



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Marzec 2011

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 175

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

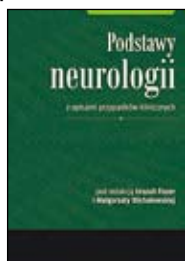
*Niech zakwitną kwiaty
w sercach Naszych Pań*



NOWOŚCI WYDAWNICZE / OGŁOSZENIA

**Termedia sp. z o.o., ul. Kle-
berga 2, 61-615 Poznań, Tel./
faks: +48 61 656 22 00**

Książka do nabycia na www.termedia.pl

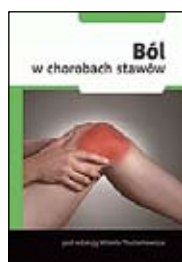


**PODSTAWY NEUROLOGII
Z OPISAMI PRZYPADKÓW KLI-
NICZNYCH** pod redakcją Urszuli
Fischer i Małgorzaty Michałowskiej,
ISBN: 978-83-62138-40-1, format
B5, liczba stron 296, oprawa twar-
da, cena 75 zł.

Książka stanowi praktyczne
kompilum współczesnej wiedzy
na temat diagnostyki i leczenia naj-
częściej występujących chorób i ze-
społów chorobowych w neurologii.
W części ogólnej zostały przedsta-
wione zasady badania neurolo-
gicznego, charakterystyczne ob-
jawy i zespoły chorobowe oraz
dwie podstawowe metody badań
diagnostycznych: badania neuro-
obrazujące i elektroencefalogra-
fię. W części szczegółowej zostały
omówione najczęściej występują-
ce zespoły chorobowe, w tym uda-

ry mózgu, bóle głowy, padaczka,
zespoły otępienne, choroby ukła-
du pozapiramidowego, choroby
demielinizacyjne, choroby zakaź-
ne, neuroonkologia, choroby ner-
wowo-mięśniowe, urazy czaszko-
wo-mózgowe i bóle kręgosłupa.
W odniesieniu do każdego zespo-
łu zgodnie z przyjętym schematem
przedstawiono dane epidemiolo-
giczne, podstawy diagnozy i kwa-
lifikacji oraz zasady farmakoterapii.
Bardzo interesującym i ważnym
elementem książki jest przedsta-
wiana w każdym rozdziale analiza
przypadków klinicznych oraz dys-
kusja dotycząca zasad rozpozna-
wania i leczenia.

* * *



BÓL W CHOROBAH STAWÓW
pod redakcją Witolda Tłustochow-
icza, ISBN: 978-83-62138-39-5, for-
mat 165 x 235 mm, liczba stron 160,
oprawa miękka, cena 45 zł.

Ból w chorobach stawów pod

red. Witolda Tłustochowicza to
nowoczesna i przejrzysta pozycja
skierowana nie tylko do reumatolo-
gów czy ortopedów. W sposób bar-
dzo kompetentny i równocześnie
przystępny przybliży Czytelnikowi
problem walki z bólem w takich
grupach schorzeń, jak przewlekłe
zapalenia stawów, choroba zwy-
rodnieniowa stawów, zespoły
przeciążeniowe układu ruchu oraz
fibromialgia. Książka ta wychodzi
naprzeciw oczekiwaniom lekarzy
praktyków na publikację na temat
bólów w chorobach stawów.

* * *



RAK PŁUCA pod redakcją Jerze-
go Kołodzieja i Marka Marciniaka,
ISBN: 978-83-62138-31-9, format
B5, liczba stron 248, oprawa mięk-
ka, cena 56 zł.

Książka ta przeznaczona jest dla
szerokiej rzeszy odbiorców: leka-
rzy różnych specjalności i studen-
tów medycyny. Staraliśmy się ze-

brać w niej aktualne informacje
niezbędne w codziennej praktyce
lekarskiej i klinicznej. Rak płuca jest
głównym nowotworem złośliwym
na świecie zarówno pod względem
zachorowalności, jak i umieralno-
ści, a także śmiertelności – stosu-
nek umieralności do zachorowalno-
ści wynosi 0,87. Innymi słowy – jest
to nowotwór o bardzo złym roko-
waniu, występujący u ludzi w pełni
aktywności zawodowej i społecz-
nej, a w związku z tym każdy lekarz
ma z tą groźną chorobą do czynie-
nia. Tylko postępowanie wg zasad
opartych na najnowszych odkry-
ciach i ustaleniach może poprawić
te smutne statystyki. Resekcja, po-
mimo znacznego postępu innych
metod, nadal pozostaje głównym
sposobem postępowania i jedy-
nym dającym realną szansę wy-
leczenia. Leczenie chirurgiczne ra-
ka płuca wymaga odpowiedniego
kwalifikowania chorych, określe-
nia rozległości choroby, wybrania
dostępu operacyjnego, ustalenia
zakresu wycięcia oraz wskazań do
leczenia uzupełniającego, miejscow-
ego lub systemowego. Przekazu-
jemy Czytelnikom książkę będącą
kompilum wiedzy niezbędnej
do podejmowania racjonalnych de-
cyzji w diagnostyce i leczeniu ra-
ka płuca.



Oferujemy usługi w zakresie szkolenia (wstępne i okre-
sowe dla wszystkich grup zawodowych) doradztwa BHP.
Opracowujemy procedury higieniczne dla placówek me-
dycznych (zgodne z najnowszymi zmianami w rozporzą-
dzeniach MZ), oceny ryzyka zawodowego, instrukcje BHP.
Pomagamy w przeprowadzeniu postępowania powypad-
kowego. Dojeżdżamy do klienta.

IKP Usługi Inżynieryjne Izabela Kuchna-Pyka
pl. Dworcowy 2/1, 47-320 Gogolin
Izabela Kuchna-Pyka tel: 606 474 550
Bożena Wodara tel: 695 610 182
e-mail biuro@ikp.opole.pl, www.ikp.opole.pl

Koleżanko i Kolego!

Pomyśl o przyszłości i o tych, którzy już dziś są w potrzebie.
Fundacja Pro Seniore jest organizacją pożytku publicznego (KRS
nr 0000250527) – wpłać 1% podatku na jej konto (numer konta:
03 1050 1041 1000 0022 1357 3187).



**FUNDACJA
PRO SENIORE**

im. Lekarzy Polskich Poległych i Pomordowanych
w Czasie II Wojny Światowej

KRS nr 0000250527

Konto nr:
03 1050 1041 1000 0022 1357 3187

Pomóżmy tym, którzy pomagali nam

Witam w trzecim miesiącu Nowego Roku. Mam nadzieję, że największe mrozy mamy już za sobą i tylko patrzeć, jak robi się cieplej i pojawiają się pierwsze oznaki wiosny. Ta zima dała się nam wszystkim mocno we znaki i chyba nie ma nikogo, kto by żałował jej odejścia.

Przed Państwem kolejny numer naszego izbowego Biuletynu. Rozpaczam go wyliczanką absurdów, do jakich jesteśmy – jako środowisko – zmuszani przez tryskających fajerkami pomysłów ustawodawczych urzędników. Naczelna Rada Lekarska dała wyraz sprzeciwowi korporacji wobec tej swobodnej i niczym nie skrupowanej „tfurczości” (to nie błąd!!!). Píše zresztą o tym w swojej szpalcie Prezes Jakubiszyn.

Do równie „poważnych” materiałów należą sprawozdania Rady Okręgowej i Komisji Stomatologicznej. Nieco lżejszy ciężar gatunkowy ma krótkie, ale za to ilustrowane sprawozdanie z kluczberskiego Balu Lekarza. Obok niego zresztą zaproszenie na kolejny bal.

W końcowej części Biuletynu znajdziecie wspomnienie o wspaniałym ginekologu profesorze Stanisławie Lembrychu, ale wcześniej pomieściłem materiał wspominkowy autorstwa dr Tadeusza Chowańca o tym, jak wyglądały początki polskiej ginekologii.

W części publicystycznej zamieściłem tekst o przeszkoleniach w ochronie zdrowia, ponieważ ciągle się o tym mówi i temat ten budzi sporo niepokoju w środowisku. Dalej dwa materiały o sztuce porozumiewania się i mediacji.

W części prawnej obszerny wywód o prawnych aspektach leczenia dzieci, zmianach w kodeksie pracy i niezwykle aktualna – jak się okazało niedawno – rzecz o odpadach medycznych.

Dalej smutna część Biuletynu – wspomniany już przeze mnie materiał o prof. Lembrychu i Pani Doktor Ziembie. Na zakończenie ogłoszenia – w tym numerze dość liczne – oraz nowości wydawnicze.

Zachęcam do lektury.

Jerzy LACH

PS. Chciałbym bardzo serdecznie przeprosić Pana Doktora Rekuckiego za dwukrotne przekreślenie jego nazwiska w poprzednim numerze. Chochlik drukarski uznał pewnie, że z takim poczuciem humoru, jak u Pana Doktora ujdzie mu to na sucho – ale nie uszło – dostał ode mnie straszną burę. Na całe szczęście rymowany utwór autorstwa Pana Doktora ostał się podpisany bez błędu. Panie Doktorze serdecznie przepraszam – JBL.

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Wszyscy narzekamy z powodu zwiększających się wciąż obciążeń biurokratycznych, które sprawiają, że coraz mniej czasu pozostaje na bezpośredni kontakt z pacjentem. Na dodatek NFZ i ZUS co rusz straszą, że wszelkie błędy w wypisywaniu recept czy druków ZLA mogą prowadzić do obciążenia finansowego lekarzy, którzy te dokumenty wypisują. Dlatego też na ostatnim posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 4 lutego przyjęta została uchwała pod bardzo wymownym tytułem „Pozwólcie lekarzom leczyć”. Jej tekst przedstawiamy w Biuletynie. Jednocześnie apeluję o zgłaszanie na adres mailowy, podany w tekście uchwały, wszelkich absurdalnych obciążeń i nienależnych wymagań.

Przy okazji o takiej jednej nienależności. Z ustawy o izbach lekarskich wynika obowiązek przedkładania Naczelnej Radzie Lekarskiej do zaopiniowania wszelkich aktów prawnych (ustaw, rozporządzeń, zarządzeń), które dotyczą wykonywania zawodu czy problematyki ochrony zdrowia. To pozwala nie tylko formułować uwagi i zastrzeżenia (osobnym zupełnie zagadnieniem jest branie tych opinii pod uwagę i uwzględnianie ich w tekście ak-

tu prawnego), ale w ogóle odnotowywać te akty, które nakładają na lekarzy jakieś dodatkowe obowiązki. Ministerstwo Zdrowia skrupulatnie ten wymóg realizuje, czego nie można powiedzieć o innych uczestnikach procesu legislacyjnego. Otóż 8 grudnia 2009 roku Rada Ministrów przyjęła rozporządzenie, które ukazało się w Dzienniku Ustaw nr 3 z 2010 roku pod pozycją 14, a dotyczyło programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2010. Rozporządzenie to nie było konsultowane z Naczelną Radą Lekarską i zupełnie przypadkowo ostatnio wypłynęło, że nałożyło ono obowiązki sprawozdawcze również na praktyki lekarskie. W osobnym materiale zamieszczam informację jakie sprawozdania i do jakiego okresu czasu (w wielu przypadkach ten termin już minął) miały zostać przekazane. Teraz chcę tylko wspomnieć o tej nienależności. Otóż jedno ze sprawozdań, na druku MZ-24, ma dotyczyć ilości przeprowadzonych w 2010 roku aborcji, a obowiązek sprawozdawania został nałożony na wszystkie indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, **niezależnie od wykonywanej specjalności!!!**

Jerzy JAKUBISZYN

**UCHWAŁA Nr 1/11/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 4 lutego 2011 r.

w sprawie podjęcia akcji "Pozwólcie lekarzom leczyć!"

Na podstawie art. 5 ust. 13 i 14 oraz art. 39 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Lekarska postanawia podjąć akcję "Pozwólcie lekarzom leczyć!" i nadać jej logo stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Podjęcie akcji uzasadnione jest brakiem troski o zapewnienie warunków do prawidłowego, zgodnego z interesem chorych wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty ze strony instytucji odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia. Nadmierne wymagania administracyjne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych prowadzą do licznych utrudnień i ograniczeń zarówno dla pacjentów jak i dla pracowników medycznych, co wynika między innymi z:

- przyzwolenia na stosowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia praktyk monopolistycznych;
- dowolnego kształtowania przez NFZ warunków zawierania umów bez uwzględnienia realiów praktyki lekarskiej i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej;
- arbitralnych i autorytarnych procedur kontrolnych płatnika, które ze względu na nieprawidłowo określone wymagania oraz brak właściwych procedur odwoławczych mają charakter jednostronnych decyzji;
- posuniętej do wymiarów absurdu biurokratyzacji pracy lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, wprowadzanej pod pretekstem poprawy jakości;

- powierzenia zadań o charakterze akredytacji świadczeniodawców instytucji powołanej do finansowania świadczeń zdrowotnych;
- narzucania cen świadczeń nieodpowiadających rzeczywistym kosztom;
- niewłaściwych definicji licznych JGP, nieuwzględniających aktualnej praktyki medycznej i złożoności procedur oraz z braku mechanizmu stałej weryfikacji i aktualizacji systemu JGP;
- systematycznego biurokratyzowania procedury wystawiania recept na leki refundowane z wymaganiem sprawdzania przez lekarzy i lekarzy dentystów licznych informacji nie mających nic wspólnego z leczeniem oraz odmawiania realizacji i refundacji recept pod każdym pretekstem;
- represji za niezawinione błędy w wystawianiu niepotrzebnie skomplikowanych i czasochłonnych druków ZUS-ZLA;
- nieuzasadnionego i szkodliwego wymagania obciążającej wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów drobiazgowej sprawozdawczości, która jakoby ma służyć wykrywaniu nadużyć (popelnianych przez nielicznych);
- działań administracji zakładów opieki zdrowotnej zmuszonej do przyjmowania warunków narzucanych przez NFZ.

§ 3.

Celem akcji jest uświadomienie pacjentom i całemu społeczeństwu, że wykonywanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia roli kreatora polityki zdrowotnej, administratora, twórcy standardów lub wytycznych postępowania, systemu informatycznego, płatnika oraz nienadzorowanego kontrolera systemu ochrony zdrowia prowadzi do nadużyć, oraz niezgodności coraz bardziej szczegółowych i mnożonych ponad wszelką miarę wymagań biurokratycznych z zasadami wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty. Efektem tej sytuacji są liczne utrudnienia i ograniczenia dla pacjentów. Jest ona też zasadniczo niezgodna z ideą demokratycznego społeczeństwa obywatelskiego, w którym podział zadań i kompetencji pozwala na zachowanie równowagi zainteresowanych podmiotów w najlepiej rozumianym interesie obywateli.

§ 4.

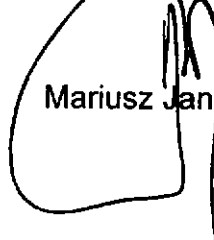
NRL postanawia utworzyć publikowany na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej Krajowy Indeks Nierozeczności w Ochronie Zdrowia (KINOZ). Rada zwraca się do członków samorządu lekarskiego, zarządzających placówkami opieki zdrowotnej oraz pacjentów o zgłaszanie (na adres kinoz@hipokrates.org)

konkretnych przykładów barier biurokratycznych i nieracjonalnych rozwiązań utrudniających lekarzom i lekarzom denty stom normalne wykonywanie pracy a pacjentom dostęp do opieki zdrowotnej, powodujących niepotrzebne, niepoprawiające jakości leczenia obciążenia dla pacjentów i personelu lub zagrażające jakości leczenia i bezpieczeństwu pacjentów.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ


Mariusz Janikowski

PREZES


Maciej Hamankiewicz

Jakie sprawozdania za 2010 rok obowiązane były składać praktyki lekarskie

Rodzaj druku	Kogo dotyczy	Temat sprawozdania	Termin złożenia sprawozdania	Adresat
MZ-11	Praktyki mające kontrakt z NFZ na poz	Sprawozdanie z działalności w 2010 r.	Do 31 stycznia 2011 r.	OCZP
MZ-55	Praktyki wszystkie	Meldunek o zachorowaniach na grype	7-go, 15-go, 22-go i ostatniego dnia każdego miesiąca	Powiatowa Stacja San-Epid
MZ/N-1a	Praktyki wszystkie	Zgłoszenie nowotworu złośliwego	Do 15-go każdego miesiąca	Regionalny Rejestr Onkologiczny
MZ-06	Praktyki zatrudniające pielęgniarki szkolne	Sprawozdanie z profilaktycznej opieki nad uczniami	Do 30 września 2010 za rok szkolny 2009/2010	OCZP
MZ-35A	Praktyki prowadzące badania profilaktyczne pracowników	Sprawozdanie z działalności w 2010 roku	Do 15 stycznia 2011	WOMP
MZ-54	Praktyki biorące udział w szczepieniach ochronnych	Sprawozdanie ze szczepień w 2010	Do 21 stycznia 2011 r.	Powiatowa Stacja San-Epid
MZ-12	Praktyki mające kontrakt z NFZ na AOS i stomatologię	Sprawozdanie z działalności w 2010 roku	Do 19 marca 2011 r.	OCZP
MZ-88	Praktyki zatrudniające jakiś personel	Sprawozdanie o zatrudnionych	Do 27 lutego 2011 r.	OCZP
MZ-24	Praktyki lekarskie specjalistyczne, praktyki grupowe	Sprawozdanie z wykonanych aborcji	Do 15 stycznia 2011 r.	OCZP

Sprawozdanie z Posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej

W dniu 26 stycznia 2011 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Na wstępie kol. Lach przedstawił wnioski o wpisanie na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej następujących Koleżanek i Kolegów, przenoszących się z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej:

- lek. dent. Katarzyna Sarnicka,
- lek. dent. Gabriel Czubieli,
- lek. Rafał Czech.

Rada zaakceptowała wszystkie wnioski.

W związku z tym, że lek. Alladin Bashir – członek OIL, uzyskał obywatelstwo polskie, Rada przyjęła odpowiednią uchwałę o wydaniu prawa wykonywania zawodu.

Rada podjęła również uchwałę o wydaniu duplikatu prawa wykonywania zawodu lek. Marcinowi Tarnowskiemu z powodu zagubienia oryginalnego dokumentu.

Prezes poinformował również członków Rady o piśmie lek. Marzeny Górniak, która zrzekła się prawa wykonywania zawodu. Kol. Jakubiszyn przekazał, że podpisał zarządzenie o skreśleniu z listy członków OIL, ale zwrócił się jednocześnie do zainteresowanej o uregulowanie zaległych składek.

W dalszej części posiedzenia Rada zarejestrowała nowe praktyki dentystyczne:

- Natalia Wicher,
- Agnieszka Dębicka,
- Dagmara Miszczyk,
- Magdalena Miszczyk,
- Małgorzata Wojtala,

specjalistyczne praktyki lekarskie:

- Beata Budyłowska,
- Magdalena Zawadzka-Duliniec,
- Alina Kowalczykiewicz-Kuta,
- Anna Biliska,
- Anna Kleszcz,
- Anna Ziemba,
- Elżbieta Szankowska-Miler,
- Rafał Olejnik,

specjalistyczną praktykę dentystyczną:

- Ewa Brycka,

oraz praktyki lekarskie na wezwanie:

- Klaudia Brzostowicz,
- Karolina Górską,
- Agnieszka Brzeska,
- Tomasz Cebula.

Ponadto w związku z uzyskaniem specjalizacji dokonano zmiany jednej praktyki dentystycznej na specjalistyczną praktykę dentystyczną (Marek Babiak) oraz jednej praktyki na wezwanie na specjalistyczną praktykę na wezwanie (Bartłomiej Adamczyk).

Do Funduszu Samopomocy wpłynęło pismo o wypłacenie zapomogi jednej z Koleżanek. Wniosek został przez Radę przyjęty.

Starostwo Brzeskie zwróciło się do Rady z prośbą o wyznaczenie swojego przedstawiciela do składu Komisji Konkursowej w konkursie na stanowisko Z-cy Dyrektora BCM ds. Medycznych. Rada do tej komisji wyznaczyła na swojego przedstawiciela kol. Janinę Szponarską.

Ponadto do Rady wpłynęły dwa wnioski o zwolnienie z opłacania składek członkowskich ze względu na osiągnięcie wieku emerytalnego oraz dwa następne o zmniejszenie wysokości składki do 10 zł. Wszystkie wnioski zostały przyjęte przez Radę.

W następnej części posiedzenia Rady Prezes Jakubiszyn poinformował jej członków o swoim piśmie do Dyrektora OOW NFZ w sprawie obowiązku wcześniejszego powiadamiania NFZ o zmianach w wykazach imiennych lekarzy przyjmujących w poradniach.

Następnie przekazał informacje o szkoleniu w zakresie obsługi kas fiskalnych (*obszerny materiał w tej sprawie ukazał się na stronie internetowej Izby oraz w lutym numerze Biuletynu – przyp. Red.*). Podobnie rzecz się ma z nowymi stawkami obowiązkowego ubezpieczenia OC.

Kol. Olejnik przedstawił Radzie wyniki przeprowadzonych pod koniec ub. roku wyborów władz okręgowych OZZL. Nowym Przewodniczącym Związku na Opolszczyźnie został kol. Tomasz Mazurek z Nysy.

W ostatniej części posiedzenia Rady kol. Wojtyłko zwrócił się z apelem o poparcie strajkujących lekarzy weterynarii. Kol. Jakubiszyn stwierdził, że aktualnie nie posiada pełnej wiedzy w tej sprawie i jak tylko otrzyma od prezesa izby lekarsko-weterynaryjnej pełną informację dotyczącą tego protestu, przygotuje stanowisko Rady w tej sprawie.

Na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL
Lek. Jerzy B. LACH

Prezes ORL
Dr n. med.
Jerzy JAKUBISZYN

Sprawozdanie z posiedzenia komisji stomatologicznej

W dniu 17 stycznia 2011 r., w siedzibie OIL, odbyło się kolejne już posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Zebranych powitała przewodnicząca Komisji, dr B. Hamryszak.

Dr J. Smerkowska-Mokrzycka przedstawiła zebranym treść rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu ich przechowywania (Dz.U. Nr 100 z 2010 r., poz. 645) oraz przedstawiła Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 27.05.2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości przeprowadzania kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz.U. Nr 100 z 2010 r., poz. 646). Obydwa rozporządzenia powiązane są z Ustawą z dnia 05.12.2008 „O zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi” (Dz.U. Nr 234 z 2008 r., poz. 1570.) w rozdziale 3 art. 11–13 odnoszą się m.in. do osób prowadzących indywidualne lub indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie. Ustawa nakłada na kierowników tych jednostek obowiązek prowadzenia kontroli wewnętrznych, mających na celu ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia, monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, opracowanie i wdrożenie procedur zapobiegających zakażeniom, jak i stosowanie środków ochrony osobistej. Powstał zespół w składzie: B. Hamryszak, M. Rodziewicz-Kabarowska i R. Górecka, który zobowiązał się opracować formularz protokołu kontroli wewnętrznej obowiązujący we wszystkich placówkach medycznych naszej Izby, który byłby respektowany przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego.

W dalszej części zebrania dr J. Smerkowska-Mokrzycka przedstawiła ustalenia dotyczące użytkowania kas fiskalnych przez lekarzy stomatologów.

Kolejnym punktem zebrania było szkolenie z zakresu ochrony danych osobowych w związku z wchodzącą w życie nowelizacją Ustawy o ochronie danych osobowych. Ustawa nadaje nowe uprawnienia GIODO (Główny Inspektor Ochrony Danych Osobowych), który uzyskał uprawnienia organu egzekucyjnego w zakresie egzekucji administracyjnej obowiązków o charakterze niepieniężnym, tym samym, na mocy przepisów tejże ustawy, GIODO – jako organ egzekucyjny w zakresie obowiązków o charakterze niepieniężnym wynikających z decyzji administracyjnych wydanych w sprawach wykonania przepisów o ochronie danych osobowych – będzie mógł, w przy-

padku niewykonania takiej decyzji administracyjnej przez zobowiązanego, stosować środek egzekucyjny – grzywnę w celu przymuszenia (art. 119 i następne, ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji). Wysokość takiej grzywny w stosunku do osoby fizycznej będzie mogła wynosić maksymalnie 10.000 zł, zaś w stosunku do osoby prawnej oraz jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej 50.000 zł, zaś w przypadku wielokrotnego nakładania grzywien w jednym postępowaniu egzekucyjnym ich łączna kwota nie będzie mogła przekraczać 50.000 zł w odniesieniu do osób fizycznych oraz 200.000 zł w odniesieniu do osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej. Nowelizacja umożliwia tworzenie delegatur terenowych GIODO, co będzie najprawdopodobniej skutkowało utworzeniem oddziałów wojewódzkich. Z informacji udzielonych przez prelegenta, GIODO stara się również nawiązać współpracę m. in. z NFZ, co oznacza tyle, że w razie stwierdzenia przez NFZ nieprawidłowości w zakresie przechowywania zbiorów danych osobowych, będzie on mógł powiadomić o tym fakcie GIODO. Podjęte przez Ustawodawcę działania mają na celu zwiększenie ochrony danych osobowych. Dla prowadzących własne praktyki lekarskie znaczenie ma fakt, iż są oni wg Ustawy „administratorami” danych osobowych, co oznacza, że spoczywa na nich obowiązek ich zabezpieczenia: „Art. 36. Administrator danych jest obowiązany zastosować środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, a w szczególności powinien zabezpieczyć dane przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem. Administrator danych prowadzi dokumentację opisującą sposób przetwarzania danych oraz środki, o których mowa w ust. 1.”.

Przepisy te dotyczą również dokumentacji w formie elektronicznej, gdzie szczególną uwagę należy poświęcić sytuacji, gdy sprzęt komputerowy jest serwisowany. Przed przekazaniem takiego sprzętu do firmy zajmującej się naprawą, bądź przed dopuszczeniem serwisanta/informatyka do zawartości dysku komputera, powinno się od niego uzyskać oświadczenie wymuszające zachowanie przepisów Ustawy o ochronie danych osobowych. W takim oświadczeniu/umowie można zawrzeć również klauzulę o moż-

liwości dochodzenia swoich praw w przypadku wycieku danych.

Jeśli lekarz chciałby wykorzystać dane swoich pacjentów do celów marketingowych (rozsyłanie poczty, promocje, programy lojalnościowe), zgodnie z zapisem Ustawy, powinien taki zbiór zgłosić do GIODO i uzyskać jego akceptację, gdyż w takim przypadku dane te nie są wykorzystywane jedynie w celach prowadzonej działalności. Brak dopełnienia tego obowiązku może skutkować zasądzeniem kary w przypadku zgłoszenia takiej nieprawidłowości. Więcej informacji na ten temat można znaleźć pod adresem www.giodo.gov.pl oraz w Dz. U. Nr 100 z 2004 r., poz. 1024.

Przewodnicząca dr B. Hamryszak poinformowała, iż Prezes NRL skierował do UOKiK wnioski o sprawdzenie, czy NFZ w trakcie kontraktowania usług leczniczych nie wykorzystywał pozycji monopolisty.

Dr Hamryszak przekazała dokumenty konieczne do zwizytowania praktyki stomatologicznej lek. dent. Małgorzaty Wojtali na terenie miasta Nysa. Na tym spotkanie zakończono.

Sekretarz
Jerzy DRZYŻGA

Przewodnicząca
Barbara HAMRYSZAK

PROGRAM SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL W OPOLU NA I PÓŁROCZE 2011 r.

	TERMIN	KIEROWNIK NAUKOWY	TEMAT	MIEJSCE SZKOLENIA
1.	26.03.2011 r. godz.10:00	Dr Marek Dryja – Konsultant wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo medyczne dla stomatologów – grupa 30-osobowa	WCM ul. Witosa – sala konferencyjna
2.	09.04.2011 r. godz.10:00	Dr Marek Dryja – Konsultant wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo medyczne dla stomatologów – grupa 30-osobowa	WCM ul. Witosa – sala konferencyjna
3.	09.04.2011 r. godz.10:00	Dr Zygmunt Konieczny – Konsultant wojewódzki w dziedzinie pulmonologii	Płyn w jamie opłucnowej	Okręgowa Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
4.	21.05.2011 r. godz.10:00	Dr n. med. Andrzej Bunio – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie geriatrici	Problemy geriatryczne w ocenie lekarza POZ	Okręgowa Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454–59–39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 3 pkt. edukacyjne.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów informuje

Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów informuje, że w sobotę **16 kwietnia br. o godzinie 14.00** organizuje, wspólnie z Okręgową Radą Lekarską, wiosenne spotkanie lekarzy-seniorów, połączone z uhonorowaniem kolejnej grupy seniorów, którzy przed 50 laty uzyskali lekarskie dyplomy.

Prosimy o zgłaszanie udziału do 11 kwietnia br.

Przewodniczący Komisji
Tadeusz CHOWANIEC

Zaproszenie na Bal Lekarza

Koleżanki i Koledzy, drodzy Przyjaciele, poczytuję sobie za zaszczyt fakt, iż mogę Państwa – w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu – po raz kolejny serdecznie zaprosić na

V Reaktywowany Opolski Okręgowy Bal Lekarza A.D. 2011, który odbędzie się w Hotelu „Zamek na Skale” w Trzebiezowicach k/Lądka Zdroju (<http://www.zameknaskale.com.pl>) w dniach 26–27.02.2011.

Sobota, 26.02.2011

- 12.00–16.00 – Powitalny poczęstunek
- od 14.00 – Kwaterowanie (jeżeli ktoś przybędzie wcześniej, zespół hotelowy zapewni pomieszczenie na bagaże i „balowicze” będą traktowani, jak pełnoprawni goście hotelowi)
- 16.00–18.00 – Podwieczorek muzyczny w kawiarni obok dziedzińca zamku (klubowe spotkanie integracyjne). Podczas zabawy – tradycyjna niespodzianka.
- **20.00 – Bal**

Dania serwowane będą w formie bufetu, co pozwoli uczestnikom na dowolność w tempie spożywania oraz ciepłe potrawy *non stop*. Jak zwykle opłacamy tzw. „korkowe”, dzięki czemu można będzie wnieść dowolny własny alkohol, który wręczony kelnerowi będzie serwowany we właściwym szkłe i w odpowiedniej temperaturze (w menu zapewniona jest lampka szampana i symboliczny kieliszek białej wódki). Stoły rezerwowane będą – tradycyjnie – w momencie meldowania się w hotelu, obok recepcji

Niedziela, 27.02.2011

- 08.00–11.00 – Śniadanie
- 12.00–14.00 – Opóźnione godziny wykwaterowania, co umożliwi głowom po szaleństwach balu po-

wrócić do normofunkcji i pozwoli gościom korzystać z oferty *SPA* (mini basen, jacuzzi i łaźnia turecka).

W tym przypadku również dopłacamy do wersji full, dzięki której wymienione udogodnienia będą dostępne w sposób nieograniczony dla P.T. Balowiczów

Koszt uczestnictwa na powyższych zasadach: 650 zł od pary (single: pełne uczestnictwo z noclegiem w pokoju jednoosobowym 400 zł)

Uwaga! Cena podniesiona nieznacznie po 4 latach niezmienności (o 50 zł). Limit miejsc to 40–50 par, decyduje kolejność zgłoszeń. Warunkiem potwierdzenia uczestnictwa w Balu jest dokonanie wpłaty. Przy wpłacie prosimy o podawanie adresów mailowych – tylko tą drogą będą wysyłane końcowe komunikaty (do uczestników z potwierdzoną wpłatą)

Zapisy i wpłaty na BAL LEKARZA:

- p. Barbara OBORSKA – Dyr. Biura OIL w Opolu, ul. Grunwaldzka 23 tel. 77 454 59 39
- dr Kasia STĘPIEŃ – tel. 601 469397

Można dokonywać zapisów i przelewu na mój rachunek bankowy (koniecznie z podaniem za kogo jest wpłata i telefonu kontaktowego: Aleksander Wojtyłko, ul. Małopolska 9, 45–301 Opole, r-k nr 32 2490 0005 0000 4000 1364 5134)

Termin przyjmowania zgłoszeń i wpłat – 15.02.2011. Zapisy po terminie tylko w przypadku niepełnej listy gości. Życzymy wspaniałej zabawy!

W imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
Aleksander WOJTYŁKO
aleksander_wojtylko@tlen.pl
tel. 601 55 91 61

Kluczborski Bal Lekarza

29 stycznia 2011 r. bawiliśmy się już dwudziesty raz na Balu Lekarza zorganizowanym przez Delegaturę Kluczborską Opolskiej Izby Lekarskiej. Tym razem gościliśmy w Pałacu w Pawłowicach (około 11 km od Kluczborka), zbudowanym w roku 1864 przez dostojnika królewskiego Wilhelma von Pannwitz. Przez lata pałac zmieniał właścicieli i pełnił różne funkcje. Obecny właściciel przekształcił go w luksusowy hotel z salami balowymi i SPA.

Bawiło się 69 osób z Kluczborka, Olesna, Namysłowa, Brzegu, Wielunia i Wieruszowa. Atmosferę wieczoru rozpałił występ znakomitej sportowej pary tanecznej ze szkoły tańca Dance Center w Kluczborku. Odbył się

również konkurs na najlepszy dowcip o lekarzach i pacjentach. Wśród uczestników balu rozlosowaliśmy nagrodę – romantyczny weekend dla dwóch osób w Pałacu w Pawłowicach. Bawiliśmy się do świtu.

Następnego dnia przed południem można było odzyskać formę w SPA. Kiedy, delektując się śniadaniową jajecznicą z parówkami, spojrzałem przez okno, zobaczyłem pawia kroczonego dostojnie po pałacowym dziedzińcu, za płotem kicały zające, a w dalszej perspektywie przechadzało się stado saren. Poczułem się niepewnie, jednak niepewność nie trwała długo. Moja żona widziała za oknem dokładnie to samo.

Mirosław MISIAK

*Bal Lekarza w Palacu
w Pawłowicach*



Tak zaczynaliśmy

**Wspomnienia w związku
ze śmiercią
prof. zw. dr hab. med.
Stanisława LEMBRYCHA**

W 1955r. oddział ginekologiczno-położniczy Szpitala Wojewódzkiego w Opolu mieścił się w 3 piętrowym budynku, stojącym przy ul. Reymonta 8, oddzielony płotem, zamknięty bramą i strzeżony portiernią. Na parterze znajdowały się: pokój przyjęć, sanitariat, rtg, dyżurka lekarska, gabinety dr Reginy Kauiczowej i dr Sergiusza Mossora, laboratorium analityczne, sala przyjęć ginekologicznych, szatnia. Na I piętrze funkcjonowała sala porodowa i zabiegowa położnicza, oddział Położniczy i Noworodkowy. Na II piętrze była sala operacyjna i oddział Ginekologii; na III piętrze oddział Septyczny. W salach stało 6–8 łóżek. Oddziały nadzorowali: położnictwo – dr Stanisław Knopiński, noworodki – dr Maria Pędichowa, ginekologię – dr Regina Kauiczowa, septyczny – dr Andrzej Chabałowski. Jako asystenci pracowali także dr Stankiewicz i Swi-



2) Grudzień 1958 r. – po lewej dr med. Sergiusz Mossor

sulski. Do tego zespołu, w okresie wrzesień – grudzień 1955 r., dr Mossor przyjął 9 absolwentów z różnych akademii medycznych, w tym mnie – jako pierwszego od 20 września. Ponadto byli to: Janusz Chechliński (i ja) ze śląskiej AM, Aleksander Nowicki, Zdzisław Karolewski, Edward Talma i Stanisław Bartzak z łódzkiej AM, Stanisław Lembrych z wrocławskiej AM, Jagna Głyda i Henryk Gabor z poznańskiej AM. Zostaliśmy trójkami



1) 1956 r. – od prawej: dr dr Edward Talma, Henryk Gabor, Janusz Chechliński, Tadeusz Chowaniec, Aleksander Nowicki, Zdzisław Karolewski i Stanisław Lembrych

przydzieleni na poszczególne oddziały, z nadanymi skrótowymi symbolami nazwiska, którymi znaczyliśmy zakładane historie choroby i badania fizykałne. Dr Mossor zapowiedział, że wolny czas winniśmy spędzać w szpitalu, bo w nim, a zwłaszcza na sali porodowej zawsze coś się dzieje i można się czegoś nauczyć. Stąd założenie rodziny, aby w tym nie przeszkadzała, należy odłożyć do uzyskania specjalizacji. Wdrożono system szkoleń teoretycznych i praktycznych – skrupulatnie egzekwowanych. Wysyłano nas na różnego rodzaju kursy i szkolenia, organizowane przez Akademię, z których składałyśmy sprawozdania, a przydatne nowości wprowadzano do praktyki szpitala. Historie choroby i całą dokumentację prowadziliśmy pisząc na maszynie, co pozwalało Szeffowi kontrolować jakość naszej „publicystyki”, ale też zwiększało wartość dokumentacyjną historii chorób – co doceniliśmy znacznie później.

W 1957 r. oddział podniesiono do rangi Wojewódzkiego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego. Powstał także oddział Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, z dr Mossorem jako Prezesem i S. Lembrychem – sekretarzem. W międzyczasie do grona lekarskiego zostali przyjęci: Krystyna Mossor wraz z mężem – Cezarym Klusem, Walter Klimek, Jan Lika, Jan Jabłoński, Eugeniusz Gocki, Barbara Baryluk i Kazimierz Szymczyk. Szef rządził surowo i czasem trudno było wytrzymać; dowodem były wieści, że wielu naszych poprzedników zrezygnowało z pracy u dr Mossora, a z wielu On zrezygnował. Matkowała nam dr Kauiczowa łagodząc wielokrotnie napięcia.

Jak większość młodych lekarzy, mieszkaliśmy wtedy w hotelu robotniczym, przy ul. Ligonii, potem jako

sublokatorzy, w wynajmowanych na terenie miasta pokojach. W wolnych chwilach spotykaliśmy się także poza Szpitalem, m. in. na imieninach, co uwidacznia zdjęcie z 1956 r. (fot. 1). Czasem uczestniczył w nich także Szef, sprawdzając nazajutrz obecność przed godziną 7⁰⁰. Po 3 trudnych latach zdaliśmy egzamin praktyczny i teoretyczny i zostaliśmy uznani za specjalistów I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii. „Oblewanie” tego faktu odbyło się w mieszkaniu rodziców dr A. Chabałowskiego, w grudniu 1958 r. (fot. 2), z udziałem dr Mossora i dr Kauiczowej. W tym samym, gościnnym pomieszczeniu świętowaliśmy uzyskanie II stopnia specjalizacji (październik 1962 r. – fot. 3), ale już w nieco innym składzie i - przede wszystkim - z innym szefem, którym wtedy był dr med. Stanisław Leszczyński (fot. 4).

W latach 50. i 60. ubiegłego wieku nazywano nas w środowisku lekarskim „Mossorowcami”, chociaż nasz bezpośredni kontakt z dr Mossorem był dość krótki, bo zaledwie ok. 6-letni (zmarł w styczniu 1962 r.). Jednak okres pracy pod Jego kierunkiem wywarł decydujący wpływ na naszą lekarską świadomość, umiejętność współdziałania i organizacji pracy, świadomość konieczności dokształcania siebie i młodszych współpracowników, właściwy



4) Październik 1962 r. – pośrodku siedzi dr med. Stanisław Leszczyński, po lewej stoi dr Tadeusz Chowaniec



3) Październik 1962 r. – od prawej: dr dr Stanisław Lembrych, Janusz Chechliński, Tadeusz Chowaniec i Jan Lika

stosunek do pacjentek oraz dbałość o dobre imię Szpitala. Z naszej dziewiątki prawie każdy osiągnął znaczący sukces. J. Chechliński został ordynatorem w Strzelcach Opolskich; Z. Karolewski w Kędzierzynie-Koźlu; A. Nowicki w Niemodlinie, a potem w Częstochowie; H. Gabor wyjechał do NRD i tam szefował; E. Talma był kierownikiem Szpitala w Pokoju; S. Lembrych i ja – ordynatury w rodzimym szpitalu. Jedynie z S. Bartzakiem, który przed egzaminem w 1958 r. został powołany do wojska i J. Głydą-Schittek, która wyjechała za mężem z Opola, straciliśmy kontakt.

Oczywiście największy sukces zawodowo-naukowy osiągnął Staszek Lembrych, który jako ordynator ze szpitala wojewódzkiego, poza Akademią Medyczną uzyskał tytuł profesora zwyczajnego doktora habilitowanego medycyny. Również ja, odchodząc na emeryturę 1 lutego 1996 r., z doktoratem uzyskanym 2 czerwca 1964 r., po blisko ćwierćwiekowym ordynatorowaniu w macierzystym szpitalu, mam uczucie spełnienia zawodowego.

Od 1965 r. szpitalem (oprócz aktualnego dyrektora) kierowało 4 ordynatorów oddziałów: dr n. med. Stanisław Knopiński, dr n. med. Andrzej Chabałowski, prof. dr hab. n. med. Stanisław Lembrych, dr n. med. Tadeusz Chowaniec (od 1972 r.), którzy co rok zmieniali oddziały. Neonatologom przewodziła dr Maria Pędichowa wraz z Janiną Iszczukową i Zofią Jakimów. W 1966 r. nasz szpital, po dobudowie rozpoczętej przez dr Mossora, uzyskał nowoczesne pomieszczenia, luksusowe (na owe czasy) dla pacjentek i personelu.

Spośród „Mossorowców” egzystują na tym świecie, w nienajlepszej kondycji, wszystkie 3 najważniejsze „doktorki od noworodków”. Z ginekologów także zostało trzech: dr Knopiński, Cezary Klus i ja. Kiedy zmarł Staszek Lembrych uświadomiłem sobie, że to już „ostatni dzwonek”, aby wspomnieć początki naszej działalności i że mogę to zrobić już tylko ja. Sukcesy zawodowo-naukowe Profesora przedstawi zapewne któryś z naszych następców.

Non omnis moriar!

Tadeusz CHOWANIEC

Przekształcenia – czas pytań i wyzwań

Koniec roku 2010 zaznaczył się na Śląsku pikietami lekarzy. Obawiają się oni, że przekształcenia szpitali w spółki kapitałowe doprowadzą do drastycznych oszczędności, które odbiją się na warunkach ich pracy oraz na bezpieczeństwie pacjentów. Czy słusznie?

Odpowiedź na to pytanie jest wypadkową wielu uwarunkowań. Aby się do niej zbliżyć, trzeba na wstępie wyjaśnić, dlaczego Ministerstwo Zdrowia chce przekształcić szpitale w spółki kapitałowe. Podstawowym powodem jest nie tyle szukanie oszczędności w ochronie zdrowia, ile maksymalne wykorzystanie istniejących obecnie zasobów i środków finansowych, a także przekonanie, że zadłużony szpital nie jest dobrym miejscem pracy i nie służy pacjentom.

Obecnie działające w większości samodzielne, publiczne zakłady opieki zdrowotnej to quasi-przedsiębiorstwa, należące w całości do podmiotu publicznego (najczęściej do jednostki samorządu terytorialnego), który w ograniczonym stopniu ma wpływ na ich gospodarkę. Podstawowym narzędziem wpływu samorządu na szpital jest możliwość powoływania i odwoływania dyrektora, a także przekazywanie środków finansowych na inwestycje, które powinny (w założeniu) polepszać wynik finansowy szpitala. Skomplikowany ustrój SPZOZ powoduje, że proces decyzyjny jest długi. Co istotne, SPZOZ nie może zbankrutować, zaś zarządzający nim nie ponosi odpowiedzialności za długi przekraczające wartość majątku. W razie ujemnego wyniku, przepisy ustawy o ZOZ-ach nakazują jego pokrycie przez organ założycielski. Ten przepis jest jednak w rzeczywistości martwy.

Inaczej w spółce. W odróżnieniu od SPZOZ-u spółka kapitałowa może zbankrutować i ponosi odpowiedzialność za swoje zobowiązania całością majątku. Ponadto zarząd spółki posiada szeroką autonomię w podejmowaniu decyzji dotyczących zarządzania i jej rozwoju, a także ponosi osobistą odpowiedzialność za długi spółki. Gwoli ścisłości, menedżerowie będą odpowiadać za zobowiązania spółki dopiero wtedy, gdy szpital będzie niewypłacalny, a komornik stwierdzi bezskuteczność egzekucji prowadzonej przeciwko spółce. Od tej odpowiedzialności menedżer będzie mógł się uwolnić, wykazując m.in., że we właściwym czasie złożył wniosek o ogłoszenie upadłości. Spółka będzie mogła jeszcze wdrażać program naprawczy. Istotne w tym wszystkim dla pracowników jest jednak to, że w formule spółki wbudowane są silne mechanizmy zapobie-

gające narastaniu zadłużenia oraz wzmagające wysoką efektywność.

Co z tego wynika dla lekarzy?

Przed wszystkim nie powinni martwić się o to, że z dnia na dzień stracą pracę. *„Zasadniczo spółka kapitałowa z dniem przekształcenia wstępuje we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Z dniem przekształcenia pracownicy przekształcanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się, z mocy prawa, pracownikami nowej spółki”* – czytamy w artykule Małgorzaty Paszkowskiej opublikowanym w serwisie „Prawo i Zdrowie” ABC Wolters Kluwer.

Dr Marcin Brol z Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu podkreśla z kolei, że w przedsiębiorstwie nastawionym na zys stosuje się bodźce motywujące do maksymalizacji produktywności. Dla dobrych lekarzy to wiadomość dobra – mogą liczyć na wyższe zarobki. Dla innych – wprost przeciwnie – mogą się spodziewać negocjacji warunków zatrudnienia itp. Należy się jednak spodziewać poprawy warunków pracy (inwestycji w sprzęt, szkolenia) z uwagi na konieczność zyskania przewagi na konkurencyjnym rynku.

Zagrożenia

Naiwnością byłoby jednak sądzić, że nie będzie problemów. Co oznacza bowiem określenie: „dobry lekarz”? Czy szpital będzie stać na wdrożenie odpowiedniego systemu oceny pracowników i współpracowników i – przede wszystkim – jakie kryteria będą brane pod uwagę? Efektywność ekonomiczna, czy relacja kosztu do efektu? I jak ten efekt mierzyć? Powyższe pytania dotyczą skali mikro. W skali makro pytań jest więcej. Niemal każde inne przedsiębiorstwo działa na wolnym rynku. Szpital przekształcony w spółkę – niekoniecznie. Będzie mógł sprzedawać swoje usługi komercyjnie, ale nie na każdym terenie będzie miał na takie usługi popyt (pamiętajmy o stosunkowo małych dochodach większości Polaków). Niemal każdy prywatny szpital w Polsce musi opierać swój biznesplan na kontrakcie z NFZ. Tu zaś cen nie dyktuje wolny rynek, a płatnik – w miarę posiadanych możliwości i, zasadniczo, nie dłużej niż na rok. Tymczasem jednostki samorządu terytorialnego nadal będą miały ustawowe (i konstytucyjne) zadanie zapewnienia opieki zdrowotnej. To w tym kontekście należy czytać ustawę o ZOZ-ach. Ustawodawca nie przewidział

możliwości upadłości samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej właśnie z racji tego obowiązku. To dlatego ujemny wynik finansowy SPZOZ nie może być podstawą do zaprzestania działalności. Z jednym wyjątkiem: można zamknąć zadłużony szpital, jeżeli inny może przejąć w sposób nieprzerwany sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością.

Przedsiębiorstwo w normalnej grze rynkowej (ochrona zdrowia takiej nie podlega) może – i zwykle to robi – zrezygnować z niedochodowej działalności. Szpital tymczasem nie może odmówić przyjmowania pacjentów, nawet jeżeli wiadomo, że ich leczenie spowoduje olbrzymie straty (dobrym przykładem jest hemofilik z wypadku komunikacyjnego). Na razie brak odpowiedzi na pytanie Jacka Profaski zadane na jednej z konferencji: co się stanie ze szpitalem-spółką, który z punktu widzenia

kodeksu spółek handlowych podlegać będzie regułom upadłości, a ze względu na ustawy obowiązujące samorząd nie będzie można go zamknąć z uwagi na szczególny charakter wykonywanych świadczeń?

Pewnie byłoby lepiej, gdyby w pakiecie przekazanym Sejmowi znalazł się zapowiadany wcześniej projekt ustawy o Agencji Taryfikacji, której zadaniem byłyby niezależna i rzetelna wycena świadczeń opieki zdrowotnej. Byłaby to szansa na realną wycenę świadczeń i koniec problemów z nieustannym dokładaniem do np. OIT-ów. Pewne jest: menedżerów czekają wielkie i trudne wyzwania, zaś lekarze, niezależnie od zmian, mają atut w postaci zbyt małej liczby specjalistów w Polsce.

Justyna WOJTECZEK

(przedruk z „Pulsu” nr 12/11)

Trudna sztuka rozmowy

**Ze specjalistą komunikacji
interpersonalnej Zbigniewem KOWALSKIM
rozmawia Justyna Wojteczek**

– W jednym z listów do Izby Lekarskiej lekarz opisał następującą sytuację: pacjentka skarżyła się na kaszel i żądała badania rtg klatki piersiowej. Lekarz nie stwierdził u niej zmian osłuchowych i na podstawie badania oraz wywiadu nie widział potrzeby wykonania zdjęcia. Ponieważ jednak pacjentka nadal żądała badania rtg, zostało ono wykonane. Przypuszczenia lekarza potwierdziły się. Ale pacjentki to nie przekonało i przy wydawaniu wyników badania doszło do kolejnej awantury. Co Pan na to?

– Cóż, lekarze skarżą się często na pacjentów, których określają słowem „roszczeniowi”. Tacy pacjenci żądają skierowania, recepty, zwolnienia. Mogę powiedzieć, że na ten problem trzeba spojrzeć z dwóch stron: merytorycznej i dotyczącej relacji międzyludzkich.

Pozornie to proste: w sytuacji, w której pacjentowi nie należy się świadczenie, powinno mu się tego świadczenia odmówić. Jednak należy znać potrzeby pacjenta i mieć świadomość własnej racji. Bardzo trudno rozładować konflikt, kiedy obie strony twardo stoją przy swoim. Problemy w komunikacji biorą się właśnie z tego, że koncentrujemy się na udowadnianiu racji, zamiast szukać porozumienia.

Być może w przytoczonej sytuacji należało spokojnie powiedzieć: „Rozumiem, że pani zdaniem te badania są pani potrzebne. Ma pani prawo ich oczekiwać. Jednak pozwoli pani, że przedstawię swoją opinię i powiem, dlaczego nie ma sensu ich wykonywać”. Nawet jeśli podany przykład nie jest idealny, przedstawia pewien rodzaj nastawienia. W wielu przypadkach takie zachowanie le-

karza konflikt wygasi. Odmowa musi mieć prawdziwe uzasadnienie. Żadne wybiegi nie podziałają.

Pacjenci się nie zmieniają, jakkolwiek lekarze chcieliby, by było inaczej. Pacjenci będą zawsze żądać skierowań, badań i zwolnień. Będą tego oczekiwać.

– Skąd się biorą te oczekiwania?

– Bardzo dużo mówimy o prawach pacjenta. Uważam, że akcje społeczne, takie jak ostatnio: „Leczyć po ludzku”, choć są bardzo potrzebne i w pełni je popieram, czasami osiągają skutek wręcz odwrotny do zamierzonego. Być może wynika to z naszych cech narodowych. Kiedy w prasie ukaże się jakiś artykuł na temat praw pacjenta, ci zaraz pojawiają się z tą gazetą w ręku i wysuwają żądania, argumentując, że „tu jest napisane, że mnie się to należy, to są moje prawa”. Olbrzymią przeszkodą w porozumieniu jest ogólny klimat wokół relacji lekarzy z pacjentami. Jeśli staję się pacjentem i idę na wizytę lekarską, będąc przekonany, że potrzebne jest mi skierowanie, a czuję, że z jego uzyskaniem będę miał problem, to moje działanie jest obciążone tym przeczuciem.

– Jak te przeczucia powstają?

– Na podstawie medialnych doniesień, własnych doświadczeń, tego, co sąsiadka powiedziała, tego, co wydarzyło się w rodzinie. Często posługujemy się tzw. powszechnymi prawdami. One stanowią, że np. lekarze nie chcą kierować na badania, bo muszą za to zapłacić. Pacjent więc myśli, że lekarz na pewno nie skieruje mnie na badania, aby oszczędzić. Planuje więc takie zachowanie, by to skierowanie wymusić, co po polsku oznacza: „muszę zrobić awanturę, bo bez tego nie da się niczego załatwić”.

– Lekarz powinien założyć, iż pacjent już przed wizytą będzie miał takie negatywne nastawienie?

– Raczej tak. A przynajmniej warto to brać pod uwagę. Zaznaczam jednak, że nie wolno mu nastawiać się na spór z pacjentem, aby nie wywołać negatywnego skutku.

– *Skutku, który oznacza konflikt?*

– Właśnie tak.

– *Jak zatem do jego wybuchu nie dopuścić?*

– Po pierwsze trzeba mieć świadomość własnego nastawienia, a po drugie zrozumieć drugą stronę. Często to powtarzam: trudności w komunikacji z pacjentem zdarzają się wszędzie i biorą się z różnicy oczekiwań. W książce pt.: „Jak rozmawiać z pacjentem” brytyjscy autorzy opisują szereg sytuacji z całego świata i można te obserwacje podsumować następująco: w każdym kraju, po obu stronach, istnieją mity i uprzedzenia. Proszę zatem lekarzy, by spróbowali do kontrowersyjnych sytuacji, gdy zdarzą się w ich gabinetach, nabrać trochę więcej dystansu. Pacjent, który się awanturuje, to na ogół nie jest zły człowiek. To człowiek, który jest chory, w stresie, nie wszystko rozumie i nie bardzo wie, jak inaczej można prosić o pomoc.

– *Ale lekarz ma często 60 pacjentów jednego dnia, wymagającego szefa lub takiego, z którym trudno współpracować, masę papierkowej roboty i niską pensję.*

– Będę tutaj bezwzględny: jak wybierałem sobie zawód lekarza, to czy myślałem, że będzie inaczej? Każdy z nas wykonuje jakiś zawód, i każdy z nas boryka się z jakimiś kłopotami. Trudności lekarzy polegają na tym, że wielu doświadcza tego, o czym pani mówi. To jest normalne. To kwestia wyboru życiowego.

– *Spróbujmy wyobrazić sobie modelową wizytę pacjenta w gabinecie. Pacjent wchodzi i...*

– ...lekarz podejmuje próbę „nadawania na tych samych falach” z pacjentem. Warto, aby lekarz postarał się zrozumieć, z jakim typem osobowości ma do czynienia (oczywiście kiedy widzi pacjenta pierwszy raz). Zwykle, kiedy lekarze znają, już swoich pacjentów, potrafią wiele o nich powiedzieć.

Kolejna rzecz niezwykle istotna: sami patrzymy poprzez pewien własny filtr percepcji. Jeśli ja jestem ekstrawertykiem, a przychodzi do mnie pacjent introwertyczny, to może on wyrzucić na mnie wrażenie antypatyczne. Wynika to z głębokiego przekonania ekstrawertyków, że spotkanie służy rozmowie i zaczyna się ją natychmiast. Inny sposób komunikacji dla ekstrawertyków jest dziwny. Zatem lekarz powinien starać się usunąć ten własny filtr, nie oceniać. Jest to sztuka. Jednak pochwalać, mylna ocena, że pacjent jest na mnie obrażony już od początku wizyty, potęguje niewłaściwe emocje.

– *Tak bardzo ważne jest to, by mieć rozeznanie zarówno własnych cech, jak i pacjenta?*

– Tak, bo wtedy wiemy, jakich filtrów percepcji używamy. Człowiek, który stworzył podstawy nauki o osobowości, Carl Gustav Jung, twierdził, że świat nie jest takim, jakim jest, lecz takim, jakim go widzimy. Ta prosta prawda jest niezwykle istotna dla jakości kontaktów

między ludźmi. Lekarze i przedstawiciele innych grup zawodowych, którzy w swojej pracy muszą opierać się na wielu konkretnych danych naukowych, mają tendencję do obiektywizowania świata.

– *Znając tę ocenę, jak postępować dalej?*

– Stałem kiedyś obok rejestracji. Przyszedł pacjent i pyta rejestratorkę, gdzie ma iść. Ale ona nie wie, więc pyta: „Kto panu kazał tu przyjść?” Pacjent odpowiada: „Doktor X”. Rejestratorka zaczyna szukać doktora X, co trwa 15 minut, a pacjent cały czas czeka zdezorientowany. Jest niepewny, nie wie, po co miał tego dnia przyjść, być może przyjechał z daleka. W końcu dowiaduje się, że lekarz X operuje i będzie za trzy godziny albo za pięć, bo niewiadome, co się może wydarzyć. Więc pyta: „Co mam ze sobą zrobić?”. A rejestratorka odpowiada mu na to: „Nie mam pojęcia. A po co pan przyjechał?”. Pacjent odpowiada, że przyjechał, bo kazał mu lekarz...

Ta sytuacja pokazuje, jak to czasami może wyglądać, i jak wpływa na postawę pacjenta, kiedy już wejdzie do gabinetu. Między pacjentem a lekarzem jest całkowita asymetria, nie dotycząca tylko wiedzy medycznej. Lekarz zna swoje środowisko pracy: wie, gdzie i co się znajduje. Pacjent tego nie wie, jest w nowym, obcym dla niego miejscu, a na dodatek przeżywa stres związany z chorobą i rozmową o sprawach trudnych i intymnych. Pacjenci często są całkowicie w tym świecie zagubieni.

– *Co zatem powinien zrobić lekarz?*

– Jeśli pacjent wchodzi do gabinetu, a lekarz natychmiast nawiązuje z nim kontakt wzrokowy, wstaje, wita się i przedstawia miłym, serdecznym głosem oraz zaprasza pacjenta, by usiadł, to już na wstępie przeciwdziała potencjalnemu konfliktowi. Proszę sobie wyobrazić, że wybuchła awantura, po której pacjent wchodzi nastawiony roszczeniowo i negatywnie do wszystkich, zdecydowany na kontynuowanie burdy, a w drzwiach wita go pogodny lekarz i miłym głosem mówi: „Dzień dobry panu, zapraszam serdecznie, proszę sobie usiąść, mamy trochę czasu, o czym chciałby pan porozmawiać?”. Jakim człowiekiem trzeba być, aby w takich warunkach dalej się kłócić? Proszę mi wierzyć, ten prosty sposób bardzo często wystarcza, by wygasić tłący się konflikt. Pacjentów, którzy zostaną tak przyjęci a nadal będą się awanturować, jest bardzo, bardzo niewielu. Najprostsze gesty i słowa potrafią rozbroić każdego.

– *Wiele badań pokazuje, że przebieg spotkania lekarza z pacjentem wpływa na przestrzeganie zaleceń lekarskich.*

– W badaniach dotyczących pacjentów z chorobą nadciśnieniową okazało się, że jest około 10% takich, którzy z definicji nie robią nic z tego, co zaleci im lekarz. Pozostaje zatem 90%, z czego połowa współpracuje z lekarzem, choć zakres tej współpracy jest różny. Z drugą połową trzeba „walczyć”. Od czterech do pięciu pacjentów na dziesięciu to ci, którzy potrzebują bardzo

silnej motywacji, by zastosować się do zaleceń lekarskich. To oczywiste, że lekarz chce wyleczyć pacjenta, ale trzeba zdefiniować, co mieści się w pojęciu „wyleczenia”. Oczywiście jest to diagnoza, ustalenie planu leczenia, właściwe decyzje terapeutyczne. Ale na tym nie koniec. Trzeba spowodować, aby to zadziałało. Chirurg musi pacjenta „otworzyć”, „naprawić” i „zamknąć”. Jeśli mówimy o internście, kardiologu czy hipertensjologu, to musi on zmotywować pacjenta, by zastosował się do jego zaleceń w takich kwestiach, jak dieta, styl życia lub farmakoterapia. Dopiero wtedy można powiedzieć, że pacjent jest leczony z dobrym efektem. Przestrzeganie zaleceń lekarskich zależy od wielu czynników. Ankietowanych pacjentów spyaliśmy, co sprawia, że czują się współodpowiedzialni za efekty leczenia...

– *Pacjenci nie powinni – z rozsądku – czuć się za swoje leczenie współodpowiedzialni?*

– Teoretycznie tak. Ale tak się dzieje, kiedy rozumiemy, o co chodzi w tym leczeniu. Bardzo wielu pacjentów nie wie, że nadciśnienie to choroba do końca życia. Wielu pacjentów uważa, że jak obniżymy ciśnienie poniżej 140/90, to można odstawić leki, zwłaszcza, że w potocznym rozumieniu leki to szkodliwa chemia. Pacjenci pytani, co wpływa na ich poziom współpracy z lekarzem, odpowiadają, że poczucie rzeczywistej troski lekarza o pacjenta. Chodzi zatem o klimat leczenia. Bardzo wiele zależy od tego, czy pacjent dostanie dokładną odpowiedź, co sam ma robić. Zwracam przy tym uwagę na pewne niuanse w komunikowaniu się. W jednym

z eksperymentów, który miał pokazać skalę nieporozumień między lekarzami a pacjentami, poprosiliśmy lekarzy i pacjentów o podanie definicji pewnych słów. Na przykład słowa „dieta”. Okazało się, że dla większości lekarzy dieta to sposób odżywiania się, a dla przeważającej części pacjentów – woda i suchary. Jeśli lekarz używa słów, które pacjent definiuje w inny sposób, to mamy gotową odpowiedź, dlaczego część pacjentów nie współpracuje w procesie własnej terapii.

– *Jakie wnioski wyciąga Pan ze szkoleń?*

– Trudno komuś po 20 latach pracy zmienić nawyki. Jest to niezwykle trudne, ale możliwe. Część lekarzy uważa, iż nie mają czasu myśleć o technikach komunikacyjnych. Negatywna informacja zwrotna szkoleń stanowi margines – około 1%. Przeważa informacja pozytywna: techniki komunikacji interpersonalnej otwierają oczy, poznanie ich jest pewnym zastrzykiem świeżości, napawa otuchą świadomość, że ktoś dostrzega nasz problem. Tego typu zajęcia pozwalają zobaczyć, że nie tylko oni borykają się z takimi problemami, i że istnieje rozwiązanie tych problemów.

Zbigniew KOWALSKI jest trenerem i doradcą biznesu, specjalistą ds. komunikacji interpersonalnej, członkiem grupy roboczej Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, wykładowcą w zakresie komunikacji z pacjentem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, członkiem Stowarzyszenia Mediatorów.

(przedruk z „Pulsu” nr 12/11)

Postępowanie mediacyjne w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy

Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich wprowadziła artykułem 113 postępowanie mediacyjne, które może być pomocnym narzędziem w rozstrzyganiu spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy zarówno w postępowaniu prowadzonym przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej, jak i przed sądami lekarskimi.

Mediacja to alternatywna forma rozwiązywania konfliktu między stronami przy udziale osoby trzeciej – akceptowalnego przez obie strony, neutralnego, a więc nie narzucającego rozwiązań i bezstronnego mediatora, oparta na dobrowolnym porozumieniu stron. Mediator nie reprezentuje interesów ani pokrzywdzonego ani obwinionego, czuwa nad komunikacją, wspiera przebieg negocjacji, łagodzi powstające napięcia i pomaga w wypracowaniu rozwiązania.

Postępowanie mediacyjne w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy, z uwagi na fakt odwołania w ustawie o izbach lekarskich do przepisów kpk trak-

towane jest w sposób analogiczny do mediacji w sprawach karnych.

Mediacje w sprawach karnych, a tym samym w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy kierują się takimi samymi zasadami, jak wszystkie inne mediacje, czyli zasadą:

- **Dobrowolności** – oznacza ona, że nikt nie może zmusić stron do udziału w mediacji. Strony przystępują do niej z własnej woli, nie mogą być nakłaniane do osiągnięcia porozumienia, czy do wyboru konkretnych rozwiązań. Mają prawo wycofania się z mediacji na dowolnym jej etapie, bez podawania konkretnej przyczyny. Decyzja o rezygnacji podjęta przez np. obwinionego nie może być traktowana jako przesłanka dodatkowo go obciążająca. Zasada ta dotyczy również osoby mediatora, który ma prawo zrezygnowania z mediacji, jeśli są ku temu ważne przesłanki, na przykład gdy z powodu osobistych przeżyć nie potrafi zdystansować się do przedmiotu sporu, lub gdy zbyt

duża liczba prowadzonych mediacji spowoduje, że nie będzie mógł dotrzymać terminu wskazanego w postanowieniu o skierowaniu sprawy do mediacji.

- **Akceptowalności** – zasada ta polega na tym, że strony przed przystąpieniem do mediacji muszą wyrazić zgodę na osobę mediatora i zasady mediacji. W praktyce oznacza to, że strony mogą wnioskować o zmianę mediatora na każdym etapie mediacji.
- **Poufności** – zasada ta zobowiązuje mediatora oraz strony do zachowania tajemnicy. W praktyce oznacza to, że pozyskane informacje nie mogą być przekazywane osobom trzecim, wykorzystane w toku postępowania wyjaśniającego przed rzecznikiem czy przed sądem lekarskim. Ponadto mediator nie może występować w sądzie jako świadek, chyba że za zgodą stron. Mediator nie jest pomocą dla rzecznika czy sądu w ustaleniu stanu faktycznego sprawy, nie wolno mu także zajmować stanowiska w kwestii winy. Mediator po zakończeniu mediacji wysyła do instytucji, która skierowała do niego sprawę, tylko sprawozdanie zawierające podstawowe informacje formalne – kto, kiedy i ile razy uczestniczył w spotkaniach. Zasada ta dotyczy także informacji uzyskanych przez mediatora na spotkaniach wstępnych czy spotkaniach na osobności. O ile na takich spotkaniach mediator nie ustali co może powiedzieć na spotkaniu wspólnym, nie może tych informacji ujawniać.
- **Neutralności** – oznacza, że mediator nie ocenia, nie sugeruje, nie narzuca stronom żadnych rozwiązań. Nie zajmuje stanowiska w kwestii winy, nie rozstrzyga sporu. Jego zadaniem jest wspieranie procesu komunikacji, w taki sposób by strony na własnych warunkach mogły wypracować ugodę, którą mediator ma obowiązek sprawdzić w kontekście poczucia sprawiedliwości, funkcjonalności i w kontekście prawa.
- **Bezstronności** – według tej zasady mediator nie może opowiadać się po żadnej ze stron, musi w równym stopniu angażować się w pomoc każdej z nich.

Postępowanie mediacyjne w ramach odpowiedzialności zawodowej ma swoją specyfikę. Stroną w takim postępowaniu jest **pokrzywdzony** czyli „osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe” art. 57 ust.1 ustawy o izbach lekarskich, oraz **obwiniony**, czyli „lekarz, wobec którego w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów lub przeciwko któremu skierował do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie” art. 58 ust 1 ustawy o izbach lekarskich. Z tych definicji jasno wynika, że w sprawach kierowanych do postępowania mediacyjnego musi być wyodrębniona osoba, która doznała szkody oraz osoba, której zarzucono czyn naruszający przepisy prawa. Specyfiką mediacji w sprawach karnych jest

element zadośćuczynienia, traktowany jako forma sprawiedliwości naprawczej.

Mediacja w sprawach karnych ma na celu wypracowanie przez pokrzywdzonego i obwinionego satysfakcjonującego ich rozwiązania, nie koncentruje się na ustaleniu winy czy też przebiegu zdarzenia.

Mediacja jest formą przywrócenia ładu społecznego i nie dopuszczenia do eskalacji konfliktu. Można spotkać się z dwiema sytuacjami.

Pierwsza dotyczy jednorazowego, przypadkowego zdarzenia, które doprowadziło do konfliktu między stronami, nie pozostającymi ze sobą w bliższej czy dłuższej relacji. W takiej sytuacji należy przyjąć że pozytywny wynik postępowania mediacyjnego usatysfakcjonuje strony, zakończy konflikt i zminimalizuje traumatyczne przeżycia wynikające ze zdarzenia. Istnieje szansa, że wysłuchany i usatysfakcjonowany pokrzywdzony nie będzie eskalował konfliktu poprzez np. nagłaśnianie sprawy w mediach czy kierowanie sprawy na drogę sądową, co stanowi także niewymierną korzyść dla obwinionego lekarza i całego środowiska lekarskiego.

Drugi przypadek to taki, kiedy konflikt pojawia się między osobami, które pozostają ze sobą w długiej relacji osobistej bądź służbowej. W takiej sytuacji zażegnanie konfliktu czy zawarcie satysfakcjonującej ugody ma kluczowe znaczenie nie tylko dla polepszenia relacji między stronami, ale także wpływa na stosunki i atmosferę w środowisku czy społeczności, z których strony się wywodzą. Należy jednak pamiętać, że w takich przypadkach faktyczna przyczyna konfliktu wybiega poza zarzuty przedstawione lekarzowi wskazane w postanowieniu o skierowaniu sprawy do postępowania mediacyjnego. Takie przypadki wymagają przeprowadzenia drugiej, oddzielnej mediacji – cywilnej, która pozwoli dojść i rozstrzygnąć faktyczny konflikt. Pozytywny wynik mediacji cywilnej będzie miał wówczas zdecydowany wpływ na wynik mediacji prowadzonej w ramach odpowiedzialności zawodowej.

Na mocy art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 2.12.2009 r. o izbach lekarskich sprawę do mediacji, z inicjatywy lub za zgodą stron, kieruje rzecznik odpowiedzialności zawodowej po wydaniu postanowienia o przedstawieniu zarzutów lub sędzia sądu lekarskiego. Sprawę do mediacji kieruje się postanowieniem, które musi zawierać: imię i nazwisko mediatora, dane osobowe pokrzywdzonego i obwinionego (adresy, telefony, maile), opis czynu zarzucanego obwinionemu, zakres i sposób udostępnienia akt danej sprawy i termin zakończenia postępowania mediacyjnego z uwzględnieniem art.23a § 2 k.p.k.

Jeśli chodzi o udostępnianie mediatorowi akt, to należy pamiętać, że robi się to tylko w zakresie niezbędnym do prowadzenia mediacji czyli: dane osobowe stron, określenie zarzucanego czynu i niezbędnych okoliczności jego popełnienia. Udostępnianie mediatorowi całości zebranej dokumentacji może być niekorzystne dla cało-

ści postępowania mediacyjnego. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek mediatora, sąd lub rzecznik może udostępnić materiał dowodowy w części dotyczącej stron i czynu, którego dotyczy postępowanie mediacyjne zgodnie z § 10 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2003 r. w sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych.

W przypadkach, kiedy postępowanie mediacyjne nie zostanie zakończone we wskazanym w postanowieniu o skierowaniu sprawy do mediacji terminie, mediator niezwłocznie sporządza i przesyła rzecznikowi lub sądowi lekarskiemu sprawozdanie przedstawiając w nim przyczyny niedotrzymania terminu. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek mediatora, rzecznik bądź sąd może ten termin przedłużyć na czas niezbędny do zakończenia mediacji. Czasu przeznaczonego na mediację nie wlicza się do czasu trwania postępowania wyjaśniającego.

Do mediacji nie mogą być kierowane sprawy wątpliwe. Dane zdarzenie musi znajdować potwierdzenie w materiale dowodowym i nie może być kwestionowane zarówno przez pokrzywdzonego, jak i obwinionego. Nie oznacza to jednak, że obwiniony przyznaje się do winy, lecz że uznaje to, co się wydarzyło, przyjmuje odpowiedzialność za skutki danego czynu. Jeżeli obwiniony nie uznaje faktów dotyczących czynu to sprawa musi toczyć się normalnym trybem, bez próby mediacji. Zerwanie mediacji nie może stanowić czynnika obciążającego obwinionego.

Mediacja jest uporządkowanym procesem. Można w niej wyróżnić kilka etapów:

- **Wstęp** – mediator zapoznaje się z treścią postanowienia o skierowaniu sprawy do mediacji, nawiązuje kontakt ze stronami, z tym, że w pierwszej kolejności z obwinionym, a następnie z pokrzywdzonym by uzyskać wstępną zgodę na spotkanie i umówić jego termin.
- **Etap 1** – wprowadzenie do mediacji. Podczas tego etapu mediator zapoznaje strony z zasadami mediacji i wyjaśnia swoją rolę w tzw. monologu mediatora. Określa ramy czasowe mediacji, wspiera strony w wypracowaniu reguł, które będą obowiązywały podczas wszystkich posiedzeń. Mediator przypomina co będzie przedmiotem mediacji. Zaakceptowanie przez strony tych warunków pozwala na przejście do etapu 2.
- **Etap 2** – wysłuchanie stron. Jest to czas, kiedy każda ze stron przedstawia swoje spojrzenie na problem, opisuje fakty, zaistniałe konsekwencje, może wyrazić swoje uczucia związane ze zdarzeniem.
- **Etap 3** – ujawnianie i zrozumienie potrzeb stron. Na tym etapie mediator, wspierając komunikację między stronami umożliwia im dotarcie i nazwanie potrzeb, interesów i oczekiwań. Pracuje nad budowaniem wzajemnego zrozumienia i akceptacji dla potrzeb i interesów drugiej strony.

- **Etap 4** – poszukiwanie i negocjowanie rozwiązań. Na tym etapie mediator pomaga stronom w znalezieniu wspólnej płaszczyzny porozumienia, poprzez dotarcie do wspólnych interesów i potrzeb. Następnie wspiera strony w tworzeniu listy możliwych rozwiązań.

- **Etap 5** – tworzenie ugody mediacyjnej, to etap w którym strony formułują projekt ugody, mają czas by ewentualnie skonsultować ją z ekspertami zewnętrznymi np. prawnikiem czy członkiem rodziny, których opinie mogą okazać się niezbędne do podjęcia ostatecznej decyzji. Naniesienie ewentualnych poprawek, pozwoli podpisać ostateczną, zaakceptowaną przez obie strony, ugodę.

- **Zakończenie** – mediator sporządza sprawozdanie z mediacji, do którego załącza ugodę i przesyła do rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sądu lekarskiego, który wydał postanowienie o skierowaniu sprawy do mediacji.

Sprawozdanie zawiera sygnaturę akt sprawy, imię i nazwisko mediatora, informację o liczbie, terminach i miejscach spotkań indywidualnych oraz wspólnych, a także wskazanie osób biorących w nich udział, wreszcie informację o wyniku postępowania mediacyjnego. Sprawozdanie nie może zawierać opisu przebiegu spotkań mediacyjnych, co w praktyce oznacza jedynie zapis, że strony zawarły ugodę, bądź nie. Sprawozdanie podpisuje mediator.

W razie zawarcia ugody, stanowi ona załącznik do sprawozdania i zawiera informację: dotyczące stron – imię, nazwisko, adres, zawód, imię i nazwisko mediatora, przedmiot mediacji, spisane ustalenia i podpisy stron. Mediator nie musi podpisać ugody. Ugoda musi być zgodna z prawem, realna i sprawiedliwa.

W mediacji mają prawo wziąć udział pełnomocnicy stron, ale tylko za ich zgodą. Należy pamiętać, że pełnomocnicy mają tylko głos doradczy, a prawdziwymi gospodarzami spotkania są pokrzywdzony i obwiniony. Mediacja jest najskuteczniejsza, gdy uczestniczą w niej tylko zainteresowane osoby, gdyż tylko one są świadome swoich potrzeb i interesów i tylko one powinny podejmować decyzje w ważnych dla nich sprawach.

W przypadkach, gdy strony nie mogą lub nie chcą spotkać się na spotkaniach wspólnych istnieje możliwość prowadzenia mediacji naprzemiennej. Mediator kontaktuje się wtedy z każdą ze stron i ustalenia – po uzgodnieniu tego z zainteresowanym – przekazuje drugiej stronie.

W postępowaniu mediacyjnym mogą zaistnieć okoliczności, w których mediacji prowadzić nie należy. Dzieje się tak, gdy obwiniony zaprzecza popełnionemu czynowi, gdy nie można ustalić sprawcy czynu lub gdy nie są ustalone fakty zdarzenia. Wśród tych okoliczności wymienić należy także takie, które wywołują wątpliwości co do bezstronności mediatora – gdy był on świadkiem zdarzenia, bądź zna którąś ze stron. Ograniczeniem w mediacji może także być fakt, gdy jedna ze stron

nie wykazuje woli do ugodowego zakończenia konfliktu lub gdy chce wykorzystać mediację do osiągnięcia własnych celów np. zdobycia informacji lub dokumentów. Nie należy prowadzić mediacji także, gdy niedawne traumatyczne przeżycia uniemożliwiają stronie efektywne uczestnictwo w mediacji lub gdy któraś ze stron jest uzależniona od alkoholu lub środków psychoaktywnych.

Mediacja, jako forma rozwiązywania konfliktów przynosi korzyści zarówno pokrzywdzonemu, jak i obwinionemu. Stwarza bowiem bezpieczny obszar do prowadzenia rozmów, wyrażania własnych emocji, oczekiwaniań, odczuć. Daje możliwość poznania wzajemnych racji i przyczyn zaistniałej sytuacji. Pokrzywdzony w trakcie spotkania mediacyjnego ma możliwość wyrażenia tego, co czuje i zdecydowania jaka forma naprawienia szkody będzie dla niego odpowiednia. Czuje, że jest kimś ważnym. Obwiniony ma możliwość zrozumie-

nia skutków popełnionego przez siebie czynu i przyjęcia za niego odpowiedzialności. Osoby anonimowe stają się konkretnymi osobami, które czują i przeżywają. Strony konfliktu mają możliwość uważnego, wzajemnego wysłuchania się, wzięcia odpowiedzialności za rozstrzygnięcie problemu, zadecydowania o zawarciu satysfakcjonującego ich rozwiązania i o treści zawartej przez nich ugody. Strony usatysfakcjonowane rozwiązaniem nie dążą bowiem do eskalacji konfliktu i w zdecydowanej większości przypadków uważają taką sprawę za zakończoną.

Małgorzata RAJCA
Kierownik kancelarii Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej

Ewa NOWOSIELSKA
pracownik kancelarii NROZ

PRAWO NA CODZIEN'

Prawne aspekty leczenia dzieci

Tło: W procesie leczenia dzieci podmiotem decyzyjnym są ich rodzice, a jeśli dziecko ukończyło 16., a czasem 13. r.ż. – także ono samo, jako uprawnione do współdecydowania o swoim życiu i zdrowiu. Dla podjęcia i prowadzenia leczenia dziecka niezbędna jest zgodna wola obu stron tego procesu – zarówno lekarza, jak i pacjenta reprezentowanego przez jego przedstawicieli ustawowych.

Cel: Opracowanie przedstawia znaczenie zgody rodziców dziecka dla uznania obowiązku lekarza niesienia pomocy lekarskiej. Omawia także zasady postępowania w sytuacjach kolizji woli podmiotów uczestniczących w procesie leczenia dziecka i udziału sądu opiekuńczego w sytuacji, gdy autonomia jednostki do samostanowienia ustępuje wartości nadrzędnej, jaką jest życie i zdrowie dziecka¹.

Wprowadzenie

Proces leczenia wymaga współdziałania lekarza i pacjenta, w przeciwieństwie do paternalistycznego modelu leczenia, w którym lekarz decyduje o wszystkim. Oznacza to, że dla podjęcia i prowadzenia leczenia niezbędna jest zgodna wola obu stron tego procesu – zarówno lekarza, jak i pacjenta. W procesie leczenia dzieci podmiotem decyzyjnym są ich rodzice, a jeśli dziecko ukończyło 16., a czasem 13. r.ż. – także ono samo, jako uprawnione do współdecydowania o swoim życiu i zdrowiu. Efektywne leczenie dzieci wymaga współpracy lekarza i rodziców dziecka w podejmowanych działaniach lecz-

niczych, chociażby w zakresie podawania zapisanych na receptę leków.

Od reguły tej przewidziane są jednak wyjątki w sytuacjach, gdy autonomia jednostki do samostanowienia ustępuje wartości nadrzędnej, jaką jest życie i zdrowie dziecka. Sytuacje wyjątkowe, prymatu ratowania zdrowia i życia ludzkiego nad gwarancją prawa do samostanowienia, nabierają szczególnego znaczenia w przypadku leczenia dzieci.

Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej

W praktyce zawodowej leczenia dzieci lekarz spotyka przypadki niecierpiące zwłoki, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia dziecka. W tych szczególnych sytuacjach autonomia lekarza polegająca na swobodzie decydowania o podjęciu leczenia ulega ograniczeniu. W przypadkach niecierpiących zwłoki lekarz nie tylko nie ma prawa do odmowy podjęcia lub odstąpienia od leczenia dziecka, lecz ma prawny obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej (podstawa prawna: art. 38 ust. 1 w związku z art. 30 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty [tekst jednolity: Dz. U. 2008, nr 136, poz. 857 z późn. zm.], dalej w skrócie jako: u.z.l.).

Realizacja tego obowiązku nie jest bezwzględna i ma swoje ramy prawne. Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej nie dotyczy przypadków, gdy lekarz nie ma

możliwości prawidłowego wykonania czynności zawodowych i przeprowadzenia procesu leczenia w sposób zgodny ze sztuką, tzn. zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób (sposób prawidłowego wykonywania zawodu lekarza definiuje art. 4 u.z.l.). Brak odpowiedzialności wynika z rzymskiej zasady, że nikt nie ma obowiązku czynić więcej, niż może (*ultra posse nemo obligatur*)^{II}. Źródłem tych ograniczeń mogą być także kompetencje zawodowe lekarza, np. brak określonych umiejętności czy specjalizacji.

Lekarz jest zwolniony^I z odpowiedzialności karnej za nieudzielenie pomocy m.in. w sytuacji, gdy możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osób do tego powołanych (np. ze strony szpitala).

Dotyczy to także przypadku, w którym dziecko wedle wiedzy i doświadczenia lekarza wymaga leczenia w szpitalu, a dalsze leczenie ambulatoryjne przez lekarza rodzinnego jest niewystarczające i byłoby błędnym postępowaniem. Obowiązkiem lekarza rodzinnego jest wówczas wystawienie skierowania na leczenie szpitalne, aby umożliwić dziecku kontynuację procesu leczenia w warunkach odpowiednich do jego stanu zdrowia.² Zgodnie z definicją ustawową² przez ambulatoryjną opiekę zdrowotną rozumie się udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. Oznacza to, że skierowanie dziecka do szpitala jest uzasadnione dopiero wtedy, gdy jego stan zdrowia wymaga całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, a cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne^{III}.

Kontynuacja przez lekarza leczenia dziecka w warunkach ambulatoryjnych, a więc nieodpowiednich do stanu zdrowia dziecka, nawet za zgodą rodziców, naraża lekarza na odpowiedzialność zawodową za przewinienie zawodowe,³ możliwa jest także odpowiedzialność karna i cywilna za skutki, jakie takie postępowanie wywoła u dziecka (np. za rozstrój zdrowia). To samo dotyczy wypisywania recept dla dziecka w takich okolicznościach, gdyż jest to czynność podejmowana w ramach leczenia ambulatoryjnego, w odróżnieniu od leczenia na oddziale szpitalnym, gdzie obok świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do otrzymania ze szpitala produktów leczniczych.⁴ Reasumując, w takich przypadkach lekarz nie tylko nie musi, lecz wręcz nie powinien podejmować działań leczniczych w sposób niezgodny ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób. Niezbędne jest także wyczerpujące poinformowanie rodziców dziecka o konsekwencjach zdrowotnych braku kontynuacji leczenia w szpitalu, najlepiej poparte stosownym oświadczeniem w dokumentacji medycznej (dla celów dowodowych), zwłaszcza jeśli rodzice odmawiają hospitalizacji. W sytuacji, gdy stan zdro-

wia dziecka wymaga hospitalizacji i szpital nie odmówił przyjęcia dziecka, rodzice nie mogą żądać od lekarza rodzinnego kontynuacji lub podjęcia leczenia w warunkach ambulatoryjnych (nie mogą żądać postępowania w sposób niezgodny ze sztuką).

Warto przytoczyć regulację na temat wypisu ze szpitala, który co do zasady możliwy jest dopiero wówczas, gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu (wyjątkiem jest tzw. wypis na żądanie). Jeżeli przedstawiciel ustawowy^{IV} żąda wypisania ze szpitala dziecka, którego stan zdrowia wymaga leczenia w szpitalu, kierownik zakładu opieki zdrowotnej lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę zakładu sąd opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze szpitala i przyczynach odmowy.⁵ Należy podkreślić, że jest to uprawnienie lekarza, a nie jego obowiązek. Wskazana regulacja stanowi ograniczenie autonomii woli przedstawiciela ustawowego, która podlega obiektywnym kryteriom oceny ze strony sądu. W piśmie informującym o odmowie wypisania małoletniego pacjenta muszą być podane szczegółowo przyczyny odmowy. Do czasu wydania przez sąd tego orzeczenia nie dokonuje się wypisania takiego pacjenta. Co oczywiste, hospitalizacja powinna być kontynuowana, gdy sąd uzna, że dziecko powinno pozostać w szpitalu ze względu na stan zdrowia.⁶

Zgoda pacjenta a obowiązek leczenia

W literaturze podkreśla się znaczenie zgody pacjenta dla uznania obowiązku lekarza niesienia pomocy lekarskiej.⁷ Obowiązek podjęcia działania na rzecz ochrony zdrowia czy życia ludzkiego ulega ograniczeniu w sytuacji braku zgody pacjenta.⁸ W przypadku dzieci sprzeciw rodziców wobec leczenia dziecka zwalnia lekarza z obowiązku niesienia pomocy lekarskiej (co więcej, podjęcie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta może nawet skutkować odpowiedzialnością karną⁹). Natomiast brak zgody rodziców wobec niemożliwości uzyskania ich stanowiska skłaniać może lekarza tak do samodzielności w podejmowaniu decyzji, jak i rezygnacji z przeprowadzenia czynności (lekarz może więc leczyć, lecz nie ma takiego prawnego obowiązku).⁷ Dodatkowe przesłanki warunkujące legalność leczenia dziecka bez zgody rodziców omówiono odrębnie.

Obowiązek informowania o stanie zdrowia dziecka

Dużą rolę w takich wypadkach należy przypisać informacjom o konsekwencjach zdrowotnych braku leczenia lub jego kontynuacji w odpowiednich warunkach przekazywanym rodzicom dziecka przez lekarza. Stopień uświadomienia rodzicom negatywnych skutków

zaniechania leczenia dziecka może decydująco wpłynąć na podjętą przez nich ostateczną decyzję. Stosownie do treści art. 31 ust. 1 u.z.l. lekarz ma obowiązek udzielać rodzicom dziecka przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Informacja o stanie zdrowia powinna zostać również przekazana małoletniemu pacjentowi, który ukończył 16. r.ż. Jeżeli jednak dziecko nie ukończyło 16 lat lub jest nieprzytomne bądź niezdolne do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej, a więc rodzicowi^V. Pacjentowi, który nie ukończył 16. r.ż., lekarz udziela informacji tylko w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania. Zawsze należy pamiętać, że informacja o stanie zdrowia powinna poprzedzać w procesie leczenia wyrażenie woli pacjenta lub jego rodziców. W szczególnych przypadkach obniżenia do lat 13 granicy wieku małoletniego, która uprawnia go do współdecydowania o leczeniu – należy przekazać mu informację o stanie zdrowia w sposób umożliwiający podjęcie świadomej decyzji (w przypadku gdy małoletni jest dawcą szpiku oraz w sytuacji aborcji u małoletniej).

Leczenie bez zgody

Odrębnemu reżimowi prawnemu podlegają przypadki dopuszczające leczenie bez zgody pacjenta, co w przypadku dzieci oznacza leczenie dziecka bez zgody rodziców, czego nie należy jednak utożsamiać z ich sprzeciwem wobec leczenia. Krótko mówiąc, leczenie bez zgody to nie to samo, co leczenie w warunkach sprzeciwu.

Stosownie do dyspozycji art. 33 u.z.l. badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Chcąc prowadzić leczenie w takich przypadkach, obowiązkiem lekarza jest zasięgnięcie konsultacji innego lekarza na temat konieczności podjęcia czynności medycznych u dziecka i odnotowanie okoliczności leczenia bez zgody rodziców w dokumentacji medycznej.

Znana lekarzowi wola rodziców małoletniego pacjenta w obszarze akceptowanych przez nich metod i sposobu leczenia powinna więc zostać przez lekarza uszanowana. Spory w doktrynie wywołuje kwestia prawa lekarza do podjęcia leczenia, gdy pacjent nie jest w stanie jej udzielić, ale wcześniej mu się sprzeciwił. Zgodnie z orzecznictwem sądowym „*oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określają-*

ce wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyrażony i jednoznaczny – wiążące”¹⁰. Analogicznie więc sporne jest prawo lekarza do leczenia dziecka w okoliczności braku porozumienia z jego rodzicami, w przypadku sprzeciwu rodziców co do metod leczenia ich dziecka, o którym lekarz wcześniej wiedział. W tych okolicznościach należy przyjąć, że niezbędne jest zasięgnięcie stanowiska sądu opiekuńczego.

Zgoda sądu opiekuńczego

Jeśli jednak stan zdrowia małoletniego pacjenta wymaga wykonania zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko – w przypadku braku zgody rodziców wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Pominięcie zezwolenia sądu opiekuńczego dopuszczalne jest jedynie w sytuacji, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby dziecku niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takich przypadkach obowiązkiem lekarza jest zasięgnięcie konsultacji drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności, na temat konieczności podjęcia interwencji medycznej i odnotowania okoliczności leczenia bez zgody rodziców w dokumentacji medycznej. Przepisy nakładają ponadto obowiązek niezwłocznego zawiadomienia rodzica dziecka, opiekuna faktycznego lub sądu opiekuńczego (dodatkowy obowiązek informacyjny).

Są to przypadki, w których po drugiej stronie procesu leczenia nie ma podmiotu, który mógłby zająć stanowisko na temat leczenia małoletniego pacjenta, czyli gdy lekarz nie zna woli rodziców dziecka.

Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane (art. 568 Ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego; Dz. U. nr 43, poz. 296 z późn. zm., dalej jako: k.p.c.). Sąd ten po przeprowadzeniu rozprawy wydaje postanowienie np. w przedmiocie ograniczenia władzy rodzicielskiej w zakresie decyzji o leczeniu dziecka (art. 579 k.p.c.). W przypadkach nagłych sąd opiekuńczy może wydać zarządzenie, także w stosunku do osób, które nie podlegają jego właściwości, zawiadamiając o tym sąd miejscowo właściwy (art. 569 § 2 k.p.c.). Korzysta ono z natychmiastowej skuteczności z mocy ustawy, a w pewnych sytuacjach także z natychmiastowej wykonalności. Postępowanie w sprawie o uzyskanie zezwolenia od sądu toczy się z urzędu: szpital ani lekarz nie są ani wnioskodawcami, ani uczestnikami postępowania.¹¹

Wyróżnić też można przypadek, w którym nie zamiast, lecz obok zgody przedstawiciela ustawowego konieczna jest zgoda sądu. Jest tak w przypadku pobrania

szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej u dziecka (podstawa prawna: art. 12 ust. 3 Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz. U. nr 169, poz. 411 z późn. zm.). Gdy zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, a niebezpieczeństwa takiego nie można uniknąć w inny sposób niż przez dokonanie przeszczepu szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, dawcą na rzecz rodzeństwa może być również małoletni, jeżeli nie spowoduje to dającego się przewidzieć upośledzenia sprawności organizmu dawcy. W przypadku gdy dawcą szpiku jest małoletni powyżej 13 lat, wymagana jest także jego zgoda.

Sąd orzeka na wniosek przedstawicieli ustawowych kandydata na dawcę, po wysłuchaniu małoletniego i zasięgnięciu opinii biegłego psychologa, a w przypadku małoletniego powyżej 16 lat również na jego wniosek. Do wniosku należy dołączyć orzeczenie lekarskie stwierdzające, że pobranie szpiku nie spowoduje dającego się przewidzieć upośledzenia organizmu dawcy. Rozpoznanie wniosku następuje w terminie 7 dni.

Konflikty woli podmiotów uczestniczących w procesie leczenia dziecka

W przypadku leczenia dzieci, w aspekcie zachowania wymogu poszanowania autonomii woli pacjenta, lekarz może napotkać:

- sprzeciw rodziców wobec proponowanego przez lekarza leczenia dziecka (odmowę leczenia w ogóle lub w określonym zakresie – co do sposobu leczenia, metod diagnostycznych, trybu jego prowadzenia);
- sprzeciw małoletniego pacjenta i zgodę jego rodziców wobec akceptowanego przez nich sposobu leczenia, metod diagnostycznych, trybu jego prowadzenia proponowanych przez lekarza, a także sytuację odwrotną – gdy małoletni wyraża zgodę, a jego rodzice się sprzeciwiają;
- konflikt między rodzicami co do proponowanego przez lekarza sposobu leczenia ich dziecka.

Pacjent i działający w jego imieniu przedstawiciele ustawowi mają zagwarantowane nie tylko prawo do zgody na podjęcie i prowadzenie leczenia, lecz także prawo do odmowy takiej zgody, a więc prawo do sprzeciwu. Autonomia rodziców do stanowienia o życiu i zdrowiu dziecka jest ograniczona tylko w wyjątkowych sytuacjach – gdy wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla dziecka są niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez dziecko życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia. W takich okolicznościach w przypadku kolizji woli przedstawicieli ustawowych dziecka z proponowanym leczeniem lekarz ma możliwość „przełamania” woli rodziców dziecka tylko poprzez uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego.

Nie można kwestionować stanowiska rodziców dziecka, jeśli nie ma podstaw do podejrzenia, że działają na niekorzyść małoletniego pacjenta. Wszędzie tam, gdzie ocena lekarza o potrzebie interwencji medycznej rozmią się ze stanowiskiem przedstawiciela ustawowego, mamy do czynienia z takim podejrzeniem – a więc sąd opiekuńczy powinien być uprawniony do podejmowania decyzji.¹¹ Każdy sprzeciw przedstawiciela ustawowego wobec propozycji lekarza dotyczącej podjęcia określonych czynności powinien być poddany ocenie sądu, jednak sąd ten może zadecydować o zabiegu chirurgicznym lub metodzie postępowania o podwyższonym ryzyku tylko w razie wystąpienia co najmniej niebezpieczeństwa dla zdrowia pacjenta.¹²

Spotkać można także konflikt woli małoletniego pacjenta i jego rodziców na temat akceptowanego przez nich sposobu leczenia, metod diagnostycznych, trybu jego prowadzenia proponowanych przez lekarza. Analizujemy oczywiście przypadek małoletniego, który ukończył wymagany prawem wiek uprawniający do współdecydowania w procesie leczenia. Na gruncie u.z.l. tylko dziecko które ukończyło 16 lat, ma prawo do współdecydowania w procesie leczenia (wyjątkiem jest małoletni dawca szpiku oraz małoletnia matka w przypadku aborcji^{VI} – w tych przypadkach wymagana jest zgoda już od 13-latką). W sytuacji, gdy osoba małoletnia powyżej 16. r.ż. wyraża zgodę na udzielenie świadczenia, a jego przedstawiciel ustawowy zgody nie wyraża, oraz w sytuacji odwrotnej – kiedy małoletni pacjent nie wyraża zgody na świadczenie medyczne, a jego przedstawiciel tak – wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Podobnie rzecz ma się w przypadku konfliktu między rodzicami – wobec sprzeciwu jednego z rodziców niezbędna jest interwencja sądu opiekuńczego. Stosownie do treści art. 97 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, każde z nich jest obowiązane i uprawnione do jej wykonywania. Jednak o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają wspólnie. Jeśli nie ma między nimi porozumienia, rozstrzyga sąd opiekuńczy. Na tle tej regulacji należy przyjąć, że z pewnością za istotne dla dziecka należy uznać sprawy związane z jego leczeniem. Przepisy u.z.l. mówią o wymogu uzyskania zgody jednego przedstawiciela ustawowego nawet wtedy, gdy zachodzi potrzeba przeprowadzenia metody diagnostycznej lub zabiegu stwarzającego ryzyko dla dziecka. Oceniając, czy w danym przypadku zgoda jednego rodzica jest wystarczająca, lekarz powinien zwrócić uwagę na stosunki panujące w rodzinie i sytuację faktyczną. Ze względów praktycznych przyjmuje się, że lekarz musi wystąpić do sądu tylko w skrajnych okolicznościach.¹³

Kompetencje opiekuna faktycznego dziecka

Stosownie do treści art. 32 ust. 3 u.z.l. opiekun faktyczny^{VII} dziecka może wyrazić zgodę jedynie na jego

badanie. Oznacza to, że np. babcia dziecka może wyrazić zgodę na badanie lekarskie przed szczepieniem, ale nie powinna udzielać zgody na samo zaszczepienie dziecka, które wiąże się z przerwaniem ciągłości tkanek ludzkich (jest to kompetencja zastrzeżona dla rodziców dziecka). Sytuacja ta wydaje się o tyle niejednoznaczna, że regulacja rozporządzenia w sprawie dokumentacji szczepień sugeruje, jakoby pewne kompetencje w tym zakresie przyznano opiekunowi faktycznemu.¹⁴ Zgodnie z przepisami rozporządzenia kwalifikacyjne badanie lekarskie oraz wykonanie szczepienia u osoby, która ukończyła 6. r.ż., a nie osiągnęła pełnoletności, można przeprowadzić po powiadomieniu przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tej osoby oraz uzyskaniu jego pisemnej zgody i informacji na temat uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień. W tym przypadku należy przyznać prymat regulacji ustawowej nad postanowieniem rozporządzenia, jako aktu niższej rangi, i wymagać zgody rodziców na zaszczepienie dziecka przyprowadzonego do lekarza przez opiekuna.

Należy mieć na uwadze, że opiekun dziecka, w odróżnieniu od jego rodziców, nie ma pełnej swobody w podejmowaniu decyzji dotyczących podopiecznego. Przepis art. 156 Ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. nr 9, poz. 59 z późn. zm.)

nakłada obowiązek uzyskiwania zezwolenia sądu opiekuńczego we wszystkich ważniejszych sprawach, które dotyczą małoletniego. Do takich spraw niewątpliwie należą sprawy związane z ochroną zdrowia, szczególnie jeżeli chodzi o odstąpienie od leczenia.¹⁵ Opiekun faktyczny nie ma więc obecnie prawa do żądania wypisania małoletniego pacjenta ze szpitala.

Kwalifikacyjne badanie lekarskie oraz wykonanie szczepienia u osoby, która nie ukończyła 6. r.ż. lub osoby ubezwłasnowolnionej, można przeprowadzić tylko w obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tej osoby. Na żądanie przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego osoby niepełnoletniej kwalifikacyjne badanie lekarskie oraz wykonanie szczepienia przeprowadza się w jego obecności. Krewny dziecka lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej (np. babcia, dziadek) jako osoba bliska małoletniemu pacjentowi może być obecny przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych dziecku.¹⁶ Z literalnego brzmienia przepisów wynika, że osoby trzecie, inne niż rodzice, mogą zostać poinformowane o stanie zdrowia dziecka jedynie za zgodą przedstawiciela ustawowego.¹⁷

mgr prawa Tamara ZIMNA

Specjalista w przepisach prawa ochrony zdrowia

(przedruk z „Lekarza Rodzinnego” nr 10/10)

I. Podstawowe pojęcia użyte w treści opracowania zostały wyczerpująco zdefiniowane w artykule Kryj-Radziszewska E, Kryj-Radziszewska K. Zgoda małoletniego pacjenta. *Lekarz Rodzinny* 2010;5(153):455–456.

II. Zielińska E. [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz pod red. Eleonory Zielińskiej. ABC a Wolters Kluwer business: Warszawa, 2008:443, zob. także artykuł Zimna T. Udzielanie świadczeń w przypadkach nagłych. *Lekarz Rodzinny* 2010;7–8(155–156).

III. Zob. także Zimna T. Zasady kierowania na leczenie szpitalne. *Lekarz Rodzinny* 2008;10(134).

IV. Ustawa nie przyznaje prawa do żądania wypisania pacjenta jego opiekunowi faktycznemu.

V. W rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. nr 52, poz. 417) osobą bliską jest: małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

VI. Art. 4a Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. nr 17, poz. 78 z późn. zm.) – w przypadku małoletniej wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku małoletniej powyżej 13. r.ż. wymagana jest również pisemna zgoda tej osoby. W przypadku małoletniej poniżej 13. r.ż. wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii.

VII. Stosownie do treści art. 3 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 09.52.417 z późn. zm.), opiekun faktyczny to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

PIŚMIENNICTWO:

Art. 162 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity: Dz. U. 1997 r. nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

Art. 5 pkt 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

Art. 53 Ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 219, poz. 1708).

Art. 20 ust. 1 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

Art. 22 ust. 2 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Dercz M, Rek T. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz, ABC 2007.

Dukiet-Nagórska T. Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. *Oficyna a Wolters Kluwer business: Warszawa*, 2008:13 i n.

Kardas P. Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy a problem odpowiedzialności karnej lekarza za niewypełnienie obowiązku zapobiegania skutkowi. *Przegląd Sądowy* 2005;10:81.

Art. 192 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity: Dz. U. 1997 r. nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05, OSNC 2006/7–8/137, Biul. SN 2006/2/9, TPP 2006/34/46, P/M 2006/4/125, M. Prawn 2007/12/678, Lex 172101, glosa częściowo krytyczna: Kulesza J. *Palestra* 2007/3–4/316, glosa aprobująca: Tymiński R. *PS* 2008/3/116, glosa aprobująca: Ol-szewski T. *Stariczek* I. *PS* 2008/11–12/217.

Lenczowska-Soboń K. Wystąpienie lekarza o zgodę na leczenie do sądu opiekuńczego. *Serwis Prawo i Zdrowie, ABC*;116615.

Dukiet-Nagórska T. Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim. *Prawo / Medycyna* 2000;6–7:78.

Kapko M. [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz pod red. Eleonory Zielińskiej. ABC a Wolters Kluwer business: Warszawa, 2008:470.

§ 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. nr 237, poz. 2018 z późn. zm.).

Dukiet-Nagórska T. Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. *Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa* 2008, str. 66–67.

Na podstawie art. 21 ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 09.52.417 z późn. zm.).

Na podstawie art. 9 ust. 3 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 09.52.417 z późn. zm.).

Podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę po nowelizacji kodeksu pracy

Na skutek orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 31 marca 2009 r. (sygn. akt TK 28/08) uchylone zostały dotychczasowe przepisy regulujące podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, w tym uchylono art. 103 Kodeksu pracy i wydane na jego podstawie rozporządzenie z dnia 12 października 1993 r. w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych. W miejsce uchylonych przez Trybunał Konstytucyjny przepisów, dnia 20 maja 2010 r. uchwalono ustawę o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Wskutek nowelizacji w Kodeksie pracy pojawiły się całkiem nowe art. 103 ust. 1 do art. 1036. Celem niniejszego artykułu jest omówienie wpływu tej nowej regulacji kodeksowej na sytuację lekarzy, którzy na mocy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – muszą realizować doksztalcenie zawodowe.

Na wstępie trzeba poczynić kilka uwag natury ogólnej. Po pierwsze wprowadzono definicję podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Nowy art. 103 ust. 1 Kodeksu pracy stwierdza, że przez podnoszenie kwalifikacji zawodowych rozumie się zdobywanie lub uzupełnianie wiedzy i umiejętności przez pracownika, z inicjatywy pracodawcy albo za jego zgodą. Przepis wskazuje również, że pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje zawodowe przysługuje urlop szkoleniowy i zwolnienie z całości lub części dnia pracy, na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania. Za czas urlopu szkoleniowego oraz za czas zwolnienia z całości lub części dnia pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia.

Z zacytowanych przepisów wynika, że podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę może się odbywać tylko za zgodą pracodawcy albo z jego inicjatywy. Tak sformułowany przepis nie oznacza, że pracownikowi nie wolno bez zgody pracodawcy podnosić kwalifikacji zawodowych – wymóg zgody pracodawcy oznacza tylko tyle, że bez zgody pracodawcy na szkolenie pracownik nie będzie miał prawa realizować szkolenia w czasie pracy i nie będzie mógł korzystać z urlopu szkoleniowego. Lekarze zatrudnieni na podstawie umowy o pracę zainteresowani są głównie tym, aby pracodawca udzielił im zgody na udział w szkoleniach czy sympozjach, które odbywają się w godzinach pracy, często udział w tych formach szkolenia związany jest z koniecznością wyjazdu do innej miejscowości, w której odbywa się szkolenie.

Jak wynika z nowych uregulowań prawa pracy, lekarze nie mają prawa uczestniczyć w szkoleniach odbywających się w godzinach pracy bez zgody swojego pracodawcy.

Nowe przepisy Kodeksu pracy nie mówią nic na temat formy, w jakiej pracodawca ma wyrazić zgodę na udział pracownika w szkoleniu poza zakładem pracy, w zasadzie powinna być to forma pisemna, ale zgoda wyrażona w inny sposób będzie również skuteczna, jednakże mogą wtedy pojawić się problemy z wykazaniem (udowodnienie), że pracodawca faktycznie udzielił zgody. Jako przykłady zgody udzielonej w innej formie niż pisemna wymienia się między innymi: zgodę wyrażoną ustnie, zgodę wysłaną mailem.

Rodzi się w tym miejscu pytanie, jak powinien się zachować lekarz, który wnioskował u pracodawcy o zgodę na udział w szkoleniu, a pracodawca na wniosek ten nie odpowiada. W tej sytuacji należy przyjąć, że pracownik nie otrzymał zgody na udział w szkoleniu, zatem ewentualny wyjazd na szkolenie (i związana z tym nieobecność w pracy) będzie uznany za naruszenie obowiązków pracowniczych. Kodeks pracy nie wprowadził bowiem normy, która kazałaby przyjąć, że brak sprzeciwu pracodawcy wobec wniosku pracownika o wyrażenie zgody na szkolenie jest równoznaczne z udzieleniem zgody.

Kolejną kwestią wartą wyjaśnienia jest to, czy zgoda pracodawcy na udział w szkoleniu organizowanym w godzinach pracy jest równoznaczna z tym, że pracodawca musi pokryć koszty tego szkolenia. Analiza przepisów wskazuje, że samo udzielenie zgody przez pracodawcę na szkolenie nie jest równoznaczne z tym, że pracodawca pokryje koszty takiego szkolenia. Zgodnie z art. 103 ust. 3 Kodeksu pracy pracodawca nie jest zobowiązany do pokrycia kosztów szkolenia, na które wyraził zgodę. Ewentualna decyzja o pokryciu kosztów szkolenia pracownika zależy wyłącznie od dobrej woli pracodawcy i w zasadzie pracownik nie dysponuje środkami prawnymi aby wymusić pokrycie tych kosztów.

Pracodawca wyrażający zgodę na szkolenie pracownika powinien zawrzeć z pracownikiem umowę o szkolenie. Zgodnie z Kodeksem pracy w umowie tej dopuszcza się zobowiązanie pracownika do pozostawania w stosunku pracy nawet do 3 lat po zakończeniu szkolenia (długość okresu odpracowania ustalają strony umowy), pod rygorem zwrotu kosztów poniesionych przez pracodawcę z tytułu dodatkowych świadczeń. Wysokość kosztów, które pracownik musi zwrócić jest proporcjo-

nalna do okresu, który nie został przez pracownika odpracowany. Zawarta pomiędzy pracodawcą a pracownikiem umowa nie może przewidywać w tym zakresie mniej korzystnych dla pracownika postanowień – tj. niedopuszczalne byłoby żądanie przez pracodawcę zwrotu całej kwoty w razie, gdy pracownik odpracował część okresu.

Pracodawcy zatrudniający lekarzy powinni pamiętać, że w zakresie dostępu do szkoleń obowiązuje zasada równouprawnienia pracowników, dostęp do szkoleń nie może być zatem różnicowany ze względu na płeć, wiek, zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu pracy czy zatrudnienie na czas określony.

Na koniec trzeba jeszcze odnotować, że wprowadzona regulacja dotycząca szkoleń, nie rozwiązuje podstawowego dla lekarzy problemu kolizji dwóch norm – z jednej strony obowiązku zdobycia przez lekarza określonej liczby punktów edukacyjnych, a z drugiej strony dobrovolności zgody pracodawcy na szkolenie. **Kodeks pracy nie wprowadził bowiem zasady, że w stosunku do pracowników, którzy muszą stale doskonalić swoje umiejętności zawodowe pracodawca ma obowiązek udzielić zgody na szkolenie i udzielić mu stosownego zwolnienia od pracy.**

Michał KOZIK

Radca prawny

(przedruk z „Pro Medico” nr 11/10)

Odpady medyczne w gabinecie lekarskim

10 grudnia 2010 r. w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie lekarzy i lekarzy dentystów z prawnikiem izbowym – Pawłem LENARTOWICZEM. Tematem spotkania były obowiązki lekarza prowadzącego prywatną praktykę, wynikające z ustawy o odpadach z 27 kwietnia 2001 r., która została znowelizowana ustawą z 22 stycznia ub. r. (tekst jedn.: Dz. U. 2010 r. nr 185, poz. 1243). Ponieważ temat budzi ogromne zainteresowanie, zwłaszcza w związku ze zmianami dotyczącymi obowiązku w zakresie prowadzenia ewidencji odpadów (niedopełnienie tego obowiązku lub wykonywanie nieterminowo, czy niezgodnie ze stanem rzeczywistym – stanowi czyn zagrożony wysoką karą pieniężną), poniżej przedstawiamy odpowiedzi na pytania najczęściej zadawane podczas dyskusji.

Jak należy rozumieć pojęcie odpadów medycznych?

„Odpady” to – zgodnie z definicją ustawy – substancje lub przedmioty (skategoryzowane w grupach), których posiadacz pozbywa się, zamierza pozbyć lub do ich pozbycia jest obowiązany. Precyzując pojęcie „odpady medyczne” ustawodawca dodaje, że są to odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych z zakresu medycyny. Odpadami medycznymi są zatem również odpady, jakie powstają podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w prywatnych gabinetach lekarskich.

Kto podlega obowiązkowi ewidencji odpadów?

Posiadacz odpadów – zgodnie z przepisami ustawy – jest obowiązany do prowadzenia ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów, zgodnie z przyjętym katalogiem odpadów i listą odpadów niebezpiecznych. Ustawodawca uznaje za posiadacza odpadów ich wytwórcę oraz inne podmioty (osoby fizyczne, osoby prawne lub jednostki organizacyjne), które faktycznie nimi władają. W razie wątpliwości domniemywa się, że posiadaczem odpadów

jest właściciel nieruchomości, na której się one znajdują. Z obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów zwolnieni są m.in. wytwórcy odpadów komunalnych (jako, że w odniesieniu do tych odpadów obowiązek ewidencyjny spoczywa na podmiotach świadczących usługi związane z gospodarowaniem nimi, na podstawie ustawy o utrzymaniu porządku i czystości w gminach), a także osoby fizyczne i jednostki organizacyjne nie będące przedsiębiorcami, które wykorzystują odpady na własne potrzeby. Zwolnienie nie dotyczy zatem lekarzy, prowadzących prywatne gabinety

Jak lekarz powinien obchodzić się z odpadami, które powstają w gabinecie?

Ustawa nakłada określone obowiązki na każdego, kto podejmuje działania powodujące lub mogące powodować powstawanie odpadów. Powinien takie działania planować, projektować i prowadzić tak, aby przy wytwarzaniu produktów, podczas i po zakończeniu ich użytkowania: zapobiegać powstawaniu odpadów lub ograniczać ich ilość oraz negatywne oddziaływanie na środowisko, a jeżeli nie udaje się temu zapobiec – zapewniać zgodny z zasadami ochrony środowiska odzysk odpadów, a w dalszej kolejności – unieszkodliwianie. Szczegółowe zasady postępowania z odpadami medycznymi określa rozporządzenie ministra zdrowia z 30 lipca 2010 r.

Jakie obowiązki, w rozumieniu ustawy o odpadach, powinien wypełnić lekarz, który rozpoczyna indywidualną praktykę?

Lekarz, który chce rozpocząć indywidualną praktykę lekarską, winien przedłożyć właściwemu organowi informację o wytwarzanych odpadach oraz sposobach gospodarowania nimi w terminie 30 dni przed dniem rozpoczęcia działalności powodującej powstawanie odpadów. Informacja powinna być złożona w czterech egzemplarzach. Do rozpoczęcia działalności można przystąpić, jeżeli organ właściwy w terminie 30 dni od dnia złożenia informacji nie wniesie

sprzeciwu w drodze decyzji. W tym przypadku organem właściwym jest starosta powiatu (lub prezydent miasta na prawach powiatu), na terenie którego wytwarzane są odpady.

Informacja dla starosty powinna zawierać:

- wyszczególnienie rodzajów odpadów przewidzianych do wytwarzania (w przypadkach, gdy określenie rodzaju nie jest wystarczające do ustalenia zagrożeń, jakie te odpady mogą powodować, właściwy organ może wezwać wnioskodawcę do podania podstawowego składu chemicznego i właściwości odpadów);
- określenie ilości odpadów poszczególnych rodzajów przewidzianych do wytwarzania w ciągu roku;
- informacje wskazujące na sposoby zapobiegania powstawaniu odpadów lub ograniczania ich ilości i negatywnego oddziaływania na środowisko;
- opis dalszego sposobu gospodarowania odpadami, z uwzględnieniem zbierania, transportu, odzysku i unieszkodliwiania odpadów;
- wskazanie miejsca i sposobu magazynowania odpadów, z zaznaczeniem ich rodzaju.

Uwaga! Ustawa wymaga złożenia informacji także w przypadku zmiany działalności, nie różnicując jednak obowiązku w odniesieniu do zakresu takiej zmiany.

W konsekwencji informacja powinna być złożona przed każdą zmianą, wpływającą na rodzaj lub ilość wytwarzanych odpadów, a także sposób gospodarowania nimi. Informacja musi zostać przedłożona przed dokonaniem zmiany, z zachowaniem wskazanego okresu wyprzedzenia, tj. 30 dni.

Jakie obowiązki powinien wypełnić lekarz prowadzący prywatną praktykę w zakresie ewidencji odpadów?

Pełna ewidencja odpadów obejmuje dwa dokumenty: kartę ewidencji odpadu oraz kartę przekazania odpadu. Obowiązek prowadzenia ewidencji odpadów może mieć jednak charakter uproszczony, czyli ograniczony tylko do karty przekazania odpadu (tj. karty otrzymanej od podmiotu, któremu przekazywane są odpady w celu ich unieszkodliwiania). Uproszczoną ewidencję odpadów mogą prowadzić m.in. małe i średnie przedsiębiorstwa, które wytwarzają odpady niebezpieczne w ilości do 100 kg rocznie.

Zatem lekarze prowadzący prywatne praktyki, które wytwarzają odpady niebezpieczne w ilości nie przekraczającej 100 kg rocznie, prowadzą ewidencję odpadów jedynie za pomocą karty przekazania odpadów. Wzór takiej karty stanowi załącznik nr 4 do rozporządzenia ministra środowiska z 14 lutego 2006 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz. U. 2006 r. nr 30 poz. 213). Ponadto są zobowiązani do sporządzania na specjalnym formularzu rocznego, zbiorczego zestawienia danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi

oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów. Wzór takiego formularza stanowi załącznik do rozporządzenia ministra środowiska z 8 grudnia 2010 r. w sprawie zakresu informacji oraz wzorów formularzy służących do sporządzania i przekazywania zbiorczych zestawień danych o odpadach (Dz. U. 2010 r. nr 249 poz. 1674).

Do jakiego organu i w jakim terminie należy przekazać formularze ewidencji odpadów?

Zbiorcze zestawienia danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów, posiadacz odpadów jest obowiązany przekazać marszałkowi województwa właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania tych odpadów **w terminie do 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy**.

Jakie kary grożą za niestosowanie się do postanowień ustawy o odpadach?

Ustawodawca przewidział bardzo surowe kary za niedostosowanie się do wymogów ustawy, w związku z czym informujemy, że lekarz prywatnie praktykujący może zostać ukarany:

- **karą 5 tys. zł** – jeśli nie dopełni obowiązku złożenia informacji do starosty o wytworzonych odpadach oraz sposobach gospodarowania nimi lub prowadzi gospodarkę odpadami niezgodnie ze złożoną informacją;
- **karą 10 tys. zł** – jeśli nie wykonuje obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów i przekazywania wymaganych informacji do marszałka województwa albo wykonuje go nieterminowo lub niezgodnie ze stanem rzeczywistym.

Czy istnieje możliwość odwołania się od kary nałożonej za nieterminowe złożenie informacji o ewidencji odpadów?

Kary pieniężne, o których mowa powyżej, wymierza – w drodze decyzji – właściwy marszałek województwa. Od wydanej decyzji adresatowi przysługuje odwołanie do Samorządowego Kolegium Odwoławczego. Aby odwołanie było skuteczne, należy je wnieść w terminie 14 dni od doręczenia decyzji za pośrednictwem Urzędu Marszałkowskiego. W takim przypadku Samorządowe Kolegium Odwoławcze raz jeszcze bada sprawę i rozstrzyga o losach odwołania. W przypadku decyzji negatywnej dla strony, można w terminie 30 dni od jej otrzymania wnieść skargę za pośrednictwem wspomnianego Kolegium do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego.

Wniesienie skargi nie wstrzymuje wykonania decyzji, co oznacza, iż mimo jej złożenia powstaje obowiązek zapłaty należności.

*Paweł LENARTOWICZ, prawnik OIL w Łodzi
(opr. NS)*

(przedruk z „Panaceum” nr 2/11)

Prof. dr hab. n. med. STANISŁAW LEMBRYCH 1932–2011

Członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Profesor Stanisław Lembrych urodził się niedaleko miasteczka Zwierzyniec, położonego w centrum Roztoczańskiego Parku Narodowego. Zawsze z wielkim sentymentem wracał we wspomnieniach do krainy swojej młodości. *Roztocze to najpiękniejszy przyrodniczo i krajobrazowo teren Lubelszczyzny. Można tam podziwiać rezerваты leśne z 400 drzewami-pomnikami przyrody, system naturalnych stopni wodnych na rzece Tanwi, stawy z rezerwatami ptaków, konika polskiego czyli dzikiego tarpana, malowniczo położone leśniczówki.*

Był uczniem Gimnazjum i Liceum im. Jana Zamojskiego w Zamościu. Lata 1950–55 to studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu. Bezpośrednio po studiach rozpoczyna pracę w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Ginekologiczno-Położniczym w Opolu, gdzie pracował nieprzerwanie do końca 1998 r. W ciągu tych 43 lat przeszedł kolejne etapy od asystenta do ordynatora. Stanowisko ordynatora objął w 1965 r. i pełnił tę funkcję przez 33 lata do czasu przejścia na emeryturę w 1998 r. Stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskał w 1963 r. na Wydziale Lekarskim AM we Wrocławiu, na podstawie rozprawy „*Zachowanie się witaminy C w surowicy krwi kobiet z ciążą prawidłową i późnymi gestozami*”, a stopień naukowy doktora habilitowanego na Wydziale Lekarskim AM w Białymstoku w 1975 r. na podstawie pracy habilitacyjnej „*Ocena trofiki tkanek dna miednicy u kobiet z wypadaniem narządu rodnego*.”

Przez 29 lat (1975–2004) pełnił funkcję konsultanta wojewódzkiego z zakresu ginekologii i położnictwa, będąc także od 1979 r. Przewodniczącym Zespołu Specjalistów Województwa Opolskiego. Działalność dydaktyczna to 10 lat wykładów w Pomaturalnym Studium Medycznym, w latach 1973–84 kierował w opolskim szpitalu zajęciami internatowymi dla studentów AM we Wrocławiu. Przewodniczył licznym komisjom egzaminacyjnym z ginekologii i położnictwa, komisjom kwalifikacyjnym do rozpoczęcia specjalizacji. Był wymagający, kierował się słowami opiekuna swojej habilitacji – prof. Stefana Soszki „*Surowość egzaminatorów jest surowością społeczeństwa, które oddaje w nasze ręce swoje zdrowie i życie*.” Zorganizował i był kierownikiem naukowym 10 cyklicznych kursów cytodiagnostyki onkologicznej, na których zostało przeszkolonych do walki z rakiem szyjki macicy ponad 150 lekarzy ginekologów.

Pan Profesor był przez kilka kadencji przewodniczącym Oddziału Opolskiego Polskiego Towarzystwa Gineko-

logicznego, który to oddział założył wraz z dr. Sergiuszem Mossorem w 1957 r. W 1989 r. otrzymuje w Belwederze tytuł naukowy profesora – zostaje pierwszym profesorem medycyny na Opolszczyźnie. W 1997 r. za wybitne zasługi

dla polskiej ginekologii otrzymał zaszczytny tytuł Członka Honorowego PTG. Patronował 17 przewodom doktorskim i 2 przewodom habilitacyjnym. Pod Jego kierunkiem ponad 100 lekarzy województwa uzyskało specjalizację z zakresu ginekologii i położnictwa. Opublikował ponad 100 prac naukowych, w tym 2 w renomowanych amerykańskich czasopismach naukowo-medycznych. Był jednym z tłumaczy dwóch znanych podręczników niemieckich z zakresu ginekologii i położnictwa. Będąc członkiem Międzynarodowej Organizacji Ginekologów i Położników (FIGO) oraz reprezentując Polską Ginekologię, brał udział w znaczących Międzynarodowych Kongresach Naukowych FIGO (Paryż, Sydney). Szczególnym wyróżnieniem dla dokonań naukowych Profesora było zapraszanie Go do przewodniczenia sesjom naukowym podczas Kongresów PTG, najwyższego ginekologicznego forum naukowego w kraju. Był współorganizatorem Wydziału Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii przy Politechnice Opolskiej oraz wieloletnim wykładowcą na tym Wydziale. Aktywnie działał w Komisji Bioetyki przy Opolskiej Izbie Lekarskiej.

Przez dziesięciolecie tworzył i kształtował, po dr. Sergiuszu Mossorze, Opolską Szkołę Ginekologiczno-Położniczą. Dzięki swojej osobowości, będąc niekwestionowanym wzorem i mając wpływ na całe środowisko ginekologiczno-położnicze Opolszczyzny, doprowadził do ujednolicenia postępowania medycznego w zakresie ginekologii i położnictwa w całym województwie. Działania profilaktyczne i organizacyjno-medyczne skutkowały m.in. zwiększoną, wczesną wykrywalnością nowotworów narządów płciowych u kobiet oraz wyraźnym zmniejszeniem umieralności okołoporodowej w woj. opolskim.

Jako lider ginekologów i położników Opolszczyzny był osobą znaną i uznaną w polskim świecie ginekologicznym. Dzięki swoim umiejętnościom organizatorskim, osiągnięciom naukowym i pracy dydaktycznej sprawił, że opolski ośrodek ginekologiczno-położniczy dorównywał i dorównuje ośrodkom klinicznym pod względem działalności naukowo-badawczej i leczniczej.



Cechowała Go głęboka wiedza, zdolności poszukiwawcze, pasja naukowa, łatwość tworzenia lapidarnych, sensownych tekstów w pracach naukowych. Kto miał szczęście być blisko Pana Profesora wiele zyskał – nie tylko mądrość zawodową, ale także życiową.

Okazją do długich rozmów, nie tylko o medycynie, były częste, niekiedy egzotyczne podróże Pana Profesora. Barwne, z pasją opowiadania, cenne wskazówki tworzyły w Jego słuchaczach głód poznawania ciekawych miejsc na świecie. Patrząc z perspektywy czasu i miejsca (pozaakademicki ośrodek) Pan Profesor pracą zawodową, dokonaniem naukowym, 29-letnią funkcją konsultanta wojewódzkiego, nie tylko wykorzystał szanse i możliwości, ale także pokonał bariery, których nikt wcześniej nie próbował pokonać – został pierwszym belwederskim profesorem medycyny na Ziemi Opolskiej.

Wewnętrzna dyscyplina nie pozwalała poddawać się chorobom – gdy pracował zawodowo tylko jeden raz był na zwolnieniu lekarskim – to prof. Religa był wtedy nieublagany.

Aktywnie działał na polu popularyzacji wiedzy medycznej, współpracując z redakcjami regionalnej prasy, radia i telewizji, promując politykę zdrowotną i działania profilaktyczne na rzecz poprawy zdrowia kobiet i dzieci Opolszczyzny. Potrafił zaszczepić swoim uczniom i współpracownikom przekonanie o znaczącej roli podnoszenia kwalifikacji zawodowych, nakłaniać do aktywnej działal-

ności naukowej poprzez tworzenie i publikowanie prac naukowych i udział w krajowych i międzynarodowych sympozjach i kongresach.

22 lipca 2003 r. w sali wykładowej Szpitala Ginekologiczno-Położniczego i Noworodków w Opolu Wojewoda Opolski Pani Elżbieta Rutkowska odznaczyła Pana Profesora Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Podziwiamy, my – uczniowie, wieloletni współpracownicy – sylwetkę, postać, wzór, a może nawet niedościgniony ideał. Teraz, kiedy przyszło nam żegnać na zawsze Pana Profesora, przybliżenie Jego sylwetki niech będzie wyrazem naszej pamięci i wielkiego szacunku dla Mistrza i Nauczyciela.

Z głębokim żalem żegnamy Pana Profesora dr hab. n. med. STANISŁAWA LEMBRYCHA, założyciela i wieloletniego Przewodniczącego Oddziału Opolskiego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Honorowego Członka PTG, Konsultanta Wojewódzkiego, pierwszego profesora medycyny na Opolszczyźnie, Naszego Mistrza i Nauczyciela, wielką osobowość naukową.

*Koleżanki i Koledzy z Oddziału Opolskiego
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego*

*Wojciech GUZIKOWSKI
Przewodniczący Zarządu Oddziału Opolskiego PTG
Członek Zarządu Głównego PTG*

KRYSTYNA ZIEMBA – lekarz stomatolog

W dniu 09.12.2010 r. odeszła od nas nagle i niespodziewanie Pani doktor Krystyna Ziemia – lekarz stomatolog z Grodkowa.

Urodziła się 08.11.1926 r. w Kielcach. Ukończyła w 1952 r. Akademię Medyczną w Łodzi. Po studiach rozpoczęła pracę w rodzinnych Kielcach. Wyszła za mąż za kolegę ze studiów Kazimierza Ziembę i wraz z nim podjęła pracę w Paczkowie. Zostali szczęśliwymi rodzicami jedynej córki Iwony. W 1969 r. ze względów rodzinnych przeprowadzili się do Opoczna, a po kilku latach do Kędzierzyna-Koźła. W połowie 1984 r. rozpoczęli oboje pracę jako lekarze stomatolodzy w Grodkowie.

W 1991 r. pożegnaliśmy doktora Kazimierza Ziembę, który również nagle odszedł od nas przeżywszy jedynie 64 lata.

Pani doktor Krystyna Ziemia posiadała dwa stopnie specjalizacji ze stomatologii ogólnej i zachowawczej. Pracowała w Przychodni Lekarskiej w Grodkowie do czasu osiągnięcia wieku emerytalnego. Ponieważ od zawsze kochała swój zawód, odważnie podjęła wyzwanie dalszej pracy na kontrakcie w higienie szkolnej w Grodkowie. Od 2002 r. zaprzestała pracy zawodowej zarówno w gabinecie prywatnym, jak i kontraktowym. W VII 2008 r. w Opolu została odznaczona z okazji 50-lecia pracy w zawodzie lekarza.

Pani doktor Krystyna Ziemia zawsze doskonaliła swoją wiedzę, bardzo dużo czytała, uczestniczyła w zjazdach i kursach. Pacjenci do dziś nie kryją swojego zadowolenia z wykonanej przez Panią doktor pracy. Była uważana za bardzo dobrego specjalistę, cieszyła się szacunkiem i uznaniem. Ceniliśmy w Niej życzliwość, uczciwość, pracowitość i kobiecą elegancję.

Trudno jest w kilku zdaniach opisać żal z powodu odejścia naszej wieloletniej Koleżanki, naszej Pani doktor, która zawsze służyła dobrą radą i ciepłym słowem.

13.12.2010 r. na cmentarzu w Grodkowie w ostatniej drodze towarzyszyło Jej, oprócz rodziny, liczne grono przyjaciół, sąsiadów, pacjentów i współpracowników.

Pani doktor Krystyna Ziemia na zawsze zostanie w naszej pamięci.



SPRZEDAM DOM

WRAZ Z FUNKCJONUJĄCYM GABINETEM STOMATOLOGICZNYM

Pomieszczenia gabinetowe mogą być wykorzystane również na gabinet ogólnolekarski w Kędzierzynie-Koźlu.

Tel. 606-117-645

Międzynarodowa Konferencja

Hospital Management będzie obchodzić piąty jubileusz. W tym roku tematem przewodnim będą inwestycje szpitalne. Konferencja będzie skutecznym forum wymiany doświadczeń na temat nowoczesnego planowania i prowadzenia procesu inwestycyjnego w szpitalu. Swoją wiedzę podzielą się m.in. przedstawiciele firm deweloperskich, ostatnio bardzo aktywnych na rynku ochrony zdrowia. Będzie też okazja, aby posłuchać ekspertów z dziedziny technologii medycznych oraz finansowania inwestycji i podyskutować z nimi. Swoje doświadczenia przedstawią dyrektorzy szpitali, które realizują projekty inwestycyjne, opierając się na siłach własnych, kapitale zewnętrznym, a także w formule PPP. Ważna będzie sesja poświęcona gospodarce lekowej i bezpieczeństwu lekowemu szpitala. Planujemy także poruszyć tematykę ubezpieczeń szpitali oraz ubezpieczeń zdrowotnych, szczególnie w obliczu nowych regulacji ustawowych. Dzięki nawiązaniu współpracy z Europejską Federacją Szpitali i Ochrony Zdrowia z siedzibą w Brukseli przedstawimy wybrane doświadczenia europejskie w zakresie inwestycji szpitalnych. Zaplanowano wystąpienia członków Prezydium i Rady Gubernatorów tej wpływowej organizacji, na co dzień ściśle współpracującej z agendami Unii Europejskiej.

Konferencja skierowana jest do kadry zarządzającej szpitali, właścicieli szpitali oraz do instytucji i firm zajmujących się szeroko rozumianą tematyką inwestycji szpitalnych, a także do koncernów farmaceutycznych i dystrybutorów leków współpracujących ze szpitalami.

Termin: 7–8 czerwca 2011 r.

Miejsce: Akademia Leona Koźmińskiego, ul. Jagiellońska 59, Warszawa

Organizatorzy: Akademia „Menedżera Zdrowia”, Czasopismo *Menedżer Zdrowia*, Akademia Leona Koźmińskiego

Patronat: Europejskie Stowarzyszenie Dyrektorów Medycznych

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61–615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *

III Kongres Współczesnej Onkologii

W ramach tematu wiodącego: *Cele terapii nowotworów (Tumor targeting)*, poruszane będą zagadnienia dotyczące: biologii nowotworów (ostatnie odkrycia związane z molekularnym i genetycznym podłożem nowotworzenia, nowotworowe komórki macierzyste, mechanizmy przerzutowania), celów terapii (immunoterapia, małe cząsteczki, chemioterapia, radioterapia), terapii skojarzonych, biomarkerów, badań przedklinicznych dotyczących terapii celowanych (nowe modele badań *in vitro* i *in vivo*, rozwój technik obrazowania molekularnego i optycznego, nowe terapie celowane w fazie badań przedklinicznych), badań klinicznych (nowe terapie celowane w badaniach klinicznych oraz wyniki terapii celowanych nowotworów z zastosowaniem leków zarejestrowanych: przeciwciała monoklonalne, drobne cząsteczki, immunoterapia, terapie skojarzone), problemów legislacyjnych związanych z rozwojem terapii celowanych. Ponadto dyskutowane będą postępy w leczeniu raka płuca, piersi i przewodu pokarmowego. Planujemy warsztaty, szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu, dyskusje okrągłego sto-



łu. Udział zapowiedzieli uznani onkolodzy polscy oraz wielu ekspertów z całego świata.

Termin: 14–16 kwietnia 2011 r.

Miejsce: Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego, ul. Przybyszewskiego 37a, Poznań

Organizatorzy: czasopismo *Współczesna Onkologia*, wydawnictwo *Termedia*, Zakład Immunologii Nowotworów, Katedra Biotechnologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61–615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *

Trendy w reumatologii na przełomie 2010/2011

Podczas obrad będą prezentowane zagadnienia dotyczące: reumatoidalnego zapalenia stawów (patogeneza reumatoidalnego zapalenia stawów, wczesne zapalenie stawów, terapia RZS syntetycznymi lekami modyfikującymi – bezpieczeństwo i skuteczność, leczenie biologiczne RZS), nowe spojrzenie na choroby wieku dziecięcego (młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, układowe choroby tkanki łącznej wieku rozwojowego), spondyloartropatie zapalne (patogeneza i rozpoznawanie zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, leczenie zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa w świetle najnowszych badań, łuszczykowe zapalenie stawów – patogeneta i rozpoznawanie, postępy w leczeniu łuszczykowego zapalenia stawów), zapalenie naczyń, twardzina i miopatie zapalne (twardzina układowa, miopatie zapalne, rozpoznawanie i leczenie zapalenia naczyń, rozpoznawanie i leczenie zapalenia dużych naczyń), nowe spojrzenie na toczeń rumieniowaty układowy, zespół antyfosfolipidowy oraz zespół suchości, niezapalne choroby reumatyczne (fibromialgia i zespół przewlekłego zmęczenia, postępy w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów, postępy fizjoterapii chorób reumatycznych) oraz osteoporoza i choroby z odkładania się kryształów (perspektywy leczenia dny moczanowej, praktyczne aspekty farmakoterapii osteoporozy, osteoporoza w chorobach zapalnych stawów).

Termin: 8–9 kwietnia 2011 r.

Miejsce: Wrocław

Kierownik naukowy: dr hab. prof. nadzw. Piotr Wiland

Organizatorzy: Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego oraz wydawnictwo *Termedia*

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61–615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, WWW.termedia.pl

* * *

Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne i firma DRAMIŃSKI organizują w Olsztynie w dniach 30.09–2.10.2011 r. **III Warmińsko-Mazurskie Dni Ultrasonograficzne**. Podmiotem Wspierającym konferencję jest Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska. Kierownictwo naukowe sprawuje prof. dr hab. n. med. Wiesław Jakubowski. Uczestnicy otrzymają 18 pkt. edukacyjnych IL i Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. Wszystkie informacje można znaleźć na stronie www.kursusg.pl

Dla naszego Klienta – dużej, renomowanej firmy medycznej z siedzibą w Warszawie, poszukujemy kandydatów – do pracy w regionie śląskim (Katowice, Opolszczyzna) – na stanowisko:

Kierownik Medyczny (Pion Ratownictwa Medycznego) Nr ref. KM/F/710

Miejsce pracy: **Katowice, Opole**

Zatrudniona osoba będzie odpowiedzialna za nadzór nad jakością świadczonych usług w pionie ratownictwa medycznego.

Najważniejsze obowiązki:

- nadzór nad jakością świadczeń medycznych, oceny jakości świadczonych usług w pionie ratownictwa medycznego,
- kontrola nad prawidłowością prowadzenia dokumentacji medycznej,
- nadzór nad prawidłowością wyposażenia medycznego i ambulansów,
- nadzór nad kwalifikacjami kadry medycznej, ich ocena i rozwój,
- dobór kadry medycznej,
- reprezentowanie firmy w instytucjach kluczowych dla ochrony zdrowia takich jak: MZ, NFZ, Instytuty Naukowe,
- inicjowanie, a także konsultowanie inicjatyw i projektów medycznych.

Wymagania:

- wykształcenie wyższe medyczne,
- specjalizacja z medycyny ratunkowej, specjalizacja ukończona lub przynajmniej otwarta,
- min. 3–5 lat doświadczenia w pracy w ratownictwie medycznym,
- umiejętności interpersonalne,
- umiejętność pracy w zespole,
- zdolności koordynacyjne,
- odpowiedzialność.

Oferujemy:

- ciekawą pracę w dużej, renomowanej i rozwijającej się firmie,
- atrakcyjne wynagrodzenie i warunki pracy,
- odpowiednie narzędzia pracy,
- szkolenia.

Wszystkie zainteresowane osoby, prosimy o przesłanie CV wraz z numerem referencyjnym oferty na adres: cv@talentpartners.pl

* * *

Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Opolu poszukuje na stanowisko Kierownika Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Medycyny Pracy w Opolu lekarza z prawem wykonywania zawodu lekarza medycyny pracy. Wysokość wynagrodzenia zasadniczego brutto – do negocjacji. Charakterystyka wykonywanej pracy:

- przeprowadzanie badań w zakresie Medycyny Pracy funkcjonariuszom i pracownikom Służby Więziennej,
- koordynowanie i zarządzanie personelem NZOZ Medycyny Pracy w Opolu.

Kontakt: Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Opolu, 45-033 Opole, ul. Sądowa 2, tel. 77/453-97-61, fax. 77/454-44-39, e-mail: oisw_opole@sw.gov.pl

* * *

GZOZ w Szczucinie (woj. małopolskie, powiat dąbrowski) **zatrudni** lekarza POZ (lekarz internista, rodzinny lub pediatra). Of-

rujemy korzystne warunki finansowe. Forma zatrudnienia do negocjacji. Kontakt: dyrektor – 605 788 668, administracja – tel. (14) 643 61 95, e-mail: gzozszzuczcin@gmail.com

* * *

W Pucku w dniach 27–29 maja 2011 r. na terenie Harcerskiego Ośrodka Morskiego (HOM), na Zatoce Puckiej, odbędą się **II Ogólnopolskie Regaty dla Lekarzy, w klasie Puck (żagłówek typu Omega)**. W regatach uczestniczą załogi 3–4 osobowe (w tym także rodziny, osoby towarzyszące i znajome). Dla singli pomożemy znaleźć miejsce w załodze.

Istnieje możliwość zarezerwowania noclegów i wyżywienia. Prosimy o szybkie zapisywanie się i informowanie o rezerwacji. Ilość miejsc w regatach może być ograniczona liczbą jachtów. Informacje, zapisy telefoniczne i e-mailowe w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku.

Przystępne koszty uczestnictwa, dofinansowanie komisji kultury, sportu i rekreacji. Dla uczestników przewidziane są nagrody i upominki. Regatom będą towarzyszyć dodatkowe imprezy.

Kontakt: Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku – 80-204 Gdańsk, ul. Śniadeckich 33, tel. 58-524-32-00, e-mail: oil@gdansk.oil.org.pl

* * *

Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, przy współpracy Zachodniopomorskiego Okręgu PZW organizuje w dniach 7–8 maja 2011 r. **OGÓLNOPOLSKIE MISTRZOSTWA IZB LEKARSKICH W SPINNINGU**. Zawody odbędą się na rzece Odrze w okolicach Cedyni (woj. zachodniopomorskie), wg Regulaminu Zawodów Sportowych PZW na żywej rybie. W zawodach mogą brać udział 3 osobowe drużyny Izby Lekarskich (klasyfikacja drużynowa i indywidualna).

Chęć uczestnictwa należy zgłosić w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Szczecinie, 71-332 Szczec-

cin, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11 u P. mgr Kamili Sidor tel. 91/ 48 74 936 w. 106, fax 91 48 77 561, e-mail: biuro@oil.szczecin.pl lub dr A. Wróblewskiego tel. 781 394 618, e-mail: sawadok2006@yahoo.pl. Termin zgłoszenia – do 1 kwietnia 2011 r. wraz z opłatą startową – 200 PLN od 3 osobowej drużyny (wyłączenie lekarze!). Wpłaty na konto: **ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034 z dopiskiem „Zawody spinningowe”**.

Nagroda główna to Puchar Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie oraz nagrody sponsorowane przez znane firmy sprzętu wędkarskiego. Dodatkowe informacje i formularz zgłoszeniowy można znaleźć na stronie: www.oil.szczecin.pl.

* * *

Okazjnie **sprzedam** przenośny aparat **USG CHISON 8300 CYFROWY SYSTEM ULTRASONOGRAFICZNY**. W skład wyposażenia wchodzi: printer oraz sondy: C60613S – 3,5 MHz, L406173 – 7,5 MHz, C12616S – 6,0 MHz. Na aparacie wykonano nie więcej niż 100 badań, bo gabinet został zlikwidowany. Kontakt z możliwością oglądnięcia sprzętu: 77/455-01-00. Cena do negocjacji.



77 4608 227
77 4606 024

**Meble na wymiar do praktyk
lekarskich i stomatologicznych
Indywidualne projekty i
aranżacje.**

Niemodlin, ul. Drzymały 4/1

DRODZY PRZYJACIELE I ZNAJOMI

Zbliża się czas rozliczenia podatkowego – jednocześnie szansa na przeznaczenie **1% podatku** na rzecz osób potrzebujących. Być może zechcecie pomóc osobie Wam znanej?

Wojtek Dubaniewicz – mój mąż, tata dwójki cudownych dziewczynek – sześciolatniej Mai i trzyletniej Leny. Lekarz okulista, od 20 lat niosący pomoc chorym i cierpiącym. Znany gawędziarz, osoba wesela i towarzyska, chętnie pomagająca innym. Los zdecydował, że teraz sam potrzebuje pomocy.

Wojtek od dziewięciu lat choruje na stwardnienie rozsiane (SM). Dzielnie walczy z chorobą, nie poddaje się i gdyby nie powtarzające się rzuty SM nikt nie uwierzyłby, że jest chory. Pracuje zawodowo, jest oddanym tatą i mężem. Chcielibyśmy, aby tak było zawsze.

Niestety, czas jest nieubłagany. Na obecnym etapie choroby sugerowane przez neurologów lekarstwo – Tysabri – powstrzymujące rozwój SM, nie jest refundowane przez NFZ. To bardzo drogie leczenie – dwuletnia kuracja Tysabri kosztuje ponad 150.000 zł. Wojtek jako członek Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego może skorzystać z programu „Mam szansę”, pozwalającego na gromadzenie środków pochodzących z **1% podatku dochodowego**. PTSR utworzyło indywidualne subkonto „**Wojciech Dubaniewicz**”, na które każda osoba może przekazać 1% swojego podatku. Środki pozyskane w ten sposób zostaną przeznaczone na sfinansowanie leczenia Wojtka.

Szczegóły dotyczące dokonywania przelewu znajdziecie na stronie PTSR: www.ptsr.org.pl/pl/?poz=Top/D/3

W przypadku przekazywania kwoty **1% podatku na subkonto Wojtka** w tytule płatności należy wpisać „**Mam szansę: Wojciech Dubaniewicz**”. Twój 1% może pomóc Wojtkowi!

Dziękuję za czas poświęcony na przeczytanie tej informacji. Wszystkim, którzy zdecydowali się pomóc, dziękuję cała nasza rodzina. Pozdrawiam

Beata Dubaniewicz, tel. 663-664-440, e-mail: bw.dubaniewicz@gmail.com



Program do gabinetu firmy Syriusz
GRATIS!

Przyjazne użytkownikom kasy fiskalne

ELZAB 

www.elzab.com.pl

www.kasy-dla-lekarzy.com.pl

Pytaj o Ofertę Specjalną u naszych Partnerów



- niezawodna kasa z intuicyjną obsługą
- skróty klawiszowe najpopularniejszych usług, raportów, funkcji
- bezpieczny zapis kopii elektronicznej znacznie obniżający koszty eksploatacji
- przystępna cena kasy
- autoryzowany serwis (instalacje, szkolenia, obowiązkowe przeglądy) blisko użytkownika

Rekomendowani Partnerzy ELZAB

Brzeg PIOMAR

tel./fax (77) 416 81 22
biuro@piomarbrzeg.pl
ul. Jagiełły 13/1

Nysa CENTER SYSTEMY INFORMATYCZNE

tel. (77) 433 06 60
biuro@center.net.pl
ul. Piastowska 28

Olesno COCON SYSTEMY KOMPUTEROWE

tel. (34) 359 79 36
cocon@cocon.pl
ul. Wolności 8/10

Opole COMPILER

tel. (77) 457 46 44
kom. 603 211 472
compileropole@compiler.pl
ul. 1 Maja 9

Opole INFO-FIS

tel. (77) 454 89 74
ul.biuro@info-fis.pl
ul. 1 Maja 121 /6

Opole SEGAL

tel. (77) 457 75 99
kasy@segal.pl
ul. Światowida 5

Opole CASSA FISCALE

kom. 602 613 489
pisula@kki.net.pl
ul. Gomołów 9

Prudnik MERCURY

tel. (77) 436 60 00
biuro@mercury.pc.pl
ul. Damrota 17

Strzelce Opolskie EKIPA

tel. (77) 461 47 22
biuro@ekipa.pl
ul. Powstańców Śląskich 26A

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl

REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X