwarancyjnej, jaka była w tym ubezpieczeniu, w sytuacji, w której roszczenie z ubezpieczenia obowiązkowego przekraczałoby kwotę sumy gwarancyjnej tego ubezpieczenia. Brzmi to być może zawile, więc zobrazuję to przykładem.

Lekarz zawarł polisę ubezpieczenia dobrowolnego z sumą gwarancyjną 275.000 euro i opcją klauzuli nadwyżkowej oraz polisę ubezpieczenia obowiązkowego z tytułu dyżurów kontraktowych z sumą gwarancyjną 46.500 euro (sumy gwarancyjne w ubezpieczeniach obowiązkowych są sprecyzowane w rozporządzeniach i nie można ich podwyższać). Gdyby popełnił jakiś błąd

w trakcie wykonywania kontraktu dyżurowego i był zmuszony zapłacić odszkodowanie w wysokości przekraczającej 46.500 euro – dzięki klauzuli nadwyżkowej – mógłby resztę odszkodowania pokryć z polisy ubezpieczenia dobrowolnego.

Po to, żeby ta klauzula nadwyżkowa mogła być „przezucona” również na to nowe ubezpieczenie obowiązkowe (opisane w rozporządzeniu sumy gwarancyjne są niższe niż sumy gwarancyjne większości podpisanych 1 marca polis dobrowolnych), trzeba było w dopłacie uwzględnić jeszcze ten mechanizm. Dopłata związana z możliwością zastosowania klauzuli nadwyżkowej do nowego ubezpieczenia obowiązkowego wyniosła 16 zł dla zabiegowców i 9 zł dla niezabiegowców. Tak więc, po dokładnej analizie wszystkich polis ubezpieczenia dobrowolnego zawartych 1 marca 2010 r., uwzględniając posiadane specjalizacje, wszyscy z Was, którzy mieli zawarte polisy ubezpieczenia dobrowolnego zostali przypisani do jednego z wariantów dopłaty:

- 23 zł + 9 zł (32 zł),
- 23 zł + 16 zł (39 zł),
- 41 zł + 16 zł (57 zł),
- 83 zł + 9 zł (92 zł),
- 83 zł + 16 zł (99 zł).

Jak zapowiadałem w poprzednim *Biuletynie*, pieniądze potrzebne na dopłaty, Izba chwilowo wyasygnowała z własnych środków (odpowiednia uchwała zamieszczona jest na dalszych stronach). W kolejnym numerze *Biuletynu* ukaże się imienna lista lekarzy i lekarzy dentystów, z podaniem odpowiednich kwot, przypadających na każdego ubezpieczającego się. Kwoty te można będzie sukcesywnie wpłacać w Biurze Izby lub przekazywać za pośrednictwem szefów delegatur. Chcielibyśmy, aby do końca roku te należności zostały uregulowane.

Mam nadzieję, że tym razem rozwiązałem wszystkie Wasze wątpliwości. Jeżeli jednak jakieś jeszcze pozostały, proszę o przekazywanie ich do biura izby (telefonicznie, faksowo lub mailowo) – odpowiem na nie w kolejnym *Biuletynie*.

Jerzy JAKUBISZYN

DR DANUTA HENZLER

Jest wśród nas kobieta-lekarz: lubiana, szanowana, wzbudzająca zaufanie każdego, kogo leczy, komu radzi, kogo uczy i z kim współpracuje. Lubiana przez pacjentów i kolegów. To Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych z pododdziałem Gastroenterologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu – dr DANUTA HENZLER.



W 1972 ukończyła Wydział Lekarski Akademii Medycznej we Wrocławiu uzyskując kolejno I i II stopień specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych oraz w 1981 roku specjalizację z gastroenterologii pod kierunkiem prof. dr hab. Jana Dzieniszewskiego, wspaniałego nauczyciela i naukowca, wieloletniego kierownika Kliniki Gastroenterologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Przez wiele lat pracowałem wspólnie z dr Danutą Henzler w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego w Opolu pod kierownictwem świetnego lekarza i nauczyciela, wspaniałego człowieka, naszego mistrza i przyjaciela – nieżyjącego już pana prof. Jana Urbańczyka.

Zdobyte wykształcenie, wspaniałe cechy charakteru i pasja lekarska dr Henzler uhonorowane zostały stanowiskiem Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu.

Dzięki jej osobistemu zaangażowaniu oraz chęci dzielenia się wiedzą, pod kierunkiem dr Danuty Henzler specjalizację odbyło już około 50 lekarzy (I i II stopnia z chorób wewnętrznych oraz licznych podspecjalizacji). Wyrazem uznania dla jej pracy, wiedzy i zaangażowania jest powołanie dr Henzler na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego ds. Gastroenterologii województwa opolskiego oraz przyznanie kierowanemu przez nią oddziałowi akredytacji z gastroenterologii oraz chorób wewnętrznych.

Dr Danuta Henzler uzyskała także uprawnienia do leczenia biologicznego przewlekłych nieswoistych schorzeń jelita grubego (choroba Leśniowskiego-Crohna i *Colitis ulcerosa*) oraz uczestniczy w licznych badaniach klinicznych z zakresu gastroenterologii.

Aktywnie uczestniczy w pracach towarzystw naukowych, początkowo Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, a potem Towarzystwa Internistów Polskich oraz Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego. W latach 90. przez dwie kadencje przewodniczyła Oddziałowi Opolskiemu Towarzystwu Internistów Polskich. Jako wykładowca i uczestnik, brała udział w organizacji szkoleń, konferencji naukowych i dwóch kongresów: Towarzystwa Internistów Polskich i Gastroenterologii. Obydwa kongresy były olbrzymim sukcesem i wyrazem uznania dla wiedzy i osiągnięć opolskiego środowiska lekarskiego.

Od chwili powołania samorządu lekarskiego włączyła się w nurt przemian. W drugiej i trzeciej kadencji pełniła funkcję Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a następnie Sędziego Sądu Lekarskiego Izby Lekarskiej.

Dr Danuta Henzler została odznaczona honorowym medalem Stulecia Towarzystwa Internistów Polskich oraz w 2007 r. Laurem Umiejętności Izby Gospodarczej w Opolu. W roku bieżącym przyznano Jej, ustanowioną przez Opolską Izbę Lekarską, honorową godność „*Prymariusz Opolski*”.

Postawa i podejście Pani dr Danuty Henzler do pacjenta są autentycznym świadectwem wcielania litery

przysięgi Hipokratesa w życie, a także wyrazem tego, że medycyna stanowi jej prawdziwą pasję.

Dr Danuta Henzler nadal kieruje Oddziałem Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, ciesząc się olbrzymim uznaniem i szacunkiem, zarówno wśród współpracowników, jak i chorych.

Świetna współpraca z dyrekcją Szpitala pod kierunkiem mgr Renaty Dzido, owocuje dynamicznym rozwojem oddziału, metod leczenia i osiągnięć naukowych.

Lech KUNICKI

DR NAUK MEDYCZNYCH RYSZARD KWIECIŃSKI – PRYMARIUSZ OPOLSKI



Dr n. med. Ryszard Kwieciński, specjalista chorób wewnętrznych i nefrologii, urodził się w lutym 1938 roku. W 1963 r. ukończył Akademię Medyczną w Łodzi. Bezpośrednio po studiach, w 1964 roku, rozpoczął pracę w Oddziale Wewnętrznym „B” Szpitala Wojewódzkiego im. Karola Miarki w Opolu, pod kierownictwem dr hab. n. med. Jana Urbańczyka. W oddziale tym w 1968 r. uzyskał tytuł specjalisty I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych, a następnie rozpoczął kształcenie w dziedzinie nefrologii. Zainteresowanie nefrologią zaowocowało w 1972 r. obroną pracy doktorskiej, której promotorem był prof. dr hab. Franciszek Kokot. W październiku 1972 r. objął stanowisko ordynatora Oddziału Nefrologii i Stacji Dializ Szpitala Wojewódzkiego w Opolu.

W 1973r. uzyskał tytuł specjalisty II stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. Odbywał staże w klinikach Warszawy, Katowic i Gdańska. W 1975 r. w ramach stypendium, odbył staż w Belgii, a w 1976 r. we Włoszech. W 1977 r. uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie nefrologii. Zawsze bardzo emocjonalnie związany z Oddziałem, który tworzył od podstaw wraz ze swoim – nielicznym wtedy – zespołem lekarzy i pielęgniarek. Opolska Nefrologia była wówczas jednym z pierwszych w Polsce, poza ośrodkami akademickimi, oddziałem o tej specjalności.

W 1977 r. w uznaniu zasług dla opolskiej społeczności Pan Doktor Ryszard Kwieciński został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi i wyróżniony Odznaką „Za wzorową pracę w służbie Zdrowia”. Kolejne lata przyniosły następne wyróżnienia: Odznakę „Zasłużony Opolszczyźnie” w 1980 r., Medal 40-lecia Polski Ludowej w 1984 r., Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski w 1989 r., Medal Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego za Zasługi dla Nefrologii w 2006 r., Krzyż Oficerski

Orderu Odrodzenia Polski w 2009 r., tytuł Honorowego Członka Towarzystwa Internistów Polskich.

Dr n. med. Ryszard Kwieciński w ciągu swojej 34-letniej ordynatury wykształcił wielu internistów, siedmioro nefrologów, zapewniając kadrę lekarską także dla kolejnych stacji dializ województwa opolskiego. Oddział Nefrologii ze Stacją Dializ w nowopowstałym Wojewódzkim Centrum Medycznym uzyskały, poza akredytacją do kształcenia w dziedzinie chorób wewnętrznych, również akredytację do kształcenia w dziedzinie nefrologii. Od początku w Oddziale Nefrologii i Stacji Dializ wprowadzane były nowe metody diagnostyczne i terapeutyczne. Przez wiele lat wykonywane były samodzielnie dostępy naczyniowe dla celów dializoterapii, początkowo metodą Scribnera, następnie metodą Cimino-Bresci. Od początku istnienia oddziału nefrologii wykonywano diagnostyczne biopsje nerki, wprowadzano nowe metody leczenia nerkozastępczego.

Jako wieloletni Konsultant Wojewódzki w dziedzinie nefrologii dr n. med. Ryszard Kwieciński dbał o stały wzrost dostępności do dializoterapii w województwie opolskim. Powstało 5 nowych stacji dializ i Oddział Nefrologii w Oleśnie. Jako Konsultant Wojewódzki Pan Doktor brał udział w pracach Krajowego Zespołu

Konsultantów w dziedzinie nefrologii. Był często zapraszany do udziału w panelach dyskusyjnych, konferencjach okrągłego stołu w trakcie krajowych zjazdów i konferencji nefrologicznych. Sam wygłosił kilkadziesiąt referatów, był głównym autorem i współautorem ponad 40 publikacji naukowych. Wraz z zespołem zorganizował dwie krajowe konferencje Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

Dr n. med. Ryszarda Kwiecińskiego pamiętamy jako doskonałego nauczyciela, dysponującego ogromną wiedzą, posiadającego niezwykle dar przekazywania swojej wiedzy i dzielenia się swoim doświadczeniem. W pracy był stanowczy i wymagający, dopingujący do podnoszenia kwalifikacji zawodowych i rozwijania zdolności naukowych. W trakcie jego ordynatury w Oddziale Nefrologii Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu pracowało aż pięciu lekarzy z tytułem doktora nauk medycznych. Dowodzi to pasji, z jaką kształcił i mobilizował do pracy naukowej młodych lekarzy.

Po pracy, w trakcie corocznych spotkań oddziałowych pod tradycyjnym hasłem „pieczenia ziemniaka”, otwarty i ciepły, chętny do wspólnych śpiewów i tańców.

Pan Doktor nadal wykorzystuje swoje zdolności organizatorskie i umiejętności doskonałego wykładowcy, kształcąc kadry pielęgniarskie i pełniąc funkcję dziekana w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu.

Dla mnie osoba Pana Dr n. med. Ryszarda Kwiecińskiego kojarzy się z określeniem „lekarz z pasją”. Cokolwiek robił w swoim życiu, robił to z pasją i była to pasja tworzenia.

Z pasją kładł podwaliny pod rozwój nefrologii na Opolszczyźnie. Nie oddadzą tego najbardziej szczegółowo, suche z natury, notki biograficzne. Świadczą o tym opisy kolejnych dni, a następnie miesięcy i lat pracy, zawarte w pamiętniku oddziału prowadzonym przez Pana Doktora od 28 października 1972 r. (daty pierwszej dializy wykonanej w naszym województwie). Świadczą o tym także, a może przede wszystkim, anegdoty o finiej przygotowywania koncentratu do dializ za pomocą wagi i wiosła w uprzednio, a jakże, wydezynfekowanej wannie lub opowieści o męce składania dializatora, który był wówczas wielkości stołu. Składało się go wiele godzin, czasem tylko po to, żeby przekonać się, że trzeba zacząć od nowa, bo niestety cieknie. Podobnie trudno sobie wyobrazić zdumienie bywalców paryskiego kempingu widzących, jak z jednoosobowego namiotu wydostaje się nienagannie ubrany mężczyzna, który przypina do garnituru identyfikator międzynarodowego zjazdu nefrologicznego i spokojnie wędruje w kierunku pobliskiej stacji metra. W czasach, kiedy część z nas nie chce już jeździć na sympozja w Europie, wydaje się to nie do wiary – w trudnych latach siedemdziesiątych potrzebna była niezwykła pasja i samozaparcie.

Taka sama pasja towarzyszyła Panu Doktorowi w działaniach na rzecz reaktywowania samorządu lekarskiego i tworzeniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu. W 1990 r. objął funkcję pierwszego Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu. My, jego wychowankowie, doskonale pamiętamy emocje, jakie towarzyszyły walce o samodzielność organizacyjną środowiska opolskiego w ramach struktury Izby Lekarskiej. Pamiętamy jego konsekwencję, pomysłowość i samozaparcie, które pozwoliły doprowadzić do końca sprawę okazałej siedziby Opolskiej Izby Lekarskiej przy ul. Grunwaldzkiej. Właśnie w uznaniu pasji i dokonań na tym polu w 2005 r. otrzymał Medal Hipokratesa w 15-lecie Odrodzonego Samorządu Lekarskiego, a w 2010 r. przyznano Mu, za wybitne zasługi dla Samorządu Lekarskiego Opolszczyzny, godność honorową – tytuł „Prymariusz Opolski”.

Z pasją do dziś uprawia tenis i jeździ na nartach. Nadal ciekawi go świat, ludzie i polityka. Wiele podróżuje.

Grażyna BOGDANOWICZ

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W DNIU 23 CZERWCA 2010 R.

Na wstępie Prezes powitał zebranych i przekazał informację dotyczącą trzech spotkań Prezydium Rady – w tym dwóch nadzwyczajnych. Pierwsze nadzwyczajne posiedzenie Prezydium odbyło się w dn. 26 maja i było praktycznie poświęcone jednemu tematowi – wstępnej

ocenie skali szkód, jakie odnieśli lekarze Opolszczyzny wskutek powodzi.

Drugim omawianym tematem była sprawa wejścia w życie rozporządzenia ministra finansów w sprawie obowiązkowych ubezpieczeń OC lekarzy.

Ponadto na tym samym posiedzeniu, Prezydium podjęło decyzję o rejestracji dwóch lokalizacji (w Opolu i Ozimku) specjalistycznej praktyki lekarskiej kol. M. Kónopki-Błaszczuk.

Drugie nadzwyczajne posiedzenie Prezydium odbyło się w części „korespondencyjnie” i zostało zwołane (pod nieobecność kol. Jakubiszyna, który był na urlopie) przez Wiceprezesa S. Kowarzyka w związku z decyzją Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o odwołaniu ze stanowiska Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ – Kazimierza Łukawieckiego.

W tej części kol. Jakubiszyn przekazał głos kol. Kowarżykowi, który zrelacjonował kulisy powstania stanowiska Prezydium z dnia 9 czerwca, wyrażającego sprzeciw środowiska lekarskiego wobec tej arbitralnej decyzji. Kol. Kowarżyk zapoznał Radę z treścią tego stanowiska (*treść Stanowiska drukuję poniżej – przyp. Redakcji*).

Na swoim trzecim spotkaniu – 16 czerwca – Prezydium omawiało głównie dwa tematy. Pierwszy z nich to sprawa odwołania dyr. Łukawieckiego. W dn. 18 czerwca była zaplanowana pod siedzibą OOW NFZ pikietą różnych środowisk ochrony zdrowia i pacjentów przeciwko tej decyzji. Prezydium zadecydowało o nie angażowaniu się (jako organizacja samorządowa), ani w Obywatelski Komitet Protestacyjny, ani w organizację samej pikiety. Jednocześnie jednak kol. Jakubiszyn zapowiedział swój udział w tej pikiecie, namawiając innych członków Prezydium do udziału w niej. Przy tej okazji Prezes zdał sprawozdanie z przebiegu samej pikiety. Sprawa odwołania Dyrektora Łukawieckiego wywołała dyskusję członków Rady.

Drugim tematem spotkania była sprawa dopłat do nowych stawek ubezpieczeniowych wynikających z wejścia w życie rozporządzenia ministra finansów w sprawie obowiązkowych ubezpieczeń OC lekarzy. Wnioski z dyskusji członków Prezydium w tej sprawie oraz wynikające z niej konsekwencje kol. Jakubiszyn odłożył jednak do jednego z następnych punktów bieżącego posiedzenia Rady (patrz pkt. 9).

Prezydium podjęło także decyzję o rejestracji wyjazdowej praktyki lekarskiej Barbary Floreńskiej-Mazurek.

W dalszej części zebrania Sekretarz Izby przedstawił wnioski o wpisanie do rejestru OIL lek. Anny KOZIELEC (przeniesienie z ŚIL) – Rada jednogłośnie zaaprobowała wniosek.

Następnie Prezes przedstawił informację o szkoleniach organizowanych przez dwa podmioty, związane z „Medycyną Praktyczną” z Krakowa, mające uchwa-

ły NRL o spełnieniu wymogów. Chodzi o „Warsztaty pneumonologiczne” oraz szkolenia pediatryczne dotyczące szczepień ochronnych.

W kolejnej części posiedzenia Prezes przedstawił wnioski o zarejestrowanie indywidualnych praktyk lekarskich na wezwanie:

- Lek. Agnieszka GAJDA,
- Lek. Urszula KUBIK-REN,
- Lek. dent. Andrzej PETROLEWICZ,
- Lek. Barbara KUCHARCZYK-PYDO,
- Lek. dent. Sławomir AMBROZIAK,
- Lek. Joanna JASTRZĘBSKA,
- Lek. Janusz BUTKIEWICZ,
- Lek. Przemysław BARTNIK.

Wszystkie wnioski, przy 1 głosie sprzeciwu i 1 wstrzymującym, zaaprobowano.

Dalej zajęto się wnioskami o rejestrację indywidualnych praktyk lekarskich stacjonarnych:

- Lek. Kamila STOCHMIAŁEK (wniosek jednogłośnie przyjęty),
- Lek. dent. Katarzyna JÓZEFczyk-ZDUN,
- Lek. dent. Alicja JĘDRZEJAS (dwie lokalizacje)
- Lek. Marcin RĘKAWEK.

Te trzy ostatnie wnioski, przy 1 głosie wstrzymującym się, także przyjęto.

Do zwizytowania Komisji Stomatologicznej przekazano wnioski lekarzy dentyków: Aliny FLORCZAK-MYŚLICKIEJ oraz Bożeny KOPRYNY.

Wnioski lekarek Doroty BECHCIŃSKIEJ i Małgorzaty OSSOWSKIEJ wziął na siebie kol. Prezes, w związku z charakterem ich praktyk (kontynuowanie w ramach praktyki grupowej działalności, którą na terenie Opola prowadził NZOZ „Bariatrya” z Łodzi, zlikwidowany po śmierci lekarza-właściciela).

Następnie Rada rozpatrzyła pozytywnie dwa wnioski do Funduszu Samopomocy o przyznanie zapomóg oraz dwa podania o pożyczki szkoleniowe:

- kol. Piotr SYSŁO (pożyczka w związku z doktoratem),
- kol. Tomasz WANTUŁA (pożyczka w związku ze specjalizacją).

Kolejny wniosek – kol. Marka HAJNOSA – o refundację kosztów kursu (1950 zł) dotyczącego hirudoterapii (leczenia pijawkami lekarskimi). Wniosek ten wywołał ożywioną dyskusję członków Rady. Dyskutanci podkreślali, że Izba zawsze refunduje część kosztów specjalizacji lub doktoratu. Natomiast nie refundowała do tej pory i nie powinna refundować kosztów kursów. W związku z powyższym wszyscy członkowie Rady byli jednomyślnie przeciwni odstępowaniu od tej zasady.

W związku z konkursem na stanowisko ordynatora Oddziału Okulistycznego w Nysie ORL wyznaczyła swoich przedstawicieli:

- kol. Jerzego Jakubiszyna na przewodniczącą oraz na członków:

- kol. Rafała Pławszewskiego,
- kol. Wojciecha Rębisza
- kol. Bożenę Karolakowską-Lach jako ordynatora.

Z kolei na konkurs ordynatorski w Ośrodku Leczenia Odwykowego w Woskowicach wyznaczono:

- kol. Antoniego Junoszę-Szaniawskiego na przewodniczącą
- oraz na członków:
- kol. Ewę Pendziałek-Grunwald,
 - kol. Barbarę Łabiak,
 - kol. Kamila Rucińskiego jako ordynatora.

Przedstawicielem ORL w konkursach na Pielęgniarki Oddziałowe Oddziału Patologii Noworodków i Wcześnieńców oraz Oddziału Noworodków w Zespole Matki i Dziecka w Opolu wyznaczono kol. Krzysztofa Wiśniewskiego.

W dalszej części posiedzenia Prezes przedstawił wnioski o obniżenie wysokości składki członkowskiej do 10 zł (osoby pracujące na emeryturze):

- kol. Halina JAKOBI-RÓŻ
- kol. Dominika KORNACKA-SACZEK
- kol. Hanna ANDRYSIAK
- kol. Bogusław KUDYBA
- kol. Zdzisław DZIURDŹ

Wnioski zaakceptowano jednogłośnie.

W części sprawozdawczej kol. Jakubiszyn przedstawił krótko program ostatniego posiedzenia Rady Społecznej OOW NFZ, na którym Rada zaopiniowała sprawozdanie z wykonania planu finansowego Oddziału za rok ubiegły. Jak wynika z tego sprawozdania do tej pory nie zostały zapłacone świadczenia z ubiegłego roku na łączną kwotę ok. 31 mln. zł. Ponadto Rada Społeczna przyjęła plan finansowy na rok bieżący oraz omówienie realizacji kontraktów przez jednostki wojewódzkie.

Kol. Chowaniec z kolei przedstawił zwięzłe sprawozdanie z pierwszego posiedzenia Komisji Lekarzy Emerytów NRL, na którym dokonano wyboru nowego Przewodniczącego.

Kol. Kowarzyk poinformował członków Rady o posiedzeniu Krajowej Komisji Wyborczej NRL, które odbyło się w dn. 18 czerwca br. w Warszawie.

Następnie kol. Lach przekazał informacje ze spotkania redaktorów naczelnych biuletynów okręgowych izb lekarskich z kolegium Redakcyjnym „Gazety Lekarskiej”. Na spotkaniu tym dyskutowano nad pilną potrzebą zmiany dotychczasowego wizerunku Gazety, jej kształtu oraz drukarni ją drukującej. Przy okazji kol. Lach poinformował członków Rady, że Biuletyn Informacyjny OIL w Opolu zacznie się już niedługo ukazywać także w formie elektronicznej na stronie internetowej izby.

Kol. Dryja przekazał informację o rozstrzygnięciu konkursu na Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa w Opolskim Centrum Ratownictwa Medycznego, którym został lek. Krzysztof Waszkiewicz. Przekazał także informację ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia z wiceministrem

Haberem, na którym przedstawiciele Opolszczyzny zostali poinformowani o podjęciu przez ministerstwo decyzji o stworzeniu na bazie Wojewódzkiego Centrum Medycznego – Centrum Ratownictwa Medycznego.

Kol. Mazur poinformował, że odbyło się Walne Zgromadzenie Członków Kasy Pomocy Koleżeńskie Opolskiej Izby Lekarskiej, na którym dokonano uchwalenia nowego statutu Kasy oraz wybrano nowy 5-cio osobowy Zarząd, z nim jako przewodniczącym. Zarówno Statut Kasy, jak i deklaracja członkowska znajdzie się, w najnowszym Biuletynie Informacyjnym, jak i na stronie internetowej Izby (*powyższe materiały znajdziecie w dalszej części Biuletynu – przyp. Redakcji*).

I wreszcie kol. Misiak poruszył sprawę dalszego funkcjonowania Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kluczborku, której byt jest zagrożony.

W następnej części kol. Jakubiszyn przedstawił aktualną sytuację związaną z wejściem w życie w dn. 11 czerwca br. rozporządzenia dotyczącego obowiązkowego ubezpieczenia OC lekarzy. Po szeregu negocjacji z brokerem pozostano przy ofercie PZU. Jednocześnie ze względu na obligatoryjność ubezpieczenia każdego lekarza, bez względu na charakter zatrudnienia oraz brak vacatio legis, Prezydium ORL podjęło decyzję, aby izba lekarska wyłożyła pieniądze na dopłaty dla każdego z ubezpieczających się do tej pory przez izbę lekarzy do tego ostatniego obowiązkowego ubezpieczenia. Wyłożone przez izbę kwoty powinny być zwrócone przez każdego zainteresowanego w późniejszym terminie. Dla zrealizowania tego przedsięwzięcia należy wyasygnować kwotę około 85 tys. zł. Wysokości dopłat dla poszczególnych lekarzy zostaną podane do powszechnej wiadomości w najbliższym Biuletynie Informacyjnym.

Wywiązała się dyskusja dotycząca tego ostatniego rozwiązania prawnego. Członkowie Rady dzielili się swoimi zastrzeżeniami i wątpliwościami związanymi z interpretacją zapisów rozporządzenia – zwłaszcza dotyczyło to lekarzy pracujących wyłącznie na etacie. Wszelkie wątpliwości kol. Jakubiszyn starał się wyjaśniać. Po dyskusji Rada przyjęła wniosek Prezesa i jednogłośnie podjęła uchwałę o wyasygnowaniu 85.000 zł na dokonanie dopłat do ubezpieczenia (*uchwała nr 17/10/VI w załączeniu*).

W części dotyczącej sytuacji popowodziowej na Opolszczyźnie, Prezes Jakubiszyn stwierdził, że zgodnie z informacjami, jakie dotarły do Izby na terenie województwa opolskiego w wyniku powodzi poszkodowanych zostało (w różnym stopniu – mieszkanie, mieszkanie i gabinet, gabinet) 26 lekarzy (3 z rejonu Krapkowic, po 1 z rejonu Czarnowas i Zawadzkiego oraz 21 z rejonu Kędzierzyna-Koźła). Prezes przypomniał rozwiązania przyjęte przez Opolską Izbę Lekarską przed 13 laty w czasie „powodzi tysiąclecia”. Opierając się na tych doświadcze-

niach zaproponował, aby wszyscy poszkodowani lekarze otrzymali od Izby bezzwrotną zapomogę.

Kol. Lach zaproponował, aby wszystkim poszkodowanym bez wyjątku wypłacić równowartość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, następnie po indywidualnym rozpatrzeniu zakresu i charakteru poniesionych szkód wypłacić kolejną transzę środków finansowych.

Kol. Kowarzyk zaproponował, aby kwota tej zapomogi wyniosła 3 tys. zł i została przekazana każdemu poszkodowanemu wraz z pisemną prośbą o informację dotyczącą szczegółowych strat, jakie zostały poniesione przez każdego w wyniku powodzi, które będą rozpatrywane indywidualnie przez Radę.

Po dyskusji, członkowie Rady przyjęli uchwałę jednogłośnie (*uchwała nr 18/10/VI w załączeniu*).

Następnie kol. Jakubiszyn poinformował członków Rady o konieczności znowelizowania uchwały Rady dotyczącej składu osobowego Komisji Bioetycznej, z powodu rezygnacji z pracy w niej prof. Lembrycha i prof. Łukaszeńskiego, a także zmiany na stanowisku radcy prawnego izby. Prezes zaproponował do składu Komisji Bioetycznej:

- dr n. med. Tadeusza Chowańca (za prof. Lembrycha),
- mgr Agnieszkę Kosowską (za prof. Łukaszeńskiego),
- mgr Annę Krauze (za mgr Przybyszewskiego).

Propozycje Prezesa zostały jednomyślnie zaakceptowane.

W kolejnej części Przewodniczący przedstawił wspólny wniosek Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego w sprawie nowelizacji uchwały Rady, dotyczący gratyfikacji finansowych dla rzeczników i sędziów okręgowych za wykonaną pracę. Kol. Mazur zaproponował, aby kwota tej gratyfikacji wynosiła 150 zł, zaproponowano również nieznaczne rozszerzenie kryteriów przyznawania tego ryczałtu. Uchwałę w tej sprawie przyjęto.

Na zakończenie posiedzenia Rady, kol. Bąk poruszył problem praktyk niektórych lekarzy, którzy kierują swoich pacjentów z receptami do zrealizowania do konkretnych aptek. Uważał, że działania takie mogą prowadzić do bankructwa niektórych aptek i uznał je za nieetyczne.

Kol. Mielczarek z kolei zaproponował, aby Prezes zwrócił się do dyrektorów poszczególnych jednostek ochrony zdrowia z apelem o premiowanie finansowe kierowników specjalizujących się w tych zakładach lekarzy.

Na tym posiedzenie zakończono.

*Sekretarz ORL
Jerzy B. LACH*

STANOWISKO

**Prezydium Opolskiej Rady Lekarskiej
z dnia 9 czerwca 2010 r.**

w sprawie odwołania dyrektora Opolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia

Prezydium Opolskiej Rady Lekarskiej z oburzeniem przyjęło informację o odwołaniu Dyrektora Opolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia przez Prezesa NFZ.

Sprawa jest tym bardziej bulwersująca, jeżeli weźmie się pod uwagę fakt, że postawione zarzuty co do niekompetencji i niegospodarności Dyrektora Oddziału są całkowicie nieprawdziwe. Rada Opolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w załączniku do Uchwały nr 1/2010 z dnia 1.06.2010r., w której negatywnie zaopiniowała decyzję Prezesa NFZ o odwołaniu, szczegółowo wykazała absurdalność zarzutów.

Również zdaniem Prezydium ORL, którego przedstawiciel jest stałym uczestnikiem obrad Rady Funduszu, działalność Zarządu Oddziału z jego Dyrektorem Kazimierzem Łukawieckim jest godna najwyższego uznania i jest wzorem dla innych Oddziałów NFZ. Nasza opinia jest zbieżna ze zdaniem przedstawicieli organów administracji państwowej i samorządowej szczebla wojewódzkiego oraz Ministerstwa Zdrowia, wyrażanym wielokrotnie w Opolu na szeregu konferencjach i spotkaniach roboczych.

Również współpraca pomiędzy Samorządem Lekarskim i Dyrektorem Opolskiego Oddziału NFZ układa się bez zarzutu, czego dowodem są liczne wspólnie zorganizowane konferencje naukowe i szkolenia dla lekarzy, przy znaczącym zaangażowaniu organizacyjnym ze strony NFZ.

Mając na uwadze powyższe, Prezydium Opolskiej Rady Lekarskiej stoi na stanowisku, że decyzja Prezesa NFZ o odwołaniu z funkcji Dyrektora Opolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia jest skrajnie szkodliwa, niezrozumiała, całkowicie bezzasadna i absolutnie nie do przyjęcia dla Samorządu Lekarskiego Opolszczyzny oraz budzi podejrzenie istnienia przesłanek pozamerytorycznych i osobistych.

Prezydium Opolskiej Rady Lekarskiej domaga się od Ministra Zdrowia nadzorującego działalność NFZ spowodowania cofnięcia tej nieodpowiedzialnej decyzji.

*Zastępca Sekretarza ORL
Jolanta SMERKOWSKA-
MOKRZYCKA*

*Wiceprezes ORL
Stanisław KOWARZYK*

UCHWAŁA nr 17/10/VI

**Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
z dnia 23 czerwca 2010 r.**

w sprawie przeznaczenia pieniędzy na wpłatę składek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

Na podstawie art.25 pkt 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 219, poz. 1708), w związku ze zmianą zasad ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów, spowodowaną wejściem w życie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 26 kwietnia 2010r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uchwala się co następuje:

§ 1

Przeznacza się kwotę 85000 zł (osiemdziesiąt pięć tysięcy) ze środków zgromadzonych na rachunkach bankowych Opolskiej Izby Lekarskiej na wpłatę składek dla wszystkich członków OIL, którzy mieli za pośrednictwem Izby wykupioną polisę dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

§ 2

Zobowiązuje się Prezydium ORL do opracowania mechanizmu rewindykacji tych pieniędzy od członków OIL, których dotyczy wpłata, o której mowa w § 1.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz ORL

Prezes ORL

lek. Jerzy LACH

dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

* * *

UCHWAŁA nr 18/10/VI

**Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
z dnia 23 czerwca 2010 r.**

w sprawie przeznaczenia pieniędzy na wypłatę zapomóg w związku z następstwami powodzi

Na podstawie art.25 pkt 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 219, poz. 1708), uchwala się co następuje:

§ 1

Przyznaje się zapomogę w kwocie 3000 zł (trzech tysięcy) członkom Opolskiej Izby Lekarskiej, poszkodowanym przez powódź z maja br.

§ 2

Wykaz członków OIL, o których mowa w § 1, stanowi załącznik do uchwały.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz ORL

Prezes ORL

lek. Jerzy LACH

dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 17 maja br. odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej OIL w Opolu. Spotkanie prowadziła Przewodnicząca Komisji – kol. Barbara Hamryszak.

Na wstępie Przewodnicząca zapoznała zebranych z odpowiedzią Opolskiego Oddziału NFZ z dnia 12 kwietnia 2010 r. na pismo Komisji Stomatologicznej dotyczące powszechnego ubezpieczenia dzieci i młodzieży do 18 roku życia, kobiet w ciąży i w poroku.

Dalej kol. Hamryszak poinformowała członków Komisji, że Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej dr Anna Lella została wybrana na stanowisko sekretarza generalnego Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej (ERO-FDI).

W kolejnej części spotkania, Przewodnicząca poinformowała o obowiązku przejścia szkolenia z zakresu BHP dla pracodawców, którzy zatrudniają pracowników na umowę o pracę. Obowiązek ten nie dotyczy tych Koleżanek i Kolegów, którzy nie są pracodawcami. W związku z tym członkowie Komisji zaproponowali, aby takie szkolenie zostało zorganizowane wspólnie przez Komisję Stomatologiczną i Izbę Lekarską.

Następnie kol. Hamryszak przekazała informację, że w ostatniej wersji projektu rozporządzenia MZ dotyczącego prawa atomowego i promieniowania jonizującego w gabinetach stomatologicznych nie zostały uwzględnione żadne uwagi i sugestie przekazane przez Prezydium NRL. Jednocześnie poprosiła, aby ci spośród lekarzy dentystów, którzy posiadają w swoich gabinetach aparaty Rtg, przekazywali swoje propozycje i uwagi dotyczące projektu tego dokumentu. Projekt rozporządzenia dostępny jest na stronie internetowej: **www.stomatologia.nil.org.pl**

Komisja wyznaczyła kol. E. Bukowińską do przeprowadzenia wizytacji dwóch gabinetów kol. A. Jędrzejasa w Kędzierzynie-Koźlu.

Na zakończenie zebrania, Przewodnicząca przypomniała wszystkim o obowiązku opłacania składek członkowskich i przekazała do wglądu listę tych Koleżanek i Kolegów, którzy zalegają z ich płaceniem.

Anna ADAMSKA

* * *

W dniu 22 czerwca 2010 r. w siedzibie OIL odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Jego początek zdominowała gorąca dyskusja dotycząca aktualnych przepisów przeciwpożarowych, zawartych w „Ustawie o ochronie przeciwpożarowej” (Dz.U. nr 57/2010 poz. 353). Na mocy tych przepisów wszyscy lekarze, prowadzący własne praktyki, zostali zobowiązani do zapew-

nienia ochrony przeciwpożarowej we własnych gabinetach.

Następnie kol. Hamryszak przypomniała o obowiązującym od czerwca nowym ubezpieczeniu OC. Informacja o tym fakcie została również zamieszczona w poprzednim numerze Gazety Lekarskiej. Kol. Hamryszak przypomniała, że zgodnie z nowymi przepisami, lekarze, którzy do tej pory nie zawarli umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, powinni taką umowę zawrzeć.

Kol. Mokrzycka zdała relację z konferencji zorganizowanej przez Komisję Stomatologiczną NIL.

Niestety zabrakło na niej przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Na konferencji zwracano uwagę, iż na leczenie stomatologiczne jednego ubezpieczonego państwo przeznacza sumę 25 zł na rok. Na skutek „wyprowadzenia” ze szkół stomatologów i pediatrów, stan zdrowia jamy ustnej dzieci zbliżył się do poziomu obserwowanego przed 20 laty. Biorąc pod uwagę, iż WHO założyła, że do 2020 r. 80% dzieci powinno być wolnych od próchnicy, w naszym kraju, przy obecnym finansowaniu i liczbie stomatologów, jest to plan nie do osiągnięcia. Zwrócono również uwagę, że w przypadku raków jamy ustnej zbyt wiele czasu upływa od rozpoznania choroby do jej leczenia (ok. 2 lata), co sprawia, że wiele zmian staje się w tym czasie nieoperacyjnych. Jako duży problem w prawidłowym leczeniu wielu schorzeń jamy ustnej został wskazany brak możliwości zlecania badań dodatkowych przez lekarzy stomatologów. Problem ten jest szczególnie odczuwany przez periodontologów, dla których wyniki tych badań są niejednokrotnie niezbędne do postawienia właściwej diagnozy, a współpraca z lekarzami rodzinnymi, w materii kierowania na badania, nie zawsze układa się prawidłowo. Jednocześnie zwrócono uwagę na fakt, że nie leczone schorzenia jamy ustnej wpływają niekorzystnie na przebieg schorzeń układów krążenia, dokrewnego oraz schorzeń reumatologicznych.

W dalszej części zebrania zostały zgłoszone praktyki stomatologiczne do zwizytowania – dokumenty otrzymał dr Sienkiewicz. Wpłynęły również 2 wnioski o wpis do rejestru praktyk na terenie Głucholaz. Jedna z osób, ubiegająca się o wpis, jest członkiem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Zgromadzeni zadecydowali (choć nie jednomyślnie), aby przychylić się do opinii lekarzy stomatologów z Głucholaz i nie wydać zgody na rejestrację praktyki osobie będącej członkiem innej Izby.

W ostatniej części zebrania kol. Hamryszak przedstawiła pismo dr Stanisława Krolczyka, w którym zwraca się on z pytaniem o możliwości otwarcia praktyki lekarskiej dentystycznej w Brzegu, w przypadku, gdy ostatnie udokumentowane 30 lat pracy na terenie USA. Zebrani uznali, iż w takim przypadku lekarz ubiegający się o otwarcie własnej praktyki, powinien mieć możliwość

przejścia okresu adaptacyjnego przed podjęciem samodzielnej działalności.

Na zakończenie dr Hamryszak życzyła zebranim udanych wakacji.

Przewodnicząca
Barbara HAMRYSZAK

Sekretarz
Jerzy DRZYŻGA

STATUT KASY POMOCY KOLEŻEŃSKIEJ OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Przepisy wstępne

§ 1.

1. Kasa Pomocy Koleżeńskiej, zwana dalej Kasą, działa przy Opolskiej Izbie Lekarskiej w Opolu.
2. Siedziba Kasy mieści się w Opolu przy ulicy Grunwaldzkiej 23.
3. Kasa używa pieczęci Kasa Pomocy Koleżeńskiej Opolskiej Izby Lekarskiej.

Cele działania Kasy

§ 2.

1. Celem Kasy jest udzielanie członkom pomocy materialnej w formie pożyczek długo- i krótkoterminowych oraz zapomóg – w miarę posiadanych środków – na zasadach określonych w niniejszym Statucie.
2. Kasa działa na zasadzie pełnej samorządności i samowystarczalności finansowej.

Prawa i obowiązki członków Kasy

§ 3.

1. Członkami Kasy mogą być lekarze i lekarze dentyści pracujący zawodowo, emeryci i renciści, członkowie Opolskiej Izby Lekarskiej nie posiadający zadłużenia względem Izby Lekarskiej oraz pracownicy Opolskiej Izby Lekarskiej, a przynależność do Kasy jest dobrowolna.
2. Członkowie przyjmowani są do Kasy na podstawie deklaracji, której wzór stanowi załącznik nr1 do Statutu.
3. Uchwałę o przyjęciu podejmuje Zarząd Kasy, nie później niż w ciągu miesiąca od dnia złożenia deklaracji.
4. Członkowie Kasy wpłacają wpisowe i miesięczny wkład członkowski w wysokości ustalonej przez Walne Zebranie Członków (Delegatów).

§ 4.

Członek Kasy zobowiązany jest:

1. wpłacić wpisowe w wysokości 200 złotych,
2. wpłacać miesięczny wkład członkowski w wysokości 200 złotych,

3. przestrzegać przepisów Statutu oraz uchwał organów Kasy,
4. niezwłocznie powiadamiać Kasę o wszelkich zmianach dotyczących danych, zawartych w deklaracji, o której mowa w § 3 ust. 2.

§ 5.

Członek Kasy ma prawo:

1. gromadzić oszczędności w Kasie według zasad określonych w Statucie,
2. korzystać z pożyczek,
3. w razie wydarzeń losowych ubiegać się o udzielenie zapomogi,
4. brać udział w obradach Walnego Zebrania,
5. wybierać i być wybieranym do Zarządu Kasy i Komisji Rewizyjnej.

§ 6.

Uprawnienia określone w § 5 pkt 1, 4 i 5 członek Kasy nabywa z chwilą przyjęcia w poczet członków. Pozostałe uprawnienia określone w § 5 członek Kasy nabywa po wpłaceniu wpisowego i dwóch kolejnych wkładów miesięcznych.

§ 7.

Skreślenie z listy członków Kasy następuje:

1. na pisemne żądanie członka Kasy,
2. w razie ustania członkostwa w Opolskiej Izbie Lekarskiej,
3. w razie śmierci członka Kasy,
4. na skutek uchwały Zarządu Kasy, powziętej w wyniku niedopełnienia przez członka obowiązków określonych w § 4 pkt. 1–3.

§ 8.

Osobom skreślonym z listy członków Kasy przysługuje zwrot ich wkładów członkowskich w terminie do dwóch miesięcy od daty podjęcia uchwały przez Zarząd Kasy.

Organy Kasy

§ 9.

1. Organami Kasy są:
 - Walne Zebranie Członków,
 - Zarząd,
 - Komisja Rewizyjna.
 2. Jeżeli liczba członków Kasy przekracza 150, Zarząd może zwołać Walne Zebranie Delegatów zamiast Walnego Zebrania Członków. Liczbę delegatów ustala się na: 1 delegat na 10 członków Kasy.
- #### **§ 10.**
1. Uchwały organów Kasy zapadają zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy liczby członków lub delegatów, z zastrzeżeniem ust.2.
 2. W przypadku braku quorum w pierwszym terminie Walnego Zebrania Członków lub Walnego Zebrania Delegatów, decyzje podjęte przez członków Kasy w drugim, z góry wyznaczonym ter-

minie, są prawomocne niezależnie od ilości obecnych członków.

3. Zarząd Kasy i Komisja Rewizyjna pochodzą z wyborów a ich członkowie pełnią swoje czynności społecznie.

§ 11.

Kadencja Zarządu Kasy i Komisji Rewizyjnej trwa cztery lata. W trakcie kadencji członek organu Kasy może być odwołany z powodu niewłaściwego pełnienia obowiązków. W razie odwołania członka organu Kasy, zrzeczenia się przez niego pełnienia funkcji lub w razie ustania jego członkostwa w Opolskiej Izbie Lekarskiej – przeprowadza się wybory uzupełniające.

§ 12.

1. Walne Zebranie Członków oraz Walne Zebranie Delegatów może być zwyczajne lub nadzwyczajne.
2. Zwyczajne Walne Zebranie Członków (Delegatów) zwołuje Zarząd Kasy co najmniej raz w roku.
3. Nadzwyczajne Walne Zebranie Członków (Delegatów) zwołuje Zarząd Kasy w razie potrzeby lub na żądanie:
 - Komisji Rewizyjnej,
 - 1/3 liczby członków Kasy.

Nadzwyczajne Walne Zebranie Członków (Delegatów) zwołuje się nie później niż w ciągu miesiąca od dnia zgłoszenia żądania i nie wcześniej niż po upływie 5 dni od zawiadomienia członków Kasy o Zebraniu.

§ 13.

Do kompetencji Walnego Zebrania Członków (Delegatów) należy:

1. uchwalanie Statutu i wprowadzanie w nim zmian,
2. wybór i odwoływanie członków Zarządu i członków Komisji Rewizyjnej,
3. ustalanie wysokości wpisowego i miesięcznych wkładów członkowskich oraz zasad udzielania zapomóg,
4. zatwierdzanie sprawozdań i bilansów rocznych,
5. przyjmowanie sprawozdań Zarządu z bieżącej działalności oraz sprawozdań i wniosków Komisji Rewizyjnej,
6. w razie powstania szkód i strat, rozpatrywanie ich przyczyn oraz podejmowanie decyzji w sprawach ich pokrycia,
7. podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących likwidacji Kasy.

§ 14.

1. Zarząd Kasy składa się z 5 członków.
2. Zarząd na pierwszym posiedzeniu wybiera ze swojego grona przewodniczącego, sekretarza i skarbnika Kasy.
3. Posiedzenia Zarządu odbywają się w miarę potrzeb, nie rzadziej jednak niż raz w miesiącu. Z każdego posiedzenia Zarządu sporządza się protokół.
4. Do kompetencji Zarządu Kasy należy:

- przyjmowanie członków Kasy i skreślanie ich z listy członków,
 - prowadzenie ewidencji członków Kasy,
 - prowadzenie polityki w zakresie udzielania świadczeń,
 - przyznawanie pożyczek i ustalanie okresów ich spłaty,
 - podejmowanie decyzji w sprawie odroczenia spłaty pożyczek,
 - przyznawanie zapomóg,
 - sprawowanie kontroli nad terminowym i właściwym dokonywaniem wpłat oraz księgowaniem tych operacji,
 - podpisywanie dyspozycji pieniężnych i innych dokumentów,
 - zwoływanie Walnego Zebrania Członków (Delegatów),
 - składanie Walnemu Zebraniu Członków (Delegatów) sprawozdań z działalności bieżącej oraz przedstawianie bilansów rocznych do zatwierdzenia,
 - rozpatrywanie okresowych sprawozdań finansowych,
 - ustosunkowywanie się do wniosków i ustaleń Komisji Rewizyjnej,
 - współdziałanie z pracownikami wyznaczonymi przez biuro Opolskiej Izby Lekarskiej do prowadzenia księgowości, obsługi kasowej i prawnej Kasy,
 - prowadzenie innych spraw Kasy.
5. Zarząd Kasy reprezentuje interesy Kasy na zewnątrz.

§ 15.

1. Komisja Rewizyjna składa się z 3 członków.
2. Komisja Rewizyjna na pierwszym posiedzeniu wybiera ze swojego grona przewodniczącego i sekretarza.
3. Przewodniczącemu Komisji Rewizyjnej lub delegowanemu przez niego członkowi Komisji Rewizyjnej przysługuje prawo uczestniczenia w posiedzeniach Zarządu Kasy z głosem doradczym.
4. Komisja Rewizyjna jest organem kontrolującym działalność finansową Zarządu Kasy.
5. Do właściwości Komisji Rewizyjnej należy w szczególności:
 - ochrona mienia Kasy,
 - kontrola przestrzegania przez Zarząd Kasy postanowień Statutu,
 - czuwanie nad prawidłowym udokumentowaniem wszystkich wpłat i wypłat,
 - czuwanie nad terminowym prowadzeniem obsługi kasowej i księgowej Kasy.
6. Komisja Rewizyjna składa na Walnym Zebraniu Członków (Delegatów) sprawozdanie ze swojej

działalności oraz ustosunkowuje się do działalności Zarządu Kasy.

7. Komisja Rewizyjna przeprowadza kontrolę działalności Kasy co najmniej raz na kwartał, sporządzając protokół.
8. W razie stwierdzenia, że Zarząd Kasy w swojej działalności nie przestrzega przepisów prawa lub gdy działalność Zarządu jest sprzeczna z interesem społecznym, Komisja Rewizyjna żąda zwołania Nadzwyczajnego Walnego Zebrania Członków (Delegatów) i występuje na nim z wnioskiem o odwołanie Zarządu Kasy.

Majątek Kasy

§ 16.

Na środki finansowe Kasy składają się następujące fundusze:

1. fundusz oszczędnościowo – pożyczkowy,
2. fundusz rezerwowy,
3. fundusz zapomogowy.

§ 17.

1. Fundusz oszczędnościowo – pożyczkowy powstaje z wkładów członkowskich i przeznaczony jest na udzielanie pożyczek.
2. Wkłady członkowskie wnoszone w wysokości i terminach ustalonych w statucie, zapisuje się na imiennym rachunku członka Kasy.
3. Wkłady członków Kasy będących pracownikami mogą być za ich zgodą potrącane z wynagrodzenia, zasiłku chorobowego lub wychowawczego; pozostali członkowie Kasy wpłacają wkłady na rachunek bankowy Kasy do 25 dnia każdego miesiąca, ponosząc koszty tej wpłaty.
4. Na pisemny wniosek członka Kasy Zarząd Kasy może wyrazić zgodę na wypłatę części zgromadzonych przez Członka wkładów, przy czym na imiennym rachunku członka Kasy musi pozostać co najmniej 15000 złotych.

§ 18.

1. Fundusz rezerwowy powstaje z wpłat wpisowego wnoszonych przez członków wstępujących do Kasy, z niepodjętych zwrotów wkładów członkowskich, z odsetek od lokat terminowych i odsetek zasądzonych przez sąd oraz z subwencji i darowizn i jest przeznaczony na pokrycie szkód i strat, nieściągalnych zadłużeń oraz na odpis na fundusz zapomogowy.
2. Kasa ma prawo przyjmować subwencje i darowizny na zasilenie funduszu rezerwowego.

§ 19.

Fundusz zapomogowy powstaje z odpisów funduszu rezerwowego oraz dobrowolnych wpłat członków i jest przeznaczony na udzielanie zapomóg członkom Kasy w razie wypadków losowych.

§ 20.

1. Środki pieniężne Kasy są przechowywane na rachunkach bankowych.
2. Rachunki bankowe Kasy są otwierane na wniosek Zarządu. Zarząd wskazuje osoby uprawnione do dysponowania tymi rachunkami.
3. Wzory podpisów osób uprawnionych do dysponowania rachunkami Kasy zatwierdza Zarząd.

Rodzaje świadczeń Kasy

§ 21.

1. Pożyczki i zapomogi udzielane są na pisemny wniosek członka Kasy.
2. Wniosek o pożyczkę musi zawierać:
 - dane członka Kasy (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, podpis),
 - dane i podpisy dwóch poręczycieli, będących członkami Kasy, z wyjątkiem sytuacji gdy wysokość posiadanych wkładów przekracza wysokość pożyczki,
 - rodzaj pożyczki.
3. Wniosek o zapomogę musi zawierać dane, o których mowa w ust.2 pkt 1.
4. Wnioski o pożyczki i zapomogi złożone do końca każdego miesiąca rozpatrywane są przez Zarząd Kasy do 15 dnia następnego miesiąca.

§ 22.

1. Z funduszu oszczędnościowo – pożyczkowego udziela się pożyczek:
 - krótkoterminowych o okresie spłaty 3 miesięcy i wysokości do 10000 złotych,
 - długoterminowych o okresie spłaty 24 miesięcy i maksymalnej wysokości stanowiącej sumę: 3-krotny wkład + 5000zł.
2. Spłaty pożyczek dokonywane są w równych ratach miesięcznych.
3. Pożyczki długoterminowe oprocentowane są w wysokości 2 procent kwoty pożyczki przy czym odsetki dopisywane są do indywidualnego konta członka Kasy..
4. W uzasadnionych sytuacjach życiową przypadkach, na pisemny i uzasadniony wniosek członka Kasy, Zarząd Kasy może podjąć decyzję o pożyczce natychmiastowej (wniosek rozpatrywany jest w ciągu 3 dni od złożenia), w wyższej kwocie, innych okresach spłaty lub innych wysokościach rat spłaty.

§ 23.

1. W razie skreślenia z listy członków Kasy członka posiadającego zadłużenie, zadłużenie to podlega potrąceniu z wkładów.
2. Przy braku pełnego pokrycia z wkładu na spłatę zadłużenia resztę zadłużenia pożyczkobiorca spłaca w ratach na zasadach ustalonych w umowie pożyczki, z zastrzeżeniem ust.3.
3. W razie skreślenia członka Kasy z listy członków na jego wniosek, spłata całego zadłużenia jest na-

tychmiast wymagalna, niezależnie od terminów spłaty.

§ 24.

W razie zwłoki w spłacie zadłużenia wobec Kasy, Zarząd Kasy wzywa dłużnika na piśmie do uregulowania należności wyznaczając termin spłaty. Kopię tego wezwania doręcza się poręczycielom. W razie nie dokonania wpłaty przez dłużnika w wyznaczonym terminie, Zarząd Kasy ma prawo pokryć to zadłużenie z wkładów poręczycieli.

§ 25.

1. W razie śmierci członka Kasy, jego zadłużenie nie podlega spłacie przez poręczycieli.
2. Rodzinie zmarłego Zarząd Kasy może udzielić zapomogi do kwoty równej wysokości wkładu członkowskiego pomniejszonego o zadłużenie.

§ 26.

Nieściągalne zadłużenie może być umorzone w ciężar funduszu rezerwowego.

§ 27.

W razie konieczności wniesienia powództwa do Sądu z powodu niespłacenia pożyczki przez członka Kasy, w imieniu i w interesie Kasy występuje upoważniony członek Zarządu Kasy lub inna upoważniona przez Zarząd osoba.

Rachunkowość Kasy

§ 28.

1. Rachunkowość Kasy jest prowadzona zgodnie z odrębnymi przepisami dotyczącymi zasad prowadzenia rachunkowości.
2. Rokiem obrachunkowym jest rok kalendarzowy.

§ 29.

Rachunkowości Kasy nie mogą prowadzić członkowie Zarządu i Komisji Rewizyjnej, a także osoba prowadząca kasę. Kasy nie mogą prowadzić członkowie Zarządu i Komisji Rewizyjnej oraz osoba prowadząca rachunkowość Kasy.

§ 30.

1. Roczne sprawozdanie finansowe sporządzone według zasad, o których mowa w § 27 ust. 1 podpisuje Zarząd oraz Komisja Rewizyjna po przeprowadzeniu kontroli działalności Kasy. Protokół kontroli dołącza się do rocznego sprawozdania finansowego.
2. Roczne sprawozdanie finansowe podlega zatwierdzeniu przez Walne Zebranie Członków (Delegatów).

Likwidacja Kasy

§ 31.

1. Walne Zebranie Członków (Delegatów) podejmuje decyzję o likwidacji kasy w razie:
 - zmniejszenia się liczby członków Kasy poniżej 10,

- podjęcia stosownej uchwały w obecności co najmniej 2/3 członków Kasy i większością 2/3 głosów.

2. Uchwała Walnego Zebrania Członków (Delegatów) o likwidacji Kasy określa skład Komisji Likwidacyjnej w liczbie 3 osób oraz przeznaczenie środków pozostających na funduszu rezerwowym po całkowitym rozliczeniu należności, zobowiązań i wkładów członkowskich.
3. Likwidacja Kasy ma na celu zakończenie spraw bieżących, spłatę zobowiązań oraz ściągnięcie wierzytelności.
4. Z dniem podjęcia uchwały o likwidacji Kasy zaprzestaje się przyjmowania nowych członków oraz przyjmowania wkładów członkowskich, wypłat pożyczek i zapomóg.

§ 32.

Komisja Likwidacyjna wchodzi w prawa i obowiązki Zarządu Kasy oraz Komisji Rewizyjnej Kasy.

§ 33.

1. Uchwałę o likwidacji Kasy, z podaniem składu Komisji Likwidacyjnej i miejsca jej urzędowania oraz wyznaczonego trzymiesięcznego terminu zgłaszania roszczeń przez wierzycieli, przekazuje się do wiadomości wszystkich członków Kasy poprzez opublikowanie w Biuletynie Informacyjnym, a dłużników wzywa się listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru do spłaty należności.
2. Likwidacja Kasy powinna być zakończona w ciągu 6 miesięcy od dnia podjęcia uchwały o jej likwidacji.

§ 34.

1. Traci moc Statut Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej Okręgowej Izby Lekarskiej Teren Kędzierzyn-Koźle.
2. Niniejszy Statut wchodzi w życie z dniem jego uchwalenia przez Walne Zebranie Członków.

Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI ETYKI LEKARSKIEJ

Dn. 5.12.2008 r. do Komisji Etyki Lekarskiej przy OIL w Opolu wpłynęło następujące pismo od emerytowanego lekarza. Oto jego obszernie fragmenty:

„Jestem lekarzem emerytem, przepracowałam wiele lat jako ordynator oddziału. Teraz na stare lata spotkała mnie zniewaga i przykrość ze strony młodego lekarza dr W. B. zatrudnionego w pracowni rentgenowskiej mojego macierzystego szpitala. Zrobiłam sobie (nie obyło się bez kłopotów, żeby uzyskać skierowanie) Rtg stawów biodrowych i kręgosłupa lędźwiowego.

Zwróciłam się z prośbą do ww. lekarza, czy mógłby opisać to zdjęcie. Nastąpiła nieoczekiwana grubiańska reakcja z jego strony, warknięcie: nie! Mówię więc... staremu lekarzowi Pan odmawia. Na to ów lekarz z agresją powtórzył – bo nie! Wziął kurtkę i wyszedł. Zostałam bez słowa. Zachowania tego człowieka (nieetycznie, nielekarckie, niekoleżeńskie) – nie zapomnę nigdy”.

Podpis

Zachowanie lekarza sprzeczne jest z Kodeksem Etyki Lekarskiej z następującymi artykułami:

Art. 2.

Pkt 2. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – **Salus aegroti suprema lex esto**. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

Art. 12.

Pkt 1. Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.

Art. 52.

Pkt 1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom.

Art. 67.

Dobrym zwyczajem jest leczenie bezpłatnie innych lekarzy i członków ich najbliższej rodziny, w tym wdów, wdowców i sierot po lekarzach.

P.S. Komisja Etyki zwróciła się do ww. lekarza z prośbą o ustosunkowanie się do skargi. Przez 1,5 roku – mimo ponagieł – nie uzyskano odpowiedzi. Sprawę przekazano Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej.

M. FALENTA-HITNAROWICZ

WIOSENNE SPOTKANIE

W dniu 22 maja odbyło się Wiosenne Spotkanie Lekarzy Seniorów, zorganizowane przez Okręgową Radę Lekarską, w Klubie Lekarza w Opolu. Pomieszczenie szczelnie wypełnili lekarze seniorzy, w tym kolejna grupa z 28 zaproszonych, którym w bieżącym roku upłynęło 50 lat od uzyskania dyplomu lekarza. Z tej okazji, przewodniczący ORL dr med. Jerzy Jakubiszyn – wraz z gratulacjami – wręczył jubilatowi okolicznościowe medale, dyplomy i znaczki izbowe.

Spotkania opłatkowe i wiosenne lekarzy seniorów należą już do tradycji Izby. Są cenione, gdyż umożliwiają przyjacielskie pogawędki, wśród starych kolegów



po fachu. Zgromadzenie uświetniły występy chóru męskiego „Kamerton” pod kierownictwem p. Marii Przebindowskiej, które jak zawsze cieszyły się wielkim uznaniem zebranych.

Przewodniczący Komisji d.s. Lekarzy Emerytów i Rencistów w trakcie spotkania poinformował uczestników o:

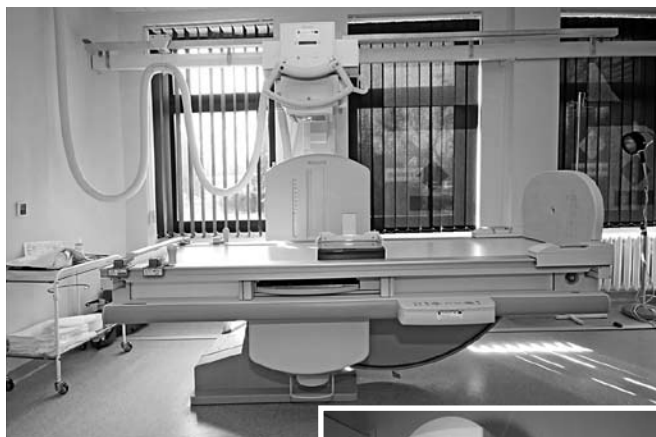
1. możliwości uzyskania kart „Programu SENIOR” dla 75-latków, dających 25% zniżkę na LEKI RECEPTUROWE, w aptekach DOZ (Dbam o zdrowie), do kwoty 500 zł;
2. możliwości korzystania ze świadczeń (m.in. turystycznych) w ramach Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów;
3. możliwości uzyskania legitymacji izbowych.

Zachęcał także do informowania Komisji o potrzebach życiowych lekarzy seniorów, którzy sami o pomoc się nie zwracają.

*Przewodniczący Komisji ds Lekarzy
Emerytów i Rencistów
dr med. Tadeusz CHOWANIEC*

UNIA EUROPEJSKA INWESTUJE W LOKALNE SZPITALA

W latach 2007–2013 województwo opolskie otrzymało z Unii Europejskiej 427,1 mln euro w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2007–2013r (RPO WO 2007–2013). Realizacja tego programu ma przyczynić się do wzrostu atrakcyjności regionu, jako miejsca do inwestowania, pracy i zamieszkania. Program skierowany jest m.in. do przedsiębiorców, instytucji otoczenia biznesu, jednostek samorządu terytorialnego, instytucji kultury, ochrony zdrowia, uczelni wyższych, organizacji pozarządowych, stowarzyszeń i fundacji. Jednym z celów RPO WO 2007–2013 jest zapewnienie mieszkańcom województwa wysokiego poziomu życia poprzez umożliwienie dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej oraz najlepszego sprzętu medycznego. Ochrona zdrowia mieszkańców regionu została wpisana w cele 5 Osi Priorytetowej RPO WO 2007–2013, dotyczącej rozwoju infrastruktury społecznej.



*Zdjęcia projektu SP ZOZ
w Strzelcach Opolskich*

Rozwój bazy medycznej w regionie to jedno z działań programu, które dotyczy w szczególności zapewnienia odpowiednich warunków i perspektyw dla ochrony zdrowia mieszkańców Opolszczyzny. W/w działanie obejmuje swym zakresem dwa poddziały: 5.2.1 – Stacjonarna opieka medyczna oraz 5.2.2 – Ambulatoryjna opieka medyczna.

Poddziałanie 5.2.1 – Stacjonarna opieka medyczna, związane jest z poprawą jakości świadczonych usług zdrowotnych w stacjonarnej opiece medycznej, która ma przyczynić się do zwiększenia dostępności, wydajności i poprawy jakości świadczeń medycznych realizowanych w placówkach szpitalnych oraz ułatwić dostęp do nowoczesnych technologii w zakresie przyszpitalnego specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego.

Pierwszy nabór wniosków o dofinansowanie w ramach w/w poddziałania miał miejsce 3–17. 03. 2008 r. Alokacja przeznaczona na konkurs wynosiła **12,2 mln PLN**. Do składania wniosków i tym samym ubieganie się o dofinansowanie, uprawnione były: zakłady opieki zdrowotnej prowadzące stacjonarną opiekę medyczną, działające w publicznym systemie ochrony zdrowia, dostarczające świadczenia gwarantowane w ramach kontraktu z instytucją finansującą publiczne świadczenia zdrowotne (np.: Narodowy Fundusz Zdrowia); jednostki samorządu terytorialnego, ich związki i stowarzyszenia; jednostki organizacyjne jednostek samorządu terytorialnego posiadające osobowość prawną; jednostki organizacyjne, w tym spółki prawa handlowego, utworzone przez jednostki wymienione wyżej, prowadzące działalność w zakresie ochrony zdrowia.

W wyniku naboru, do Departamentu Koordynacji Programów Operacyjnych Urzędu Marszałkowskiego

Województwa Opolskiego wpłynęło **12 wniosków**, których łączna wartość wynosiła 20,4 mln PLN, z czego ponad **17 mln PLN** stanowiło dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Wszystkie wnioski pozytywnie przeszły oceną formalną i merytoryczną I i II stopnia.

Zarząd Województwa Opolskiego jako instytucja Zarządzająca RPO WO 2007 – 2013 22 lipca 2008r. podjął decyzję o dofinansowaniu 9 projektów. 25 lipca 2008r. w ramach procedury odwoławczej zostały zaakceptowane dodatkowe 3 projekty.

Wszystkie projekty zostały już ukończone, a nowe obiekty oraz zakupiony specjalistyczny sprzęt służyć mieszkańcom województwa. Spośród dofinansowanych inwestycji ukończony został między innymi projekt w Strzelcach Opolskich. Wniosek o przyznanie dofinansowania został złożony przez Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzelcach Opolskich. Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie na realizację projektu pt.: Zakup sprzętu do pracowni RTG przez Zespół Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Strzelcach Opolskich.

Projekt polegał na zakupie specjalistycznej aparatury medycznej RTG i mammografu, które umożliwią wcześniejsze wykrywanie nowotworów, a tym samym szybsze ich zwalczanie. Badania prowadzone za pomocą aparatów RTG należą do podstawowych i wymaganych przez NFZ, warunków stawianych świadczeniodawcom usług medycznych w zakresie szpitalnictwa. Dzięki badaniom możliwe jest wcześniejsze wykrycie choroby, co pozwoli na wyeliminowanie kosztownej i długotrwałej chemioterapii i leczenia uzupełniającego na onkologii, a także przyspieszy możliwość wykonania badań i stawiania diagnozy poprzez zastosowanie teleradiolo-



Zdjęcia projektu SP ZOZ w Głubczycach

Tab. 1 Lista beneficjentów działania 5.2.1 Stacjonarna opieka medyczna RPO WO 2007–2013

Lp.	Nazwa beneficjenta	Tytuł projektu	Całkowita wartość projektu (PLN)	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (PLN)
01.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Głucholazach	Poprawa stopnia zdrowotności mieszkańców województwa opolskiego poprzez zwiększenie możliwości wczesnego wykrywania raka płuca	1.300.000,00	728.000,00
02.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach	Zakup tomografu komputerowego, mammografu i elektroencefalografu przez SP ZOZ w Głubczycach	2.298.859,89	1.287.361,54
03.	Prudnickie Centrum Medyczne S.A. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Prudniku	Podniesienie dostępności i jakości usług medycznych poprzez zastosowanie nowoczesnej diagnostyki – tomografii komputerowej	1.865.000,00	963.240,00
04.	Gmina Niemodlin	Zakup aparatury medycznej dla SZOZ w Niemodlinie	273.999,99	200.019,99
05.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie	Wczesne wykrywanie i leczenie nowotworów przewodu pokarmowego – zakup nowoczesnego sprzętu diagnostyczno-leczniczego	2.000.000,00	1.120.000,00
06.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu	Zakup aparatu RTG z osprzętem dla SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu	1.276.408,00	712.055,68
07.	Powiat Krapkowicki	Zakup sprzętu medycznego dla szpitala w Krapkowicach	2.020.000,00	1.131.200,00
08.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzelcach Op.	Zakup sprzętu do pracowni RTG Zespołu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Strzelcach Opolskich	2.500.000,00	1.400.000,00
09.	Powiat Brzeski	Poprawa dostępności do świadczeń medycznych poprzez zakup specjalistycznej aparatury i urządzeń medycznych w Brzeskim Centrum Medycznym w Brzegu	1.883.697,00	1.054.870,32
10.	Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka Akcyjna w Kluczborku	Poprawa diagnostyki poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej dla PCZ NZOZ Szpitala Powiatowego w Kluczborku	875.655,92	490.367,32
11.	Powiat Namysłowski	Kompleksowe wyposażenie bloku operacyjnego w SP ZOZ w Namysłowie	2.333.908,80	1.306.988,93
12.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie	Zakup tomografu komputerowego przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie	1.760.668,47	985.974,34

Źródło: Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego (www.rpo.opolskie.pl)

gii. Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzelcach Opolskich w ramach realizacji projektu otrzymał dofinansowanie z EFRR w wysokości 1,4 mln PLN, przy czym całkowity koszt projektu wynosił 2,5 mln PLN.

Kolejnym projektem, który został zrealizowany i służy już mieszkańcom Opolszczyzny jest Zakup tomografu komputerowego, mammografu, elektroencefalografu przez SP ZOZ w Głubczycach. Beneficjentem niniejszego projektu jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Głubczycach. SP ZOZ w Głubczycach prowadzi opiekę zdrowotną w zakresie leczenia zamkniętego oraz ambulatoryjnego nad mieszkańcami powiatu

głubczyckiego oraz w mniejszym stopniu mieszkańcami powiatów ościennych (kędzierzyńsko-kozielskiego, nyskiego, prudnickiego). Zakup sprzętu medycznego, który stanowił cel projektu miał za zadanie dostosowanie wielkości i profilu placówki do potrzeb regionu. Miał również poprawić dostępność, wydajność i jakość świadczonych usług. W wyniku realizacji projektu SP ZOZ w Głubczycach:

- zmniejszył koszty wykonywania specjalistycznej diagnostyki na miejscu;
- skrócił czas oczekiwania pacjentów na specjalistyczną diagnozę;



Zdjęcia projektu SP ZOZ w Namysłowie

- spełnił wymagania (techniczno-sanitarne) wynikające z przepisów prawa;
- zwiększył ilości wykonywanych badań tomografii komputerowej, mammograficznych i EEG;
- zmniejszył wiek aparatury medycznej pracującej w szpitalu;
- zwiększył precyzję badań.

Całkowity koszt projektu wynosił 2,3 mln PLN, natomiast kwota jaką otrzymał SP ZOZ Głubczyce w ramach RPO WO 2007–2013 z EFRR wynosiła 1,3 mln PLN.

Powiat Namysłowski to kolejny wnioskodawca, który otrzymał środki w ramach RPO WO 2007–2013. Głównym celem projektu było ułatwienie dostępu do usług medycznych. Większość miejscowości w powiecie namysłowskim znajduje się w znacznej odległości od placówek medycznych mogących wykonywać zabiegi operacyjne. Głównym założeniem SP ZOZ w Namysłowie było zmodernizowanie i poprawienie jakości świadczonych usług medycznych i zwiększenie ilości dostępnych zabiegów operacyjnych poprzez wyposażenie bloku operacyjnego w nowoczesny sprzęt. Zakupiony sprzęt i aparatura medyczna zastąpiły stare wyposażenie. Na realizację niniejszego projektu zostały przeznaczone środki z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionu w wysokości 1,3 mln PLN, przy czym całkowity koszt wynosił 2,3 mln PLN.

Więcej informacji dotyczących projektów unijnych mogą Państwo otrzymać w: **Głównym Punkcie Infor-**

macyjnym o Funduszach Europejskich, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Departament Koordynacji Programów Operacyjnych, Referat Informacji i Promocji Funduszy Strukturalnych, ul. Piastowska 14 – Ostrówek, 45 – 082 Opole, tel.: 77 54 16 200, 201, 243; info@opolskie.pl, w godzinach: poniedziałek–piątek 8.00–18.00, sobota 8.00–16.00 lub na stronach internetowych: www.opolskie.pl; www.rpo.opolskie.pl

*Opracował: Piotr POSPISZEL
Referat Informacji i Promocji Funduszy
Strukturalnych DPO UMWO*

SPRAWOZDANIE Z JUBILEUSZOWEGO ZJAZDU POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYN RODZINNEJ

W dniach 27–29 maja 2010 odbył się X Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w Hotelu „Gołębiowski” w pięknym Beskidzie Śląskim w Wiśle.

Jubileuszowy zjazd został zorganizowany z okazji:

- 15-lecia Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu;
- 10-lecia Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej;
- 10-lecia kwartalnika „*Family Medicine and Primary Care Review*”.

Przewodniczącym Komitetu Naukowego Zjazdu był Jego Magnificencja Rektor Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu prof. dr hab. n. med. Andrzej Steciwko, zaś wiceprzewodniczącym prof. dr hab. n. med. Andrzej Wardyn z Warszawy.

Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego był prof. dr hab. n. med. Andrzej Steciwko, zaś wiceprzewodniczącą dr n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, sekretarzem dr n. med. Donata Kurpas. (Zarówno Agnieszka Mastalerz-Migas, jak Donata Kurpas są pracownikami naukowo-dydaktycznymi Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu).

Uroczystość inauguracji Zjazdu rozpoczął przewodniczący Komitetu Organizacyjnego, wieloletni Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej prof. dr hab. n. med. Andrzej Steciwko.

Serdecznie powitał wszystkich wykładowców z prawie wszystkich ośrodków akademickich w Polsce, ponad 1000 uczestników Zjazdu, ale przede wszystkim honorowych gości Zjazdu:

- Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu prof. dr n. med. Ryszarda Andrzejaka,
- Wiceprzewodniczącego Naczelnej Rady Lekarskiej Konstantego Radziwiłła,

- Dyrektora Głównej Biblioteki Lekarskiej dr n. fil. Aleksandra Tulczyńskiego.

Po wystąpieniach zaproszonych gości i odczytaniu licznych listów gratulacyjnych m.in.: od Minister Szkolnictwa Wyższego i Nauki Barbary Kudryckiej, Kardiologa Wrocławskiego ks. Henryka Gulbinowicza historię powstania Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej we Wrocławiu – ilustrowaną ponad 100 przeżyciami – przedstawił prof. dr nad. n. med. Andrzej Steciwko. Kolejną historię powstania Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz kwartalnika „*Family Medicine and Primary Care Review*” przedstawiała dr Agnieszka Muczyńska i dr Donata Kurpas.

Z kolei prof. dr hab. n. med. Andrzej Steciwko wręczył najwyższe wyróżnienia – piękne statuetki „Hypokratosa” – niezwykle zasłużonym dla Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej:

- prof. dr hab. Annie Jung
 - prof. dr hab. Piotrowi Szyberowi
- oraz medale i nagrody jubileuszowe:
- Rektorowi Akademii Medycznej we Wrocławiu prof. Ryszardowi Andrzejakowi,
 - Wiceprzewodniczącemu Medycznej Rady Lekarskiej dr Konstantemu Radziwiłłowi,
 - mgr Janowi Kuźmiewi wydawcy firmy „Continua”, gdzie drukuje się większość publikacji naukowych Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, oraz wielu innym dostojnym gościom.

Wykład inauguracyjny nt.: „*Wielcy twórcy i ich choroby*” wygłosił prof. dr n. med. Andrzej Steciwko. Ten piękny wykład ilustrowały liczne zdjęcia tak wybitnych postaci, jak architekt Gaudí z Barcelony (twórca monumentalnej „Sagrada Família”, zaś prezentacje kompozytorów m.in.. Mozarta, Beethovena, Ravela odbywały się w tle ich kompozycji. Nic też dziwnego, że ten wykład spotkał się wielkim aplauzem wszystkich zebranych.

Inaugurację Zjazdu uświetnił wzruszający występ rodzinnego zespołu Andrzeja Sikorowskiego i jego córki Majki, którzy swoimi pięknymi piosenkami (m.in. „Ale to już było”) poruszyli wszystkich zebranych. Podkreślić w tym miejscu należy, że Majka Sikorowska większość swoich piosenek zaśpiewała po grecku, ponieważ jej matka jest Greczynką i wychowywała się przez wiele lat w Grecji.

Program naukowy Zjazdu obejmował przekrój wszystkich specjalności medycyny XXI wieku z najnowszymi ich osiągnięciami. Przedstawiał się on następująco:

27 maja 2010

1. Sesje Plenarne:
 - Kardiologia,
 - Hipertensjologia i diabetologia.
2. Sesje Satelitarne:
 - Nefrologia dziecięca,
 - Urologia i seksuologia.

28 maja 2010

1. Sesje Plenarne:
 - Nefrologia, reumatologia, choroby naczyń,
 - Alergologia i pulmonologia,
 - Pediatria i wakcynologia,
2. Sesje Satelitarne:
 - Chirurgia, gastroenterologia, hepatologia,
 - Medycyna rodzinna.

29 maja 2010

1. Sesje Plenarne:
 - Genetyka, dermatologia, okulistyka,
 - Ginekologia, nefrologia,
 - Endokrynologia.
2. Sesje Satelitarne :
 - Choroby przewlekłe w medycynie rodzinnej,
 - Kardiochirurgia.

W sesji satelitarnej „Chirurgia, gastroenterologia, hepatologia” referat nt.: „*Wczesna rehabilitacja układu oddechowego po torakotomiach*” wygłosił Prorektor Państwowej Szkoły Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu prof. dr hab. n. med. Roman Kurzbauer, natomiast w Sesji Planetarnej „Ginekologia i Nefrologia” dr hab. n. med. Janusz Kubicki nt.: „*Wpływ palenia tytoniu na stan łóżyska i płodu*”.

Wszystkie sesje cieszyły się ogromnym zainteresowaniem słuchaczy i po raz pierwszy czas wykładów limitowany był czasomierzem umieszczonym na telebimach, dzięki czemu wszystkie sesje rozpoczynały się i kończyły punktualnie. Równocześnie nowatorskim pomysłem organizatorów była możliwość przekazywania pytań do wykładowców podczas ich wystąpień za pomocą sms-ów.

Równolegle odbywały się wystąpienia licznie prezentowanych firm farmakologicznych, przy czym największym zainteresowaniem cieszyło się niezwykle pięknie prezentujące się stoisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Na podkreślenie zasługuje również zrealizowanie licznych sesji plakatowych, na których przedstawiano osiągnięcia naukowo-badawcze studenckich kół naukowych oraz pracowników naukowo-dydaktycznych prawie wszystkich uczelni medycznych z Polski.

W drugim dniu Zjazdu, podczas spotkania koleżeńskie, wystąpił zespół „Mamma Mia”, który niezwykle ekspresyjnymi piosenkami „ABBY” i „Boney M” porwał na parkiet prawie wszystkich uczestników Zjazdu.

Uroczyste zakończenie Zjazdu podsumował Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko, który złożył serdeczne podziękowania wszystkim organizatorom Zjazdu. Zjazd zakończył się sesją zdjęciową wszystkich organizatorów, w której uczestniczyła kilkutygodniowa córeczka dr n. med. Agnieszki Mastalerz-Migas, wiceprzewodniczącej Komitetu Organizacyjnego Zjazdu – jako najmłodszy

członek Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Miłym akcentem było wręczenie nagród i dyplomów za najlepsze prace plakatowe. Uroczystość zakończenia Zjazdu odbyła się w tle ulubionej pieśni JMR prof. Andrzeja Steciwko arii z opery „Nabucco” Giuseppe Verdiego.

PS. Wszyscy wykładowcy otrzymali pamiątkowe medale i dyplomy z okazji 10-lecia Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa
w Opolu*

DLACZEGO WYGASŁA DYNASTIA PIASTÓW?

Dynastia Piastów wydała ponad 120 władców – książąt i królów, dlatego przypuszczam, że P. T. Czytelników zainteresują fakty, które spowodowały, że dynastia całkowicie zniknęła z mapy Europy. Te okoliczności były bardzo często niezwykle, a niekiedy tragiczne.

Ostatni Piast Krakowski Kazimierz Wielki (1310–1370)

Przeszedł do historii, ponieważ pozostawił po sobie Polskę „murowaną”. Co ciekawe panujący wówczas Ludwik Węgierski (ojciec Królowej Jadwigi, został nazwany przez potomnych również Wielkim). Niestety nie układało mu się pożycie małżeńskie. Miał bowiem 5 żon:

- Aldona zmarła nagle w roku 1339,
- Małgorzata, córka króla Jana Luksemburskiego, zmarła w miesiąc po ślubie w roku 1341.
- 18-letnia Adelajda, córka heskiego grafa Henryka Żelaznego (ślub w roku 1341), okazała się być bezpłodna i została osadzona w nowo wybudowanym zamku w Żarnowcu nad Pilicą,
- Piękna Krystyna Rokiczanka, wdowa po praskim wójcie Mikołaju, poślubiona w roku 1356 (bigamia Kazimierza Wielkiego, ponieważ nadal żyła Adelajda), kiedy okazało się, że jest łysa (nosiła perukę) została wydalona z Wawelu, nie wróciła do Pragi i zmarła w zapomnieniu.
- Śląska księżniczka Jadwiga, córka Henryka z Żagania (podwójna bigamia Kazimierza Wielkiego, ponieważ nadal żyły dwie jego poprzednie żony). Jadwiga Żagańska urodziła córki: Annę, Kunegundę oraz Jadwigę, jednak syna Kazimierzowi Wielkiemu nie dała.

Niestety plany dynastyczne starzejącego się Kazimierza Wielkiego dotyczące jego wnuka Kaźka Szczecińskiego, od dziecka wychowanego na Wawelu, spaliły się na panewce, ponieważ w walce o polski tron zwyciężył schorowany Ludwik Węgierski z dynastii Andegawenów.



Obraz Juliusza Kossaka „Ścięcie księcia Mikołaja II na rynku w Nysie w roku 1497”

Najbardziej kuriozalnym jest fakt, że z romansu Kazimierza Wielkiego z niejaką Cudką, żoną dworzanina królewskiego Niewierzy przyszło na świat 3 synów: Niewierza, Jan i Pełka. Kazimierz Wielki zawsze ich hojnie obdarowywał, a w testamencie pamiętał o swoich niesłubnych synach.

Po 5 latach romansu z Cudką przyszedł burzliwy romans Króla z Żydówką z założonego przez niego Kazimierza – Esterką, która miała wg kronikarzy urodzić mu kilka córek.

Ostatni Piast Opolski Jan II Dobry (1460–1532)

Piastowie śląscy to potomkowie najstarszego syna Bolesława Krzywoustego – Władysława Wygnańca, usuniętego z Krakowa przez koalicję jego młodszych braci z Bolesławem Kędzierzawym na czele. Władysław Wyganiec schronił się na dworze cesarza niemieckiego Konrada III (jego żona Agnieszka była siostrzenicą cesarza) i nigdy nie powrócił do Polski.

Jan II Dobry był najwybitniejszym Księciem Śląskim. Oto jego zasługi:

- do swojego Księstwa przyłączył Ziemię Raciborską,
- wydał „konstytucję” Księstwa pod nazwą „Wielki Przywilej Ziemski” z powołaniem Sądu Apelacyjnego Opolsko-Raciborskiego, który miał brać w opiekę również ludzi biednych,
- w tzw. „Ordunku Gornym” powołał pierwsze w Polsce „Kasy Chorych” dla Gwarków w Tarnowskich

Górach (gdzie wydobywano srebro), Sąd Górniczy oraz ufundował szpital,

- panował nieprzerwanie przez 56 lat (ewenement w historii średniowiecza) nie prowadząc żadnych wojen.

Niestety Jan II Dobry był bezżenny i bezdzietny, a sukcesję po nim przejął – wraz z ogromnym skarbem znajdującym się w podziemiach obecnej Wieży Piastowskiej – cesarz Ferdynand Habsburg, który już 2 lata przed śmiercią starzejącego się Księcia obsadził Zamek Dolny na wyspie Pasieka tysięczną załogą pod pozorem dobra religii katolickiej i obrony przed szerzeniem się w Księstwie Opolskim luteranizmu. Brat Jana II Dobrego – Mikołaj II Opolski z uwagi na swoje poglądy religijne został publicznie ścięty na rynku biskupiego miasta w Nysie w roku 1497 (patrz rycina).

Najwspanialszą pamiątkę po Janie II Dobrym jest piękna płyta nagrobna wykonana z czerwonego marmuru umieszczona nad jego sarkofagiem w kaplicy Książęcej w Katedrze Podwyższenia Krzyża Świętego w Opolu. Pod Piastowskim Orłem znajduje się łaciński wzruszający napis: *„Roku Pańskiego 1532 odszedł sławny i znany Pan Jan na Śląsku, książę ostatni Opola, a także Pan Raciborza wobec Boga i ludzi pobożnością i dobrodziejstwami zasłużony. Amen”* (patrz rycina).

Ostatni Piast Cieszyński

Sto lat później, podczas wojny trzydziestoletniej zmarł ostatni Piast Cieszyński Fryderyk Wilhelm w roku 1625. Jego siostra Lukrecja, jako ostatnia z rodu, zmarła w roku 1653.

Ostatni Piast Brzesko-Legnicki Jerzy Wilhelm (1660–1675)

Najdłużej panowała linia brzesko-legnicka Piastów Śląskich. W tym miejscu należy wspomnieć o najwybitniejszym Księciu Brzesko-Legnickim Jerzym II (1525–1586). Był on budowniczym jednego z najpiękniejszych zabytków Śląska – Zamku Brzeskiego zwanego „Małym Wawelem”. Spoczywa w niezwykle pozłacanej trumnie w podziemiach Zamku Brzeskiego.



Trumna ostatniego Piasta Jerzego Wilhelma w kościele Św. Jana w Legnicy



Płyta nagrobna ostatniego Piasta Opolskiego Jana II Dobrego w Katedrze Opolskiej

Ostatnim Piastem Brzesko-Legnickim był świetnie zapowiadający się Jerzy Wilhelm, urodzony na zamku w Oławie w roku 1660. Niestety Jerzy Wilhelm zmarł w wieku zaledwie 15 lat, w dniu 21 listopada 1675 roku prawdopodobnie z powodu ospy. Otóż z okazji święta Hubertusa nocował w chłopskiej chacie we wsi Kościerzce, w której dzieci chorowały właśnie na ospę.

Linia żeńska Piastów dożyła jeszcze XVIII wieku w osobie starszej siostry Jerzego Wilhelma – Karoliny, która zmarła w roku 1707 we Wrocławiu i jest pochowana w Trzebnicy obok Św. Jadwigi.

Ostatni Piast Jerzy Wilhelm spoczął w kościele Św. Jana w Legnicy w pięknym mauzoleum wybudowanym przez jego matkę księżną Ludwikę (patrz rycina).

P.S. Ostatni piastowski Książę Wrocławski Henryk VI zmarł w roku 1335 i pochowany został w Kościele Klarysek we Wrocławiu. Ostatni Piastowie Mazowiecy to Stanisław (zm. 1554) i Janusz (zm. 1526). Zostali oni pochowani w Katedrze Św. Jana w Warszawie. Zgon tych młodych i zdrowych Piastowiczów przypisywano otruciu przez Królową Bonę, która przed powrotem do Bari zamieszkała w Warszawie. Zresztą w jej otoczeniu poprzednio na Wawelu w niewyjaśnionych okolicznościach umierało nagle wielu jej wrogów. Królowa Bona pozostawała w zażyłej korespondencji ze słynną włoską „trucicielką” Lukrecją Borgia.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI
Prorektor PSMWSZ w Opolu*

LEKARZ MOŻE SAM SOBIE WYPISAĆ L4

ZUS nie chciał zapłacić Jerzemu B. za chorobowe, bo... sam wystawił sobie zwolnienie. Sąd uznał, że lekarz nie złamał prawa.

Jerzy B. jest specjalistą medycyny ogólnej i rodzinnej w podopolskiej przychodni. Od kilku lat cierpi na schorzenie stawu biodrowego, miał operację. Gdy w ubiegłym roku zaczął odczuwać dotkliwe bóle stawu, wystawił sobie L4 na 12 dni.

- Nie widziałem sensu, żeby specjalnie jechać po druk do innego lekarza. Przeprowadziłem na sobie badanie. Wydaje mi się, że mam odpowiednie doświadczenie – wyjaśniał.

Ale ZUS odmówił mu wypłaty zasiłku chorobowego. *„Ta sama osoba nie może wydawać samemu sobie zaświadczeń lekarskich, które skutkować będą roszczeniami finansowymi względem pracodawcy. Nie do przyjęcia jest, by w ramach jednej sprawy ta sama osoba występowała jako lekarz i jako ubezpieczony”* – napisał w uzasadnieniu dla sądu pełnomocnik ZUS.

Lekarz przekonywał sąd, że ani Kodeks Pracy, ani akty prawne Naczelnej Izby Lekarskiej nie mówią nic o tym, by lekarz po postawieniu diagnozy nie mógł wystawić sobie zwolnienia. To, że Jerzy B. w tamtym okresie był niezdolny do pracy, potwierdził leczący go ortopeda.

Sąd Rejonowy w Opolu przyznał lekarzowi rację. Bo podstawą do wydania zasiłku jest zaświadczenie lekarskie, które jest nieważne tylko, gdy druk jest sfałszowany (np. podrobiono podpis lekarza) lub gdy jest niezgodny z prawdą i chory mógł pracować.

- Tutaj nie ma o tym mowy – zaznaczył sędzia Andrzej Jabłoński. – Taka sytuacja może wprowadzić w wątpliwość z etycznego punktu widzenia, ale brak odpowiedniego przepisu zakazującego tego rodzaju zachowań wskazuje na ich dopuszczalność.

A czy lekarz rzeczywiście był w tym czasie chory? Tym sąd się nie zajmował, bo ZUS tego nie kwestionował.

Od wyroku ZUS się nie odwołał. – *Argumentacja sądu i uzasadnienie wyroku było wystarczająco przekonujące* – powiedziała Agnieszka Granatowska, rzeczniczka opolskiego ZUS.

(przedruk z „Gazety Wyborczej” – nadesłał Stanisław Kowarzyk)

O SKŁADKACH – OPINIA PRAWNA

Zgodnie z ustawą z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 2009 r. nr 219, poz. 1708 ze zm.), jak i poprzednio obowiązującą ustawą z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 1989 Nr 30, poz. 158 ze zm.), członkowie izb lekarskich mają obowiązek opłacania składek, których wysokość określa Naczelna Rada Lekarska (art. 35 ust. 1 pkt 9 ustawy „starej” oraz art. 39 ust. 1 pkt 11 ustawy „nowej”).

Aktualnie obowiązującą jest uchwała nr 8/08/V NRL z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, która weszła w życie 1.10.2008 r. i zastąpiła poprzednio obowiązującą uchwałę nr 63/03/IV NRL z dnia 12.12.2003 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej zmienioną uchwałą nr 21/06/V NRL z dnia 22.06.2006 r. zmieniającą uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej.

Powołane uchwały nie tylko określają wysokość składki członkowskiej, ale i określają wyczerpująco przypadki, w których lekarz może zostać zwolniony z obowiązku płacenia składek. Są to ogólnie ujmując sytuacje nieosiągania przychodu oraz zaprzestania wykonywania zawodu w związku z przejściem na emeryturę lub rentę udokumentowane decyzją ZUS-u.

Według aktualnej uchwały NRL nr 8/08/V lekarz, może zostać zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej:

1. jeżeli nie osiąga przychodu, przy czym lekarz musi złożyć wniosek oraz przedstawić zaświadczenie o okresie zarejestrowania w rejestrze bezrobotnych powiatowego urzędu pracy lub kserokopię zeznania o wysokości dochodu w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku wraz z oświadczeniem o przewidywanym braku przychodu w okresie zwolnienia;
2. na czas nieokreślony, jeżeli zaprzestał wykonywania zawodu, jeżeli złoży wniosek na piśmie wraz z oświadczeniem o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony oraz przedstawi decyzję właściwego organu emerytalnego o przyznaniu emerytury lub renty.

Stosownie do poprzedniej uchwały nr 69/03/IV zwolnienie z obowiązku opłacania składki przysługiwało:

1. lekarzowi bezrobotnemu w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu i bezrobociu;
2. lekarzowi nie osiągającemu przychodu z tytułu wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty

lub innego źródła zarobkowania – fakultatywnie na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej na czas określony pod warunkiem udokumentowania lub uprawdopodobnienia faktu niezarobkowania;

3. emerytowi lub renciście nie wykonującemu zawodu lekarza lub lekarza dentystry.

Prawo wykonywania zawodu w Polsce jest immanentnie związane z przynależnością do samorządu zawodowego – członkostwem we właściwej okręgowej izbie lekarskiej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity: Dz.U. 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm.), prawo wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentystry przyznaje okręgowa rada lekarska, a zgodnie z art. 8 tej ustawy lekarz, który uzyskał prawo wykonywania zawodu podlega wpisowi do rejestru prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską. Zgodnie z art. 6 ustawy „nowej” o izbach lekarskich lekarz, który zamierza wykonywać zawód i któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu zostaje równocześnie wpisany na listę członków izby lekarskiej. Jak stanowi §7 ust. 1 uchwały nr 104/97/H NRL z dnia 26 września 1997 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy (ze zmianami) okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza i równoczesnym wpisem lekarza na listę członków i do rejestru okręgowej izby lekarskiej.

Skreślenie z listy członków okręgowej izby lekarskiej i z okręgowego rejestru lekarzy następuje zgodnie z §11 uchwały nr 104/97/11 NRL oraz art. 7 ustawy „starej” o izbach lekarskich (odpowiednio art. 13 ustawy „starej”).

Stosownie do brzmienia art. 7 ustawy „nowej” o izbach lekarskich skreślenie z listy członków okręgowej izby lekarskiej następuje na skutek:

1. przeniesienia się lekarza do innej okręgowej izby lekarskiej,
2. złożenia przez lekarza oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu lekarza z wyjątkiem przypadku, gdy przeciwko temu lekarzowi toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej;
3. utraty prawa wykonywania zawodu na skutek zaistnienia okoliczności, o których mowa w art.14 ustawy z dnia 15.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
4. pozbawienia lekarza prawa wykonywania zawodu;
5. śmierci lekarza.

Jedynie w przypadku skreślenia z listy członków okręgowej izby lekarskiej, ustaje obowiązek opłacania składki członkowskiej na rzecz tej izby. Sam fakt niewykonywania zawodu w Polsce przez lekarza, który uzyskał prawo do wykonywania zawodu i został członkiem jednej z okręgowych izb lekarskich, nie ma wpływu na jego przynależność do samorządu i obowiązek opłacania składki, o ile nie zrzekł się prawa wykonywania zawodu w Polsce.

Lekarz, który wykonuje zawód w innym państwie, a nie zrzekł się prawa wykonywania zawodu w Polsce, pozostaje członkiem izby lekarskiej i ma obowiązek opłacania składek. Jeżeli lekarz złoży oświadczenie według wzoru o zaprzestaniu wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry na czas nieokreślony na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, wszczyna się postępowanie, o którym mowa w §14 uchwały NRL nr 104/97/11. Skutkiem tego jest zmiana numeru rejestracyjnego oraz wpisanie informacji do rejestru i wzmianki w dokumencie uprawniającym do wykonywania zawodu oraz na „wniosku”. Natomiast nie jest skutkiem takiego oświadczenia skreślenie z listy członków izby lekarskiej, ani też zwolnienie z obowiązku płacenia składek. W każdym momencie lekarz taki może złożyć oświadczenie o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu, co jest podstawą dokonania odpowiednich wpisów w rejestrze.

Jadwiga JARZĄBKIEWICZ-GÓRNIAK

Radca prawny

(przedruk z biuletynu „Primum Non Nocere” 6/10)

LEKARZ FUNKCJONARIUSZEM PUBLICZNYM – CZY WARTO?

W środowisku lekarskim odżyła ostatnio idea, by każdemu lekarzowi nadać status tzw. funkcjonariusza publicznego. Postulat ten związany jest z aktami przemocy, jakich podczas wykonywania zawodu doświadczają lekarze ze strony pacjentów lub osób im towarzyszących. Uznanie każdego lekarza za funkcjonariusza publicznego miałoby ułatwić ściganie sprawców napaści fizycznych i słownych na lekarzy. Takie zachowania, jeżeli dotyczą funkcjonariusza publicznego, są bowiem ścigane przez prokuratora z urzędu, a nie przez samego pokrzywdzonego lekarza, który wnosi prywatny akt oskarżenia do sądu karnego.

Wydaje się jednak, że uznanie każdego lekarza za funkcjonariusza publicznego (poprzez dodanie go do katalogu osób wymienionych w art. 115 § 13 Kodeksu karnego) pociągnęłoby za sobą również skutki, z których lekarze nie do końca zdają sobie sprawę i niekoniecznie byłiby zadowoleni. W razie uznania bowiem, że każdy lekarz jest funkcjonariuszem publicznym, zostaje co prawda zdjęta z niego konieczność samodziel-

nego dochodzenia sprawiedliwości za popełnione na jego szkodę przestępstwo, jednocześnie jednak lekarz staje się potencjalnym podmiotem innych przestępstw, opisanych w kodeksie karnym, a dotyczących właśnie funkcjonariusza publicznego.

Szczególnie niebezpieczna może być odpowiedzialność z art. 231 k.k., przewidującego karę za przekroczenie uprawnień lub niedopełnienie obowiązków, stanowiące działanie na szkodę interesu publicznego lub prywatnego. Należy zauważyć, że każde niedopełnienie obowiązków przez lekarza albo wyjście przez niego poza przyznane uprawnienia podlegałoby karze zgodnie z tym przepisem, jeśli tylko stanowiłoby jednocześnie działanie na szkodę interesu publicznego lub prywatnego. Nawet zatem w przypadkach tzw. błędów w sztuce lekarskiej, jeśli nie można by postawić zarzutu popełnienia przez lekarza przestępstwa przeciwko życiu lub zdrowiu, zawsze pozostawałoby ryzyko odpowiedzialności z art. 231 k.k.

Istotnym jej aspektem byłoby również zobowiązanie każdego lekarza do zawiadamiania organów ścigania o każdym podejrzeniu popełnienia przestępstwa. W szczególności dotyczyłoby to zaobserwowanych przez lekarza przestępstw, których ofiarami padli jego pacjenci. Lekarz byłby również zobowiązany do niedopuszczenia do zatarcia śladów i dowodów zauważonego przestępstwa (co wynika z art. 304 § 2 Kodeksu postępowania karnego). Uznanie każdego lekarza za funkcjonariusza publicznego postawiłoby zatem pod znakiem zapytania kwestię tajemnicy lekarskiej w tych wypadkach, gdy lekarz podejrzewa, że jego pacjent padł ofiarą lub jest sprawcą przestępstwa. Wydaje się, że lepszym rozwiązaniem dla lekarzy byłoby nie tyle uznanie każdego z nich za funkcjonariusza publicznego, lecz raczej objęcie każdego z nich ochroną należną funkcjonariuszowi publicznemu. Rozwiązanie takie funkcjonuje obecnie na mocy art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w stosunku do tych medyków, którzy wykonują czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadkach opisanych w art. 30 wspomnianej ustawy.

Objęcie ochroną prawną przynależną funkcjonariuszowi publicznemu oznacza ściganie sprawców przestępstw przeciwko takim lekarzom przez prokuratora z urzędu i na podstawie innych przepisów kodeksu karnego. Tacy lekarze nie są jednak funkcjonariuszami publicznymi, w związku z czym oni sami nie ponoszą odpowiedzialności z tych przepisów kodeksu, które odnoszą się do funkcjonariuszy publicznych, lecz na ogólnych zasadach. Oczywiście chodziłoby o objęcie ochroną każdego lekarza podczas wykonywania zawodu, a już wątpliwe byłoby objęcie ochroną tylko w związku z wykonywanym zawodem. Wydaje się bowiem, że postulat szczególnej ochrony lekarza ma na celu jego ochronę podczas udzielania świadczeń medycznych. Należałoby również rozważyć, czy ochrona ma przysługiwać

wyłącznie w przypadkach sytuacji opisanych obecnie w art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, czy ma objąć lekarza w każdym przypadku udzielania świadczenia medycznego, czyli również np. podczas konsultacji dokonywanej w jego gabinecie.

Dr Jan KULESZA

adiunkt w Katedrze Prawa Karnego,

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytetu Łódzkiego

(przedruk za biuletynem „Puls” nr 6–7/10 z „Pulsu Medycyny” nr 6/10)

ODDZIAŁ BEZ ORDYNATORA?

W środowisku lekarskim od dłuższego czasu trwa dyskusja nad tym, że w kolejnych publicznych placówkach służby zdrowia zamiast na stanowiska ordynatorów powołuje się „koordynatorów oddziału”, „kierowników oddziału”, bądź też „lekarza kierującego oddziałem”. Niezależnie od argumentów przemawiających za takim rozwiązaniem bądź przeciw niemu, warto spojrzeć na to zjawisko od strony prawnej.

Sposób powoływania ordynatora na stanowisko w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej w polskim systemie prawa reguluje w sposób szczegółowy ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z treścią art. 44a ust. 1 zasadą jest, że w publicznych zakładach opieki zdrowotnej przeprowadza się konkurs na stanowisko ordynatora. Przepisy tej ustawy przewidują stanowisko kierownika oddziału, ale tylko w połączeniu ze stanowiskiem ordynatorskim: ordynatora — kierownika kliniki i ordynatora — kierownika oddziału klinicznego. **Ustawa powyższa nie zna pojęcia „lekarza kierującego oddziałem”.** W konsekwencji powstanie stanowiska „lekarza kierującego oddziałem” lub kierownika oddziału zamiast stanowiska ordynatora może stanowić obejście ww. ustawy i wydanego na jej podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 roku w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu.

Rozwiązania zawarte w ww. przepisie ustawy o z.o.z. nie są adresowane do ZOZ-ów niepublicznych, w związku z tym ich „organy założycielskie” mają pełną swobodę wyboru formy nawiązania współpracy z osobami mającymi piastować stanowiska ordynatorów czy też lekarzy kierujących oddziałem.

W obowiązującym stanie prawnym jedyną sankcją, wprost wyrażoną w ustawie, dla takiego postępowania byłoby postępowanie wszczęte przez podmiot prowadzący rejestr w przypadku uznania, że powołanie na stanowisko „lekarza kierującego oddziałem” (zamiast

ordynatora) bądź bez przeprowadzenia konkursu stanowi naruszenie ustawy. Zgodnie bowiem z treścią art. 15 ust. 1 ww. ustawy, jeżeli zakład opieki zdrowotnej [...] w części swojej działalności [...] narusza przepisy ustawy [...], organ prowadzący rejestr wyznacza termin usunięcia uchybień, a po jego bezskutecznym upływie podejmuje decyzję o wykreśleniu zakładu z rejestru w całości lub w części dotyczącej działalności nie odpowiadającej wymaganiom ustawy. Do tego organu należy ocena, czy stwierdzone naruszenia są wystarczające do podjęcia interwencji.

Trzeba jednak zauważyć, że mimo jednoznacznego brzmienia ww. przepisu ustawy o z.o.z. w innych aktach prawnych umieszczono w ostatnim okresie obok pojęcia ordynatora określenie „lekarza kierującego oddziałem” bądź „kierownika oddziału”:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. **w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej** określonego rodzaju:

- „ordynatorem (lekarzem kierującym oddziałem) i jego zastępcą powinien być lekarz, lekarz dentysta” (§ 10).

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. **w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej** oraz sposobu jej przetwarzania:

- „wpisy dotyczące przebiegu hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez lekarza prowadzącego i okresowo kontrolowane przez ordynatora lub innego lekarza kierującego oddziałem” (§ 13 ust. 2);
- „wypisu pacjenta dokonuje lekarz prowadzący, przedstawiając zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu ordynatorowi lub innemu lekarzowi kierującemu oddziałem” (§ 14 ust. 2);
- „Kartę informacyjną podpisuje lekarz wypisujący i ordynator lub inny lekarz kierujący oddziałem” (§ 16 ust. 1);
- „historię choroby wraz z oryginałem protokołu badania sekcyjnego przekazuje się lekarzowi prowadzącemu lub lekarzowi wyznaczonemu przez ordynatora lub innego lekarza kierującego oddziałem” (§17 ust. 3);
- „lekarz prowadzący lub lekarz wyznaczony przez ordynatora lub innego lekarza kierującego oddziałem przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do akceptacji i podpisu ordynatorowi lub innemu lekarzowi kierującemu oddziałem” (§ 17 ust. 4).

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 czerwca 1999 r. **w sprawie zasad**

wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej – załączniki 2 i 4.

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. **w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego**:

- „minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią:
1. ordynator (kierownik) oddziału i pielęgniarka oddziałowa” (§ 14).

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. **w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty**:

- „koordynator planuje i nadzoruje przebieg realizacji stażu oraz decyduje o sprawach związanych ze szkoleniem stażystów, w szczególności: 4) dokonuje okresowych ocen przebiegu stażu z udziałem ordynatorów lub innych lekarzy kierujących oddziałem, kierowników innych zakładów opieki zdrowotnej, opiekunów stażystów; 5) wystawia stażystom opinie zawodowe, po zapoznaniu się ze stanowiskiem ordynatorów lub innych lekarzy kierujących oddziałem” (§ 6 ust. 5);
- „na oddziale szpitala opiekuna wyznacza ordynator lub inny lekarz kierujący oddziałem” (§ 7 ust. 1);
- „kierownik zakładu opieki zdrowotnej, ordynator lub inny lekarz kierujący oddziałem na czas nieobecności opiekuna wyznacza” (§ 7 ust. 3);
- „kolokwium przeprowadza ordynator (inny lekarz kierujący oddziałem szpitala) lub kierownik będący lekarzem” (§ 12 ust. 3);
- „w razie negatywnego wyniku kolokwium ordynator (inny lekarz kierujący oddziałem)” (§ 12 ust. 5);
- „sprawdzian przeprowadzają w zakresie ratownictwa medycznego osoba wyznaczona przez ordynatora lub innego lekarza kierującego oddziałem ratownictwa medycznego” (§ 13 ust. 2).

6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. **w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej**:

- „w szpitalu powinien być ustalony przez kierownika zakładu, w porozumieniu z ordynatorem lub innym lekarzem kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii (oddziałem anestezjologii), sposób komunikacji alarmowej” (§ 3);
- „ordynator lub inny lekarz kierujący oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii, w porozumieniu z ordynatorami lub innymi lekarzami kierującymi innymi oddziałami szpitala, ustala wykaz badań przedoperacyjnych i badań laboratoryjnych niezbędnych

do wykonania znieczulenia w celu przeprowadzenia zabiegu planowego” (§ 8).

7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. **regulujące szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego** w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego:

- „o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie bez jej pisemnej zgody [...] ordynator (lekarz kierujący oddziałem) zawiadamia kierownika szpitala” (§ 6);
- załączniki 2 i 4.

8. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. **o ochronie zdrowia psychicznego**:

- „przyjęcie do szpitala [...] wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia” (art. 23 ust. 4);
- „o wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w tym szpitalu bez jej zgody postanawia ordynator (lekarz kierujący oddziałem)” (art. 35 ust. 1).

Może to świadczyć o woli ustawodawcy wprowadzenia takiego stanowiska, jak „lekarz kierujący oddziałem” obok lub zamiast stanowiska „ordynatora”. Podmioty wprowadzające taką praktykę, broniąc się przed zarzutami działania niezgodnego z prawem (tj. ustawą o z.o.z.), mogą swobodnie wskazywać powyższe normy jako podstawę czy też usprawiedliwienie swojego działania. Trzeba jednak pamiętać, że stanowi to nie tylko obejście przepisów ustawy o z.o.z., ale znacznie ogranicza ustawowe kompetencje izb lekarskich. Zadaniem samorządu lekarzy jest bowiem między innymi przewodniczenie komisjom przeprowadzającym konkursy na stanowiska ordynatora (art. 5 pkt. 9 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich)

Karol KOLANKIEWICZ
adwokat

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 3/10)

PROPONOWANE STANDARDY I METODY KONTROLI

DEZYNFEKCJA I STERYLIZACJA

Kamieniem milowym w rozwoju szpitalnych sterylizatori w Polsce było rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 21 września 1992 r. w sprawie wymagań fachowych i sanitarnych, jakie powinny spełniać pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Obecnie obowiązujące regulacje prawne dotyczące sterylizacji, zawarte są w rozporządzeniu ministra z 10 listopada 2006 r. (Dz. U. Nr 213, poz. 1568). Zalecenia koncentrują się wyłącznie na pomieszczeniach i wyposażeniu centralnych sterylizatori. Są one bowiem zbyt rygorystyczne, żeby można je zastosować w placówkach leczenia pozaszpitalnego i gabinetach zabiegowych. Istnieje także luka w regulacjach dotyczących wymagań sanitarno-higienicznych w zakresie prowadzenia procedur dekontaminacji. Trwają prace nad nowelizacją tego rozporządzenia. Powołana przez Ministerstwo Zdrowia grupa ekspertów, do której należą m.in. członkowie Stowarzyszenia Kierowników Szpitalnej Sterylizacji i Dezynfekcji oraz członkowie Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa, opracowała założenia do rozporządzenia ministerialnego, regulując wszystkie kwestie dotyczące sterylizacji. Uzupełnienie regulacji prawnych definiujących warunki i organizację sterylizacji wyrobów medycznych (wymagania przestrzenne i funkcjonalne, sposoby kontroli procesu dezynfekcji i sterylizacji, dokumentowanie, transport i przechowywanie materiału jałowego) podyktowane było świadczeniem zabiegów inwazyjnych w otwartych placówkach opieki zdrowotnej, rozwojem opieki stomatologicznej i usług kosmetycznych. Brak powyższych regulacji stanowi ogromny problem dla nowych projektów i modernizowanych obiektów służby zdrowia. W trakcie prac nad regulacjami eksperci zaproponowali podział placówek sterylizujących na cztery grupy: centralne sterylizatornie, lokalne sterylizacje, punkty sterylizacji oraz stanowiska sterylizacji gabinetowej.

Organizacja **centralnej sterylizatorni** jest znana z obowiązującego rozporządzenia. **Lokalną sterylizatornię** będą musiały posiadać placówki udzielające całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, mające więcej niż sześć gabinetów diagnostyczno-zabiegowych lub pomieszczeń, w których wykonywane są świadczenia zdrowotne z naruszeniem ciągłości tkanek. Zapotrzebowanie na materiał sterylny w danej placówce nie powinno przekraczać 60 jednostek wsadu w ciągu doby. Lokalna sterylizatornia składa się z dwóch pomieszczeń: materiałów skażonych oraz materiałów czystych. Pierwsze z nich służy do mycia i dezynfekcji materiału skażonego. Między pomieszczeniem materiałów skażonych a pomieszczeniem materiałów czystych powinno być zainstalowane przelotowe urządzenie myjąco-dezynfekcyjne. Dopuszcza się wyposażenie pomieszczenia materiałów skażonych w nieprzelotową myjnię dezynfektor pod warunkiem wyodrębnienia oddzielnego blatu do załadunku i wyładunku materiałów przed i po dezynfekcji. Błat do wyładunku powinien się znajdować przy oknie podawczym do pomieszczenia czystego. Suszenie materiałów po dezynfekcji powinno się odbywać w myjniach dezynfektorach lub w niezależnych urządzeniach (szafy suszące) w pomieszczeniu materiałów czystych.

W pomieszczeniu należy wydzielić stanowisko do higieny rąk. Pomieszczenie materiałów czystych i sterylnych przeznaczyć należy do kontroli, konserwacji, kompletowania i pakowania zestawów instrumentarium medycznego oraz załadunku zestawów do sterylizatora. Należy je wyposażać w co najmniej jeden sterylizator parowy i w razie potrzeby w sterylizator niskotemperaturowy z wyjątkiem urządzeń na tlenek etylenu. W pomieszczeniu tym dopuszcza się przechowywanie materiałów jałowych w wydzielonym miejscu nie dłużej niż trzy dni. W wypadku zainstalowania przelotowego sterylizatora parowego należy zainstalować go w ścianie oddzielającej dodatkowo wyodrębnione pomieszczenie materiałów jałowych. Pomieszczenia materiałów skażonych, czystych i sterylnych powinny być połączone służą umywalkowo-fartuchową oraz wyposażone w wentylację mechaniczną nawiewno-wywiewną lub klimatyzację. Rozwiązanie przestrzenne lokalnej sterylizatorni powinno na każdym etapie technologicznym zapewnić ruch postępowy materiałów od pomieszczeń materiałów skażonych do pomieszczeń materiałów sterylnych.

Organizację **punktu sterylizacyjnego** dopuszcza się w placówkach mających nie więcej niż sześć gabinetów diagnostyczno-zabiegowych, a całkowite dobowe zapotrzebowanie na materiał sterylny nie przekracza 30 jednostek wsadu. Punkt sterylizacyjny powinno stanowić wydzielone pomieszczenie o powierzchni nie mniejszej niż 8 m², wyposażone w wentylację mechaniczną. Organizacja pracy w punkcie sterylizacji musi zapewnić czasowy podział czynności związanych z myciem, dezynfekcją, pakietowaniem i sterylizacją. Rozwiązanie przestrzenne ciągu technologicznego powinno na każdym etapie zapewnić ruch postępowy od materiałów skażonych do materiałów sterylnych. W pomieszczeniu w ustawieniu szeregowym powinien znajdować się ciąg technologiczny obejmujący:

- odcinek blatu materiałów skażonych, wyładunku i przygotowania do mycia i dezynfekcji,
- odcinek maszynowego mycia i dezynfekcji, obejmujący urządzenie myjąco-dezynfekujące i zlew dwukomorowy lub odcinek ręcznego mycia i dezynfekcji wyposażony w zlew dwukomorowy,
- odcinek blatu materiałów czystych do przeglądania i pakietowania sprzętu przed sterylizacją,
- sterylizator parowy lub niskotemperaturowy z wyłączeniem urządzenia na tlenek etylenu,
- odcinek blatu materiałów sterylnych,
- poza ciągiem technologicznym należy wydzielić stanowisko do higieny rąk.

W pomieszczeniu nie magazynuje się materiałów sterylnych.

Stanowisko sterylizacji gabinetowej organizuje się w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym. Sterylizacja gabinetowa może być zlokalizowana w oddzielnym pomieszczeniu lub w wydzielonej do tego celu dodatkowej

części gabinetu o powierzchni nie mniejszej niż 4 m² kwadratowe, pod warunkiem zapewnienia czasowego podziału czynności między wykonaniem działań związanych z myciem, dezynfekcją i sterylizacją, a udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Stanowisko należy zlokalizować poza drogami komunikacji wewnątrz gabinetu i w odległości nie mniejszej niż 1,5 m od miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. Stanowisko w ustawieniu szeregowym stanowi ciąg technologiczny obejmujący:

- odcinek blatu materiałów skażonych ze stanowiskiem na co najmniej jeden pojemnik do dezynfekcji z wkładem perforowanym i pokrywą (stanowisko nie może mieć kontaktu z szafami zawierającymi materiał czysty lub sterylny),
- odcinek maszynowego mycia i dezynfekcji z urządzeniem myjąco-dezynfekcyjnym i zlew dwukomorowy lub odcinek ręcznego mycia i dezynfekcji wyposażony w zlew dwukomorowy,
- odcinek blatu do przeglądania i pakowania materiałów do sterylizacji,
- sterylizator parowy i/lub niskotemperaturowy z wyjątkiem sterylizatora na tlenek etylenu,
- odcinek blatu materiałów sterylnych,
- rozwiązanie przestrzenne ciągu technologicznego powinno zapewnić ruch postępowy materiałów od materiałów skażonych do sterylnych,
- w gabinecie należy zapewnić warunki przechowywania materiałów sterylnych zgodnie z ogólnymi zasadami.

Sterylizacja w rozumieniu normy EN 29000 to proces specjalny, taki, którego nie można w pełni zweryfikować poprzez sprawdzenie produktu końcowego i wymaga rutynowej kontroli. Wyrobu sterylnego nie można odróżnić od wyrobu niesterylnego za pomocą wzroku. Tylko czasochłonne badania mikrobiologiczne prowadzone w laboratorium mogą potwierdzić sterylność, lecz takie badania nie mogą być stosowane jako rutynowa kontrola sterylizacji. Rutynowa kontrola powinna zapewnić, że każdy wsad jest poddany takiemu samemu procesowi, jak podczas testowanego procesu walidacji. W celu wykrycia ewentualnych usterek urządzenia przed rozpoczęciem roboczego cyklu sterylizacji należy wykonać testy sprawności urządzenia zgodnie z zaleceniami wytwórcy i obowiązujących norm. Dużym zagrożeniem w wypadku sterylizacji w parze wodnej jest obecność w komorze sterylizatora gazów nie ulegających skraplaniu. Gazy mogą być w komorze sterylizatora z powodu słabego usuwania powietrza, nieszczelnych uszczelek drzwiowych, zastosowania niewłaściwej wody do wytwornicy pary. W celu wykrycia ewentualnych usterek każdego dnia, kiedy sterylizator jest używany, przed procesem roboczym należy wykonać test Bowie-Dicka. Test dostarcza informacji o właściwej penetracji pary wodnej i usunięciu powietrza z komory sterylizatora, powinien być stosowany do kontroli sterylizatorów

z próżnią wstępną. Sterylizatory małe, które parę wodną wytwarzają w komorze sterylizatora, nie wymagają stosowania testu Bowie-Dicka. Proces sterylizacji musi zapewnić warunki biobójcze dla mikroorganizmów poprzez właściwy kontakt czynnika sterylizującego ze wszystkimi powierzchniami materiału poddawanego sterylizacji. Spełnienie powyższych wymogów zależy nie tylko od właściwie prowadzonego procesu sterylizacji, ale również od tego, jaki poziom czystości mikrobiologicznej prezentują instrumenty przed procesem, jak zapakowany jest materiał do sterylizacji i jak załadowana jest komora sterylizatora. Nawet w warunkach idealnego procesu sterylność tych materiałów oznacza, że są to materiały o wysokim prawdopodobieństwie bycia sterylnym. Jest możliwe wykazanie, że produkt był sterylizowany w cyklu, który spełniał warunki konieczne dla zabicia wszelkich mikroorganizmów. Z tego powodu należy przestrzegać procedur dotyczących monitorowania i dokumentowania sterylizacji. Podstawą monitorowania jest stosowanie wskaźników biologicznych, chemicznych i fizycznych oraz prowadzenie właściwej dokumentacji.

Każdy cykl sterylizacyjny należy rutynowo kontrolować, stosując dwie niezależne metody. Rejestrując parametry fizyczne (temperaturę i ciśnienie) w postaci wersji papierowej lub elektrolicznej. Integralność temperatury i czasu należy kontrolować przy zastosowaniu wskaźników chemicznych klasy 5 lub 6. Jeżeli nie ma możliwości archiwizowania parametrów fizycznych, kontrolę rutynową opieramy na wskaźnikach chemicznych i biologicznych w każdym wsadzie.

Kontrola wskaźnikami chemicznymi obejmuje:

- Umieszczenie na każdym pakiecie, na jego zewnętrznej powierzchni, wskaźnika chemicznego klasy 1, zgodnego z EN ISO 11140-1. Wskaźnik tej klasy nie daje żadnej informacji o skuteczności procesu sterylizacji, a jedynie informuje, że dany pakiet był poddany sterylizacji.
- Zastosowanie wskaźnika klasy 5 lub 6 w każdym cyklu – w sterylizatorze o pojemności jednej jednostki sterylizacyjnej należy umieścić minimum dwa wskaźniki w pakietach reprezentatywnych, a w sterylizatorach o pojemności większej niż jedna jednostka wsadu – co najmniej trzy wskaźniki. W wypadku zastosowania do kontroli przyrządu testowego procesu stosuje się jeden wskaźnik chemiczny bez względu na wielkość komory sterylizatora. Dobór przyrządu testowego musi uwzględniać rodzaj sterylizowanego materiału, metodę sterylizacji i typ sterylizatora.

Częstotliwość kontroli biologicznej zależy od metody sterylizacji i zaleceń producenta urządzenia. Użytkownik wskaźników biologicznych powinien zapoznać się z danymi producenta odnośnie do właściwości danego szczepu bakterii, czułości i wiarygodności wskaźnika.

Kontrola biologiczna powinna być stosowana podczas instalacji i po każdej naprawie sterylizatora, jako kontrola dopuszczająca. W celu monitorowania sterylności sterylizowanych wsadów kontrola biologiczna w sterylizacji parowej powinna być prowadzona nie rzadziej niż raz w miesiącu oraz w każdym wsadzie zawierającym implanty. Jeżeli w monitoringu nie ma automatycznego pomiaru i zapisu parametrów krytycznych, kontrola biologiczna powinna być prowadzona w każdym wsadzie razem z kontrolą chemiczną. Liczba wskaźników biologicznych wymagana do kontroli wsadu wynosi minimum dwa wskaźniki w pakietach reprezentatywnych, w sterylizatorach o pojemności poniżej jednej jednostki wsadowej i co najmniej trzy w pakietach reprezentatywnych w sterylizatorach o pojemności powyżej jednej jednostki wsadowej. Kontrolę biologiczną sterylizacji niskotemperaturowej należy prowadzić w każdym wsadzie, o ile producent urządzenia nie zaleca inaczej.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi podczas zabiegu efekt biobójczy sterylizacji musi być zagwarantowany dla każdego cyklu i udokumentowany. Każdy pakiet poddawany sterylizacji powinien być oklejony etykietą, która zawiera takie informacje, jak numer wsadu, numer sterylizatora data sterylizacji i data ważności, numer identyfikacyjny osoby obsługującej sterylizator, osoby pakującej i numer identyfikacyjny zawartości pakietu. Materiał poddawany sterylizacji powinien być ewidencjonowany w postaci dziennych raportów i uzupełniony o wykorzystane testy stosowane do monitoringu. Do dokumentacji należy dołączyć wydruk parametrów lub taśmę z wykresem przebiegu procesu. Dokumentacja na bieżąco powinna być zatwierdzona przez osobę odpowiedzialną za nadzór nad sterylizacją. Powyższe informacje są potrzebne do wstecznego prześledzenia postępowania z pakietem na podstawie parametrów procesu udokumentowanych w centralnej sterylizatorni. Kontrola i monitorowanie procesów sterylizacji powinny być stałe, jednakowe i dokładne. Podczas procesu sądowego o zakażeniu stosowana jest metoda domniemania prawnego. W trakcie takiego postępowania to placówka świadcząca usługi musi udowodnić, że do zakażenia nie doszło podczas pobytu w szpitalu czy w trakcie leczenia w danym gabinecie.

Piśmiennictwo:

Grupa ekspertów ds. sterylizacji: Propozycje organizacji sterylizacji w przychodni, Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa, Biuletyn 2007,1-2(31)

Aktualne zagadnienia sterylizacji i dezynfekcji, PZH, 14 października 2008 r

*Oprac. mgr Małgorzata JERUZAL
Kierownik Centralnej Sterylizatorni
Centrum Stomatologii Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu*

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1/10)

MOJA PAMIĘĆ O DR WANDZIE ZYG

Doktor Wandę Zyg poznałam w roku 1967 w czasie pracy w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym na oddziale pediatrii Pani Doktor Aleksandry Pospieszalskiej. Do szpitala przyszedłam po 17 latach pracy w poradni dziecięcej w Zawadzkiem. Miał to być roczny pobyt w ramach stypendium specjalistycznego. Pani Doktor Pośpieszalska wzięła mnie pod swoje skrzydła – na „parter”. Pracę rozpoczynaliśmy o godzinie 6 rano wizytą lekarską. Trzeba było referować stan zdrowia dzieci i po wspólnej herbacie wykonywać zabiegi u dzieci – niemowląt. Wkładało się codzienne do żył, ażeby podłączyć kroplówki. Wandzia była lekarzem, który miał nadzór i wykonywał wkłucia. Podziwiałam umiejętności manualne Wandzi.

Miałam duże braki wiedzy teoretycznej, ale te nadrobiłam natychmiast. Natomiast pisanie na maszynie historii choroby to była istna zmora. Po oddaniu pierwszej historii choroby, wezwła mnie Pani Doktor Pośpieszalska i ... krótko mówiąc kazała przepisać tę „niechlujną” historię (wyjścia za margines, przestawienia liter, nierówne rzędy). Wandzia zaproponowała mi pomoc i przepisanie całej karty pacjenta.

Zaczęłyśmy rozmawiać i okazało się, że Wandzia urodziła się w Bytomiu. Do lat 40-tych tam mieszkała. Przeniosła się potem wraz z Rodzicami do Opola. Ja mieszkalam do lipca 1939 roku w Bytomiu w internacie Polskiego Gimnazjum w Bytomiu. Poznałam znajomych Wandzi, którzy okazali się znajomymi i rówieśnikami mojego męża; księdza Bursego. Bywaliśmy u Wandzi w domu i zawsze widziałam radosną Wandzię ze swoimi Rodzicami na zdjęciu na telewizorze. Na pytanie o los Rodziców dowiedziałam się, że wcześniej zmarli, a Ona nie ma bliższej rodziny.

Po śmierci mojej Mamusi Wandzia stała się mi jeszcze bliższa. Wróciłam do pracy w Zawadzkiem, ale znajomość trwała. Poznałyśmy się bliżej, odwiedzali, korespondowali. Po nagłej śmierci mojego Tatusia złączył nas znowu jakby wspólny los. Wróciłam do pracy w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym. Urodził się mój syn Łukasz. Oboje z mężem jesteśmy lekarzami, a Wandzia została Mamą Chrzestną. Poza pracą w szpitalu spotykaliśmy się na różnych uroczystościach rodzinnych. Wandzia poznała nas z licznymi swoimi znajomymi i przyjaciółmi. Spędzaliśmy razem urlopy w Zakopanym u Sióstr w „Teksasie”. Chodziliśmy na wycieczki, które zawsze planowała Wandzia. Mój mąż z oporem chodził, ale w towarzystwie Wandzi mieli zawsze wspólne rozmowy o przeżyciach, wojnie i polityce. Jedną z takich tras była zaplanowana za Czerwone Wierchy. W nocy jednak tak lało, że rano przy śniadaniu mój mąż oświadczył, że „akcja

Czerwone Wierchy odwołana, ale nawet akcja Koktajl-Bar pod znakiem zapytania”. Było zawsze wesoło i przyjemnie spędzać czas w towarzystwie Wandzi.

W czasie urlopów w Zakopanem poznałam Wandzię, jako rozsądną, rozmodloną katoliczkę – człowieka kościółka. Chodziliśmy na Wiktorówki do Królowej Tatr, wieczorne msze św. do kościółka „nad strumieniem”. Jako lekarz pielgrzymkowy Pielgrzymek Opolskich, przyjeżdżała z ekipą najpierw do Kolonowskiego – gdzie pracowałam, a potem do Zawadzkiego – gdzie opatrywała strudzonych pielgrzymów.

W ostatnim liście z 6 marca 2010 roku wspomina, jak z Państwem Leszczyńskimi jeździła do Ustroń. Ile wycieczek odbyła i ile śmieszności przeżyła. W tym liście, opisała mi taką historię. Cytuję dosłownie – „*Ponieważ ja przy obiedzie rozlewałam wszystkim żupę, stołownicy chcieli wiedzieć, gdzie pracuję. Lidzia im powiedziała, że jestem w szpitalu kierowniczką kuchni, a ona podkuchenną. Po jakimś czasie wydawało się im się to dziwne. Niedowierzali, ponieważ Dr Wyrąbek był na tym samym turnusie zapytali go, czy my rzeczywiście pracujemy w szpitalu w kuchni. Tak – powiedział. – W tym samym szpitalu, w którym ja jestem magazynierem. Uśmialiśmy się wszyscy, co nie miara.*”

Chcę podzielić się tymi wspomnieniami, gdyż Wandzia była bliskim człowiekiem dla wielu ludzi: koleżanek i kolegów szkolnych, młodych lekarzy odbywających staże na „Parterze”, poznanych przypadkowo ludzi i chrześniaków. Była można powiedzieć „Sama” – ale nie Samotna. Taką zapamięta Ją moja Rodzina. Cieszę się, że mogłam być Jej przyjaciółką.

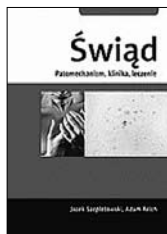
Dziękuję za inicjatywę złożenia datku pieniężnego na „Domowe hospicjum dla dzieci” w kwocie 3400,00 zł. Ten gest przybliżył Wandzię do ludzi rozumiejących potrzeby chorych i ich rodzin.

Cześć Jej Pamięci.

Danuta KALINOWSKA

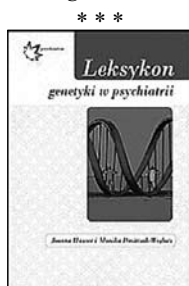


Termedia sp. z o.o. ul. Wenedów 9/1,
61-614 Poznań, tel./faks: +48 61 656 22
00. Książki do nabycia na www.termedia.pl



Świąd. Patomechanizm, klinika, leczenie Jacek Szepietowski, Adam Reich ISBN 978-83-62138-06-7, format B5, liczba stron 160, oprawa miękka

Jest to pierwsza w Polsce monografia w pełni poświęcona świądowi. Książka ma charakter interdyscyplinarny i skierowana jest do lekarzy dermatologów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz do szerokiego grona różnych specjalistów zajmujących się schorzeniami przebiegającymi ze świądem – nefrologów, hepatologów, hematologów, neurologów czy psychiatrów. Każdy rozdział zawiera spis pozycji piśmiennictwa z wytłuszczeniem tych, które – zdaniem autorów – są szczególnie wartościowej i polecane jako lektura rozszerzająca wiedzę zawartą w tej pozycji. Na końcu rozdziałów podane są też kluczowe informacje, określane w języku angielskim jako tzw. *take home messages*.



Leksykon genetyki w psychiatrii prof. dr hab. n. med. Joanna Hauser, dr n. med. Monika Dmitrak-Węglarz ISBN 978-83-62138-32-6, format B5, liczba stron 168, oprawa twarda

Niniejszy leksykon adresowany jest do osób zainteresowanych genetyką w psychiatrii, przede wszystkim lekarzy psychiatrów, lekarzy specjalizujących się w psychiatrii, psychologów klinicznych, a także lekarzy innych specjalności. Opracowanie ma na celu przedstawienie i usystematyzowanie podstawowych pojęć z zakresu genetyki oraz przybliżenie metod badań genetycznych wykorzystywanych do poszukiwania genów predysponujących do zachowania. Przedstawiono w nim także informacje dotyczące modelu dziedziczenia zaburzeń psychicznych. Wiadomości z tego zakresu mogą być przydatne w praktyce klinicznej, tj. przy udzielaniu konsultacji genetycznej pacjentowi i jego rodzinie.



dr med.
Krzysztof Kamiński
Indywidualna Praktyka Lekarska Gabinet Chirurgiczny



Medycyna XXI wieku na Opolszczyźnie
Endoultrasonografia dla profesjonalistów

Ogłoszenie o naborze uczestników projektu

Medycyna XXI wieku na Opolszczyźnie. Endoultrasonografia dla profesjonalistów

Zapraszam wszystkich zainteresowanych podnoszeniem kwalifikacji w zawodzie lekarza i pielęgniarki do udziału w projekcie pt. Medycyna XXI wieku na Opolszczyźnie. Endoultrasonografia dla profesjonalistów. Dzięki dofinansowaniu z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013 firma Indywidualna Praktyka Lekarska Gabinet Chirurgiczny Krzysztof Kamiński zapewnia całkowicie bezpłatne wsparcie szkoleniowe i doradcze. W projekcie przewidziano zaawansowane szkolenia zawodowe, naukę języków obcych oraz doradztwo zawodowe. Szkolenia będą prowadzone przez wysokiej klasy specjalistów z czołowych ośrodków akademickich w Polsce.

Uwaga!

Program szkolenia został zaakceptowany przez Konsultanta Wojewódzkiego, województwa opolskiego do spraw gastroenterologii Panią dr Danutę Henzler

Do udziału w projekcie kwalifikują się dorośli mieszkańcy woj. opolskiego, zatrudnieni w sektorze ochrony zdrowia, zainteresowani podnoszeniem kwalifikacji zawodowych w zakresie endoskopii i endoultrasonografii.

Kryteria rekrutacji:

- ukończone 18 lat
- zatrudnienie (umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło)
- posiadanie stałego lub tymczasowego zameldowania na terenie woj. opolskiego

Uwaga!

Preferencyjnie traktowane będą osoby w wieku powyżej 45 roku życia oraz kobiety-lekarki oraz mężczyźni pielęgniarze

Rekrutacja trwać będzie od 16. 08. 2010 r. do 17. 09. 2010 r. (godz. 16.00 - 20.00)

Dokumenty rekrutacyjne są dostępne w biurze projektu oraz na stronie internetowej projektu www.eus.com.pl w zakładce „do pobrania”

Wszelkie informacje na temat udziału w projekcie można uzyskać:

- pod nr tel.: +48 512 111 951 lub +48 512 111 954
- poprzez kontakt elektroniczny: rekrutacja@eus.com.pl

Adres biura rekrutacyjnego:

ul. Ozimska 48,
pok. 18
45-368 Opole

Krzysztof Kamiński
Kierownik Projektu



KAPITAŁ LUDZKI
WIOSNA INICJATYWY I WYCHOWANIA

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



www.ultrasonografy.pl



II Konferencja Top Angiological Trends została zorganizowana z myślą o lekarzach rodzinnych, lekarzach specjalizujących się w chorobach wewnętrznych, angiologii, chirurgii ogólnej i naczyniowej oraz wszystkich osobach, które w codziennej pracy zawodowej spotykają się z chorymi naczyniowymi i chcą uaktualnić swoją wiedzę na ten temat.

Na konferencji spotkają się specjaliści zajmujący się diagnozowaniem i leczeniem chorób naczyń aby w sposób zwięzły, dostępny i zrozumiały przedstawić najnowsze osiągnięcia i konsensusy w chorobach i chirurgii naczyń. Uczestnicy konferencji otrzymują punkty edukacyjne.

Termin: 22-23 października 2010 r.
Miejsce: Bydgoszcz, Centrum Kongresowe Opera Nova (ul. Marszałka Focha 5)

Organizatorzy: Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polskie Towarzystwo Flebologiczne, Polskie Towarzystwo Chirurgii Naczyniowej, Polskie Towarzystwo Angiologiczne oraz wydawnictwo *Termedia*

Przewodniczący komitetu naukowego:
prof. dr hab. Arkadiusz Jawień

Przewodnicząca komitetu organizacyjnego:
dr hab. Maria Szewczyk

Biurow organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl



Top Nephrological Trends – aktualności nefrologiczne

Tematyka konferencji porusza najbardziej aktualne zagadnienia z dziedziny nefrologii, dializoterapii i transplantologii klinicznej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na najnowsze

osiągnięcia naukowe odnoszące się do patogenetycznych chorób nerek i postępów w leczeniu chorych.

Udział najwybitniejszych polskich nefrologów i gości zagranicznych gwarantuje wysoki poziom naukowy i walory edukacyjne konferencji. Patronat nad konferencją objął Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Uczestnicy konferencji otrzymują punkty edukacyjne.

Termin: 8-9 października 2010 r.

Miejsce: Poznań, Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich (ul. Głogowska 14)

Organizatorzy: Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz wydawnictwo Termedia

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Andrzej Więcek

Biurow organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, przy współpracy z Zachodniopomorskim Okręgiem PZW organizuje w dniu 11 września 2010 r. **Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Spinningu**. Mistrzostwa odbędą się na rzece Odrze, w okolicach Cedyni województwo zachodniopomorskie.

Zawody odbędą się wg Regulaminu Zawodów Sportowych PZW na żywej rybce i uczestniczyć w nich mogą 3-osobowe drużyny Izb Lekarskich (klasyfikacja drużynowa i indywidualna). Zgłoszenia należy nadsyłać na adres: Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin (mgr Kamila Sidor), tel. 91/ 48-74-936 w. 106, fax 91/48-77-561, e-mail: biuro@oil.szczecin.pl. Kontakt – dr A. Wróblewski tel. kom. 781-394-618, e-mail: sawadok2006@yahoo.pl

Termin zgłoszenia: do 10 sierpnia 2010 roku wraz z opłatą startową (200 PLN od 3 osobowej drużyny – wyłącznie lekarze! Istnieje możliwość zakwaterowanie z 10/11 września 2010 r. (warunki płatności do uzgodnienia). Wpłaty na konto: ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034 z dopiskiem „Zawody spinningowe”.

Nagroda główna – Puchar Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej

w Szczecinie oraz nagrody sponsorowane przez znane firmy sprzętu wędkarskiego. Dodatkowe informacje i formularz zgłoszeniowy można znaleźć na stronie: www.oil.szczecin.pl

*Przewodniczący Komisji, Kultury, Sportu i Rekreacji
 Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie
 Grzegorz CZAJKOWSKI*

Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach zatrudni małżeństwo psychiatrów lub małżeństwo psychiatra-neurolog, psychiatra-internistę, albo lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w zakresie psychiatrii. Oferujemy bardzo dobre warunki placowe oraz nowe mieszkanie służbowe (ok. 100 m²). Kontakt pod numerem telefonu: 77/40-34-307 lub e-mail: sws.kadry@op.pl

Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi w Opolu zatrudni specjalistę neurologa lub lekarza chcącego specjalizować się w dziedzinie neurologii. Kontakt telefoniczny: 77/54-14-243.

NZO Studio Dentystyczne ArtDentica w Opolu poszukuje osób do pracy na stanowisku: LEKARZ DENTYSTA/STOMATOLOG

Region: opolskie

Wymagania:

- wykształcenie wyższe, kierunkowe;
- mile widziane osoby z doświadczeniem zawodowym, po przebytych szkoleniach;
- sumienność, dokładność i zaangażowanie w pracę.

Oferujemy:

- pracę w nowoczesnym gabinecie z możliwością rozwoju;
- możliwość wyboru formy współpracy (łącznie z umową o pracę);
- atrakcyjny system wynagrodzeń;
- dostęp do urządzeń, tj.: radiowizjografia, mikroskop, lupy, ciekła gutaperka, lampa do wybielania ZOOM – 2, endometr, piaskarka, itd.

Oferty proszę przysyłać na adres: studio@artdentica.opole.pl.

Telefon kontaktowy: 77/402-18-20.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROWIE” prowadzony przez „Zdrowie” Sp. z o.o. w Kwidzynie, 82-500 Kwidzyn, ul. gen. Józefa Hallera 31, www.nzoz-zdrowie.com.pl

NZO „Zdrowie” zatrudni lekarza pediatrę do pracy w Oddziale Dziecięcym oraz lekarzy chcących specjalizować się w dziedzinie pediatrii (posiadamy akredytację i wolne miejsca specjalizacyjne). Dla osób pragnących związać swoje życie zawodowe i rodzinne z NZO „Zdrowie” oraz przepięknym miastem Kwidzynem. Oferujemy atrakcyjne warunki finansowe. Promujemy i zapewniamy przychylność, również finansową, w dalszym podnoszeniu kwalifikacji. Forma zatrudnienia: umowa o pracę lub umowa cywilnoprawna (do wyboru).

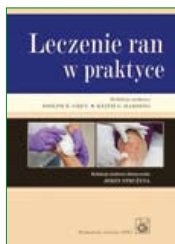
Osoby zainteresowane prosimy o kontakt telefoniczny pod nr 601-998-191 lub składanie stosownych dokumentów za pośrednictwem e-mail: sekretariat@nzoz-zdrowie.com.pl Sekretariat tel. 55/645-83-01

LEKARZ RODZINNY podejmie pracę na zastępstwa urlopowe, chorobowe, dyżury lub inne na terenie Polski lub za granicą. Posiadam uprawnienia do wykonywania badań kierowców, sportowców, posiadaczy broni, medycyny pracy bez narażeń, echokardiograficznych, orzeczeń ZUS oraz prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego. Proszę przesłać: termin, ilość godzin i dni, miejscowość oraz telefon kontaktowy.

Kontakt: lekarzrodzinny@przychodnia.at

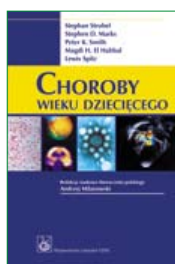
Sprzedam dwie PRZYCHODNIE LEKARSKIE w pełni zorganizowane i wyposażone, posiadające liczne wieloletnie kontrakty z NFZ oraz podmiotami niepublicznymi, umieszczone w atrakcyjnych lokalizacjach, istniejące na rynku trójmiejskim od roku 2000.

Kontakt: specjalistyczna@gmail.com



Leczenie ran w praktyce (ABC of Wound Healing) Joseph E. Grey, Keith G. Harding Z jęz. angielskiego tłumaczyli: Ryszard Mądry jr, Marcin Sierociński, Jerzy Strużyna Red. naukowa tłumaczenia: Jerzy Strużyna ISBN 978-83-200-3900-9, wydanie I, format 20,5 x 29 cm, 74 strony, 185 ilustracji, 26 tabel, oprawa miękka, cena katalogowa 39 zł

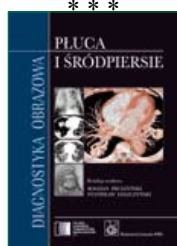
Tematykę książki stanowi leczenie ran i owrzodzeń różnego pochodzenia, w tym występujących w zespole stopy cukrzycowej. Nacisk został położony na metody chirurgicznego opracowywania ran. Układ książki jest przejrzysty, dzięki czemu jest ona bardzo dydaktyczna i łatwa w korzystaniu. Książka będzie najbardziej przydatna młodym chirurgom, ponieważ zawiera opisy i świetne ryciny ilustrujące techniczne wykonywanie zabiegów. Zainteresuje również lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.



Choroby wieku dziecięcego (Paediatrics and Child Health) Stephan Strobel, Stephen D. Marks, Peter K. Smith, Magdi H. El Habbal, Lewis Spitz Redakcja naukowa wydania polskiego: Andrzej Milanowski ISBN 978-83-200-3902-3, format 16,5 x 23,5 cm, wydanie I, 640 stron, 1121 rycin, oprawa miękka, cena katalogowa 199 zł

Autorzy – znani specjaliści na świecie z renomowanego ośrodka pediatricznego – w sposób zwięzły i przystępny omawiają najważniejsze zagadnienia z zakresu chorób wieku dziecięcego. Poszczególne jednostki chorobowe omówiono we-

dług ustalonego schematu; etiologia, objawy kliniczne, badania diagnostyczne, leczenie oraz rokowanie. Ogromnym atutem publikacji jest bardzo bogaty materiał ilustracyjny – ponad 1100 kolorowych zdjęć. Będą niezwykle pomocne w diagnostyce poszczególnych jednostek chorobowych. Książka będzie przydatna dla lekarzy pediatrów w codziennej praktyce lekarskiej oraz studentów przygotowujących się do egzaminu z pediatrii.



Diagnostyka obrazowa. Płuca i śródpiersie Bogdan Pruszyński, Stanisław Leszczyński (red.) ISBN 978-83-200-3688-6, wydanie I, format: 20,5 x 29,0 cm, 644 strony, 1295 rycin, 57 tabel, oprawa twarda, cena katalogowa 278 zł

Autorzy są znanymi i cenionymi specjalistami z różnych ośrodków w kraju. Publikacja wydana pod patronatem Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego Pierwsza publikacja z serii adresowanej do radiologów oraz osób przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego z radiologii klinicznej. Powinna stanowić doskonałą pomoc w codziennej praktyce lekarskiej.

Pierwszy tom dotyczy diagnostyki obrazowej narządów klatki piersiowej. Zawiera informacje ogólne, jak omówienie metod badania narządów klatki piersiowej, wiadomości z zakresu anatomii radiologicznej, oraz część szczegółową, w której omówiono poszczególne jednostki. Każda jednostka chorobowa omówiona jest według określonego schematu: dane kliniczne, metody obrazowania z uwzględnieniem skuteczności stosowanych metod i diagnostyki różnicowej, zwrócenie uwagi na najczęstsze popełniane błędy. Każdy temat jest bogato ilustrowany.

Zamówienie można skła-
dać: w księgarni internetowej: www.pzwl.pl, pisemnie wysyłając na adres: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 02-672 Warszawa 113, skr. poczt. 16, tele-

fonicznie: 22 695 44 80 lub pod numerem infolinii: 801 142 080, faksem: 22 695 44 87

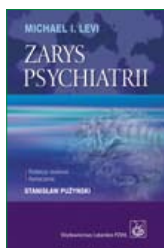
Wydawnictwo Lekarskie PZWL sp. z o. o. ul. Domaniewska 41 (bud. Saturn), 02-672 Warszawa, pzwl@pzwl.pl



Anestezja geriatryczna Laura Wołowicka, Iwona Trojanowska (red.) ISBN 978-83-200-3813-2, wydanie I, format 14,5 x 20,5 cm, 360 stron, 8 ilustracji, 43 tabele, oprawa miękka, cena katalogowa 74 zł

Liczebność populacji ludzi starszych w Polsce stale rośnie. Coraz większe są ich oczekiwania dotyczące komfortu zdrowotnego i długości życia. Równocześnie wymagają oni specjalnych zasad postępowania anestetycznego, określanego jako anestezja geriatryczna. Odpowiedzią na to zapotrzebowanie jest pierwsza w Polsce publikacja przedstawiająca specyficzne problemy znieczuleń i opieki okołoperacyjnej ludzi w wieku podeszłym. Publikacja została przygotowana przez interdyscyplinarny zespół geriatrów, specjalistów nauk podstawowych i anestezjologów.

Odbiorcami książki są anestezjologowie, chirurdzy, geriatrzy, pielęgniarki oddziałów zabiegowych, pooperacyjnych i intensywnej terapii oraz studenci nauk medycznych.



Zarys psychiatrii (Basic Notes in Psychiatry) Michael I. Levi. Z jęz. angielskiego tłumaczył Roman Krysztofiak Redakcja naukowa tłumaczenia: Stanisław Puzyński ISBN 978-83-200-4236-8, wydanie I, format: 16,5 x 23,5 cm, 170 stron, oprawa miękka, cena katalogowa 45 zł

Książka M. Leviego zawiera kompilacyjny, nowoczesny zestaw informacji z zakresu psychiatrii klinicznej, skupiony wokół problemów rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. Jest to pozycja adresowana zarówno do lekarzy specjalizujących się w psychiatrii jak i lekarzy pierwszego kontaktu, studentów medycyny przygotowujących się do egzaminu, ale także psychologów czy personelu pielęgniarstwa.

Do polskiego wydania wprowadzono wiele uzupełnień; dotyczą one głównie leków psychotropowych, załączono również zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dotyczące stosowania klozapiny oraz leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji, co wzbogaci zakres zawartych w książce informacji.



Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu Anna Rogulska ISBN 978-83-200-4080-7, wydanie I, format: 14,5 x 20,5 cm, 80 stron, 5 tabel, oprawa miękka, cena katalogowa 15 zł

Autorka jest dietetykiem medycznym, specjalistą do spraw żywienia. W latach 2004-2008 była konsultantem w poradni endokrynologicznej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Od 2009 roku prowadzi w Łodzi własną poradnię dietetyczną.

W książce w sposób kompleksowy przedstawiono problem niedożywienia, pojawiający się u przewlekle chorych w okresie hospitalizacji i po jego zakończeniu. Autorka omawia przyczyny niedożywienia oraz sposoby jego rozpoznania, a także sposoby leczenia poprzez stosowanie odpowiedniej diety. W publikacji czytelnicy znajdą charakterystykę diet specjalnych i przemysłowych.

Książka adresowana jest do lekarzy oraz do wszystkich osób uczestniczących w opiece nad przewlekle chorym w czasie i po hospitalizacji.

.....
NAZWISKO I IMIĘ

.....
IMIONA RODZICÓW

.....
PESEL

.....
ADRES ZAMIESZKANIA

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO KASY POMOCY KOLEŻEŃSKIEJ OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy Pomocy Koleżeńskiej Opolskiej Izby Lekarskiej.
Oświadczam, że:

1. będę ściśle przestrzegać Statutu Kasy, który jest mi znany, uchwał Walnego Zebrania Członków oraz postanowień władz Kasy,
2. opłacę wpisowe określone Statutem Kasy,
3. deklaruję wpłacanie miesięcznego wkładu członkowskiego w wysokości określonej w Statucie Kasy,
4. zobowiązuję się do systematycznego spłacania otrzymanych pożyczek na konto Kasy Pomocy Koleżeńskiej Opolskiej Izby Lekarskiej, zgodnie z otrzymanym harmonogramem,
5. w razie mojej śmierci ewentualną zapomogę proszę wypłacić:

podpis

dn.

Uchwałą Zarządu Kasy Pomocy Koleżeńskiej Opolskiej Izby Lekarskiej przyjęto w poczet członków
z dniem.

Podpisy członków Zarządu: